

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA

CUARTA EDICIÓN

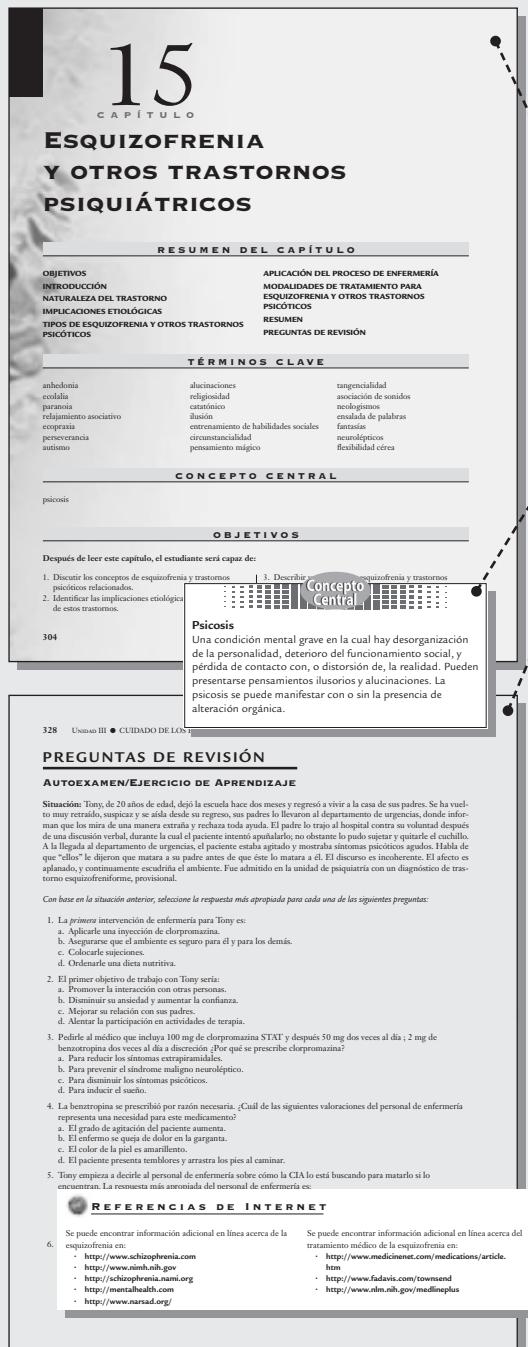
MARY C. TOWNSEND



Una Guía para

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA, CUARTA EDICIÓN

Fundamentos de enfermería en psiquiatría, cuarta edición, hace un tema a menudo intimidante más fácil de entender. Este popular texto continúa presentando de manera clara y consistente los fundamentos de la enfermería psiquiátrica, en un diseño y escritura fácil que refleja la voz de un solo autor.



¡La cuarta edición proporciona todo lo que necesita para sobresalir!

HERRAMIENTAS DE APRENDIZAJE

- Cada capítulo inicia con un Resumen, Objetivos y lista de Términos Clave.
- En esta edición los Conceptos Centrales están definidos en recuadros.
- Todos los capítulos cierran con un Sumario, seguido por Preguntas de Revisión y Referencias de Literatura e Internet.
- Apéndices con las clasificaciones DSM-IV-TR, diagnósticos y comportamientos NANDA, guías para la valoración de salud mental, respuestas a las preguntas del final de cada capítulo y un glosario.

ESTADO DEL CONTENIDO ARTÍSTICO

- Un capítulo nuevo —Conceptos Culturales y Espirituales Relevantes en Enfermería de la Salud Mental Psiquiátrica.
- Nuevo contenido relacionado con los procesos neurobiológicos, incluyendo la neurobiología de demencia, esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad y violencia.
- Nuevas discusiones de la Planeación de Concepto en el Capítulo 7.
- Terminología NANDA actualizada en todo el texto.
- Terminología y criterios de diagnóstico del último DSM-IV-TR.
- Información nueva y actualizada en psicotrópicos en el Capítulo 11 y otros capítulos clínicos relevantes.

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y MAGNÍFICA PRESENTACIÓN

CUADRO 15 - 4 Medicamentos Utilizados en el Tratamiento de Esquizofrenia			
Clasificación	Nombres Genéricos (Nombres Comerciales)	Rango de Dosis Diaria	Efectos Colaterales
Fenotiazinas	Clorpromacina (Clorpromazina) Flufenazina (Prolixin) Perfenzina (Trilafon) Procloperazina (Compaqina) Tioridazina (Mellaril) Trifluoperazina (Stelazine)	75-400 12-64 15-150 150-800 4-40	Para todas las fenotiazinas: Efectos colaterales anticolinérgicos, náusea, erupción en la piel, sedación, hipotensión ortostática, taquicardia, fotosensibilidad, libido disminuida, amenorrea, eyaculación retrógrada, ginecomastia, aumento de peso, reducción del umbral convulsivo, agranulocitos, síntomas extrapiramidales, disquisición tardía, síndrome neuroleptico maligno
Tioxanteno	Tioxitexa (Nàz)		
Benzosaxazola	Risperidona (Risperidona (I		
Butirofenona	Haloperidol (I		
Dibenzosaxepina	Loxapina (Lox)		
Dihidroindolona	Molindona (M		
Dibenzoazepina	Clozapina (Ck)		
Tienobenzodiazepina	Olanzapina (Z		
Dibenzoazepina	Quetiapina (Se		
Benzotiazolidipiperazina	Ziprasidona (C		
Dibucarbostiril	Aripiprazol (A		

SEP = Síntomas extrapiramidales; SNM =

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

Perfil de Estados del Humor (POMS), y la escala de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II).

Resultados del estudio: Los resultados de este estudio apoyan con fuerza la expectativa de los sujetos que asistieron a las clases de estrategias de manejo de comportamiento para las alucinaciones auditivas, en experimentar mejoría en las características de sus alucinaciones auditivas y tuvieron menos ansiedad y depresión. Las calificaciones después de la intervención en POMS y BDI-II fueron significativamente más bajas que las calificaciones previas, lo que indica una disminución en la ansiedad y depresión. Las calificaciones después de la intervención en CAHQ también fueron significativamente más bajas que las presentadas las características de las alucinaciones auditivas con la excepción de la tasa, lo que no resultó de manera significativa. En un autoinforme de cinco puntos de la ayuda del curso, 25% de los participantes consideran que fue *extremadamente útil*, 42% *util*, 23% *moderadamente útil*, 8% *minimamente útil* y 2% *no fue útil*.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Este estudio muestra que los individuos pueden manejar sus alucinaciones auditivas por aprendizaje y con el uso de estrategias de comportamiento específicas. El escenario del grupo también probó ser beneficioso, ya que los pacientes fueron capaces de tener la confirmación de sus propias experiencias, y viendo que otras personas tenían experiencias similares y aprendieron cómo otros las manejaron. Los pacientes fueron alejados y tuvieron confianza en las habilidades de los demás en el grupo, lo que es más efectivo que otras en el grupo. Los autores comentan: "Esta intervención de bajo costo y poca tecnología pudo incorporarse a la práctica de enfermería psiquiátrica a otras profesiones de atención a la salud que atienden grupos de entrenamiento para facilitar experiencias con personas esquizofrénicas. La enseñanza de manejo del comportamiento a pacientes con alucinaciones auditivas alucinatorias persistentes que desean aprender, tiene riesgos mínimos y se puede incorporar con facilidad en programas existentes de pacientes externos."

CUADRO 15 - 3 Plan de Atención al Paciente con Esquizofrenia (continuación)

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	2. Facilite la confianza y el entendimiento al mantener las tareas del personal lo más comunes posibles. La técnica de <i>verbalizar lo inherente</i> es utilizada con el paciente que expresa su deseo de permanecer en casa. Por ejemplo: "Dobe haber sido muy difícil para ti cuando tu madre se fue. Dobe sentirte muy solo."	2. Este acercamiento expresa empatía y puede alejar al paciente a revelar sentimientos dolorosos.
	3. Antípice y satisface las necesidades del paciente hasta que sea posible la respuesta de acuerdo a su necesidad.	3. La seguridad y comodidad del paciente son prioridad del personal de enfermería.
	4. Oriente al paciente sobre la realidad cuando se requiera. Llame al paciente por su nombre. Aprende los aspectos de su vida.	4. Estas técnicas pueden facilitar la restauración de patrones de una comunicación funcional en el paciente.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RELACIONADO CON: Retra incapaçidad de confiar		
EVIDENCIADO POR: Dificultad para alimentarse, baño		
Criteria del Resultado		
El paciente demostrará su habilidad para satisfacer sus necesidades de manera independiente.	1. Puede responder a las necesidades de su entorno.	
4. Es capaz de satisfacer sus necesidades de manera independiente.	2. Alivia las necesidades de su entorno.	
5. Se siente seguro y confortable.	3. Uso de la actividad y la actividad social.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RELACIONADO CON: Dificultad para alimentarse, baño		
EVIDENCIADO POR: Pacientes humanos o el tratamiento de acuerdo a la enfermedad del paciente		
Criteria del Resultado		
La familia identificará más estrategias adaptativas para tratar con el enfermamiento del paciente y con el esquema del tratamiento.	1. La familia identifica más estrategias adaptativas para tratar con el enfermamiento del paciente y con el esquema del tratamiento.	
3. Cada miembro de la familia	2. Puede satisfacer las necesidades de su entorno.	
Medicamentos antipsicóticos		

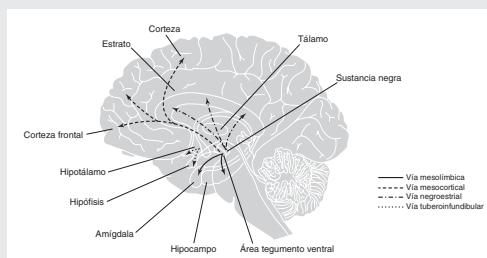


FIGURA 15-1 Neurobiología de la esquizofrenia.

Neurotransmisores: Existe varios neurotransmisores implicados en la etiología de la esquizofrenia. Estos incluyen dopamina, norepinefrina, serotonina, glutamato y GABA. Se ha estudiado a profundidad el sistema dopaminérgico y se observan relaciones importantes con los síntomas presentes en esta enfermedad.

Áreas afectadas del cerebro:

- Se han identificado cuatro vías dopamínergicas importantes:
 - Vía mesolímbica:** se origina en el tegmento ventral y se proyecta a áreas del sistema límbico, que incluyen el núcleo accumbens, amigdala e hipocampo. La vía mesolímbica se relaciona con la memoria, emociones, excitación y placer. El exceso de actividad en la vía mesolímbica se asocia con la conducta obsesiva-compulsiva.
 - Vía mesocortical:** se origina en el tegmento ventral y tiene proyecciones hacia la corteza. Esta vía actúa en la cognición, comportamiento social, planificación, resolución de problemas, memoria y ejecución. Los síntomas negativos de la esquizofrenia (p. ej., astenia, anhedonia, delirio).
 - Vía nigroestriatal:** se origina en el hipotálamo y se proyecta al estriado de los ganglios basales. Esta vía se relaciona con la función del control motor. La degeneración de esta vía se relaciona con la enfermedad de Parkinson y los síntomas psicomotores involuntarios de esquizofrenia.
 - Vía tuberoinfundibular:** se origina en el hipotálamo y se proyecta a la hipófisis. Se relaciona con la función endocrina, digestión, metabolismo, etc.
- Incluye dos grupos principales de receptores de dopamina y sus localizaciones son:
 - La familia D₁:** Receptores D₁: ganglios basales, núcleo accumbens y corteza cerebral.
 - La familia D₂:** Receptores D₂: hipocampo y hipotálamo, con bajas concentraciones en la corteza cerebral y ganglios basales.

Receptores D₂: ganglios basales, hipófisis anterior, corteza cerebral, estructuras límbicas.

Receptores D₃: región límbica, hipocampo, amigdala.

Receptores D₄: corteza frontal, hipocampo, amigdala.

Medicamentos antipsicóticos

Tipo	Afinidad de Receptores	Efectos colaterales relacionados
Antipsicóticos convencionales (típicos)	Fuerte D ₂ (dopamina).....	Síntomas extrapiramidales, hiperprolactinemia, síndrome malario neuroléptico
Fenotiazinas	Varios grados de afinidad para: (colinérgicos) Ach.....	Efectos anticolinérgicos
Haloperidol	(noradrenérgicos) NE.....	Taquicardia, temblores, insomnio, hipertensión postural,
Proporciona alivio en psicosis, mejoran los síntomas positivos	Mitigación de histamina H ₁ (histamina).....	Aumento de peso, sedación
Proporciona alivio de la psicosis, mejoran los síntomas negativos, mejoran los síntomas positivos	Débil 5 HT (serotonina).....	Bajo potencial para dificultad eyaculatoria
Antipsicóticos nuevos (atípicos)	Fuerte 5 HT.....	Disfunción sexual, malestares gastrointestinales, dolor de cabeza
Clozapina, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, risperidona, aripiprazol	Baja o moderada D ₂	Bajo potencial para síntomas extrapiramidales
Proporciona alivio de la psicosis, mejoran los síntomas negativos, mejoran los síntomas positivos	Varios grados de afinidad para: Ach.....	Efectos anticolinérgicos
	adrenérgica α.....	Taquicardia, temblores, insomnio, hipertensión postural
	H ₁	Aumento de peso, sedación

Cuadros de Medicación Actualizados

complementarios en el capítulo de Psicofarmacología, que ofrecen fácil acceso a la información importante de los trastornos psiquiátricos específicos.

Estudios nuevos y actualizados de investigación con implicaciones de investigación para la práctica basada en evidencia

para intervenciones específicas de enfermería.

Planes de Cuidados para pacientes con diagnósticos DSM-IV-TR que incluyen intervenciones y razonamientos para los diagnósticos de enfermería observados con más frecuencia.

Nuevas ilustraciones esquemáticas del cerebro que muestran las vías de neurotransmisores; identifica áreas del cerebro afectadas por enfermedades específicas e información actualizada sobre psicotrópicos y sus posibles efectos colaterales.

- Los nuevos Mapas Conceptuales de Planes de Cuidados** son resúmenes visuales y breves de los planes de cuidado para un mejor diagnóstico psiquiátrico.
- Temas para Informar al Paciente y su Familia** fáciles de encontrar en cuadros en todo el texto.
- Pruebe sus Habilidades de Pensamiento Crítico**, a través de estudios de casos y ejercicios diseñados para estimular la solución de problemas.

RECUADRO 15-2 Temas para Informar al Paciente y su Familia Relacionados con la Esquizofrenia	
Naturaleza de la enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qué esperar mientras la enfermedad progride. 2. Síntomas relacionados con la enfermedad. 3. Formas en las que la familia responde a comportamientos asociados con la enfermedad.
Tratamiento de la enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conexión de exacerbación de síntomas en tiempos de estrés. 2. Manejo apropiado del medicamento. 3. Efectos colaterales del fármaco. 4. La importancia de no interrumpir el tratamiento. 5. Cuándo contactar al personal de enfermería. 6. Técnicas de relajación. 7. Entrenamiento de habilidades sociales. 8. Entrenamiento de habilidades de vida diaria.
Servicios de apoyo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia financiera 2. Asistencia legal 3. Grupos de apoyo a los cuidadores 4. Servicios de enfermería 5. Enfermería de salud en el hogar

Pruebe sus HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Sara de 23 años de edad, soltera, fue internada en la unidad psiquiátrica por sus padres. Explican que en los pasados meses se ha vuelto demasiado retraída; permanece en su habitación sola, y la escuchan hablando y riendo con ella misma.

Sara dejó su casa por primera vez a la edad de 18 años para ir al colegio. Lo hizo bien durante el primer semestre, pero cuando regresó para Navidad, empezó a acusar a su compañera de cuarto de robarle sus cosas. Escribe a sus padres diciendo que su compañera la quiere matar y que ha vuelto a todos en contra de ella. Dice que teme por su vida. Pierde clases y permanece en cama la mayor parte del tiempo. Sus padres la llevan a casa, y se le hospitaliza y diagnostica esquizofrenia paranoides; desde entonces se mantiene con medicamentos antipsicóticos mientras toma algunas clases en el colegio local de la comunidad.

Sara le dice al personal de enfermería de admisión que dejó de tomar sus medicamentos hace cuatro semanas porque el

dependiente de farmacia que llena las prescripciones está tratando de matarla. Ella cree que tratan de envenenarla. También dice que la información le llegó a través de un mensaje de televisión. Mientras Sara habla, el personal de enfermería nota que algunas veces se detiene a la mitad de la oración y escucha, algunas veces mueve su cabeza de lado y mueve los labios como si hablara.

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Sara:

1. A partir de los datos de valoración, ¿cuál sería el interés más inmediato para trabajar con Sara?
2. ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería relacionado con este interés?
3. ¿Cuáles son las primeras intervenciones que se deben realizar antes de que el personal de enfermería tenga éxito en el trabajo con Sara?

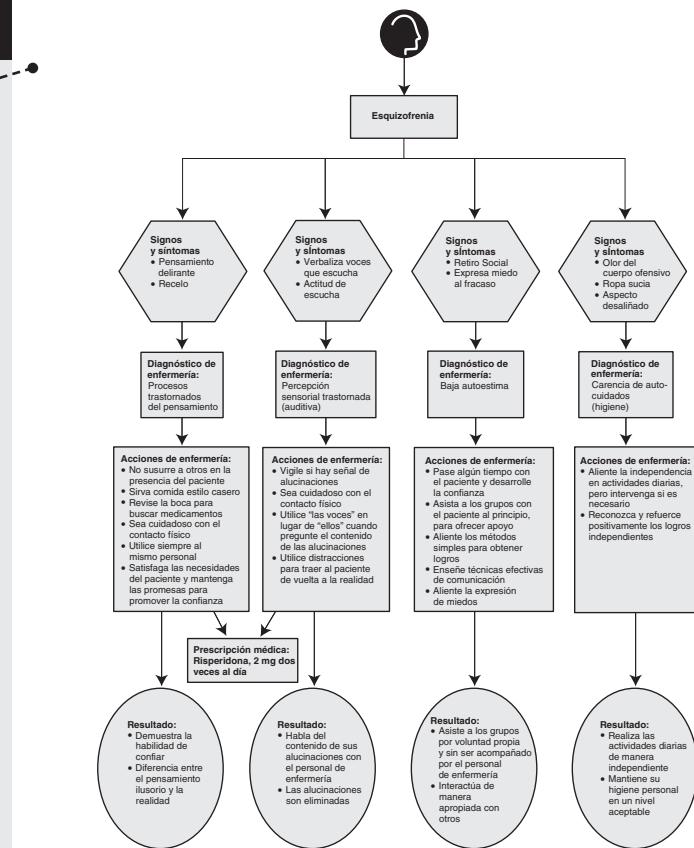


FIGURA 15-2 Mapa conceptual del plan de enfermería para el paciente con esquizofrenia.



FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA

CUARTA EDICIÓN

MARY C. TOWNSEND

www.rinconmedico.me

Clinical Specialist/Nurse consultant
Adult Psychiatric Mental Health Nursing

Former Assistant Professor and Coordinator,
Mental Health Nursing
Kramer School of Nursing
Oklahoma City University
Oklahoma City, Oklahoma

Traducción:
Ana Felicitas Martínez Haro

Revisión técnica:
Esmeralda Arriaga Cruz
Psiquiatra de niños y adolescentes
Psicoanalista
Médico adscrito a la Clínica de trastornos de la conducta
Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • MADRID • NUEVA YORK
SAN JUAN • SANTIAGO • SAO PAULO • AUCKLAND • LONDRES • MILÁN • MONTREAL
NUEVA DELHI • SAN FRANCISCO • SIDNEY • SINGAPUR • ST. LOUIS • TORONTO

Director editorial: Javier de León Fraga
Editor sponsor: Gabriel Arturo Romero Hernández
Corrección de estilo: Luz Elena Pereyra Rodríguez
Supervisor de producción: José Luis González Huerta

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El (los) autor(es) y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa, tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja informativa que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los laboratorios para recabar información sobre los valores normales.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA

Cuarta edición

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin autorización escrita del editor.



DERECHOS RESERVADOS © 2011, respecto a la primera edición en español por,
McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.

A subsidiary of *The McGraw-Hill Companies, Inc.*

Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Col. Desarrollo Santa Fe,
Delegación Álvaro Obregón
C. P. 01376, México, D. F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736

ISBN: 978-970-10-7243-1

Translated from the fourth English edition of:

Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of care in Evidence-Based Practice

Copyright © 2008 by F. A. Davis Company, Philadelphia, Pennsylvania

All Rights Reserved

ISBN 13: 978-0-8036-1611-0

1234567890

Impreso en México

109876543210

Printed in Mexico

D E D I C A T O R I A

A mi mejor amigo, Jimmy

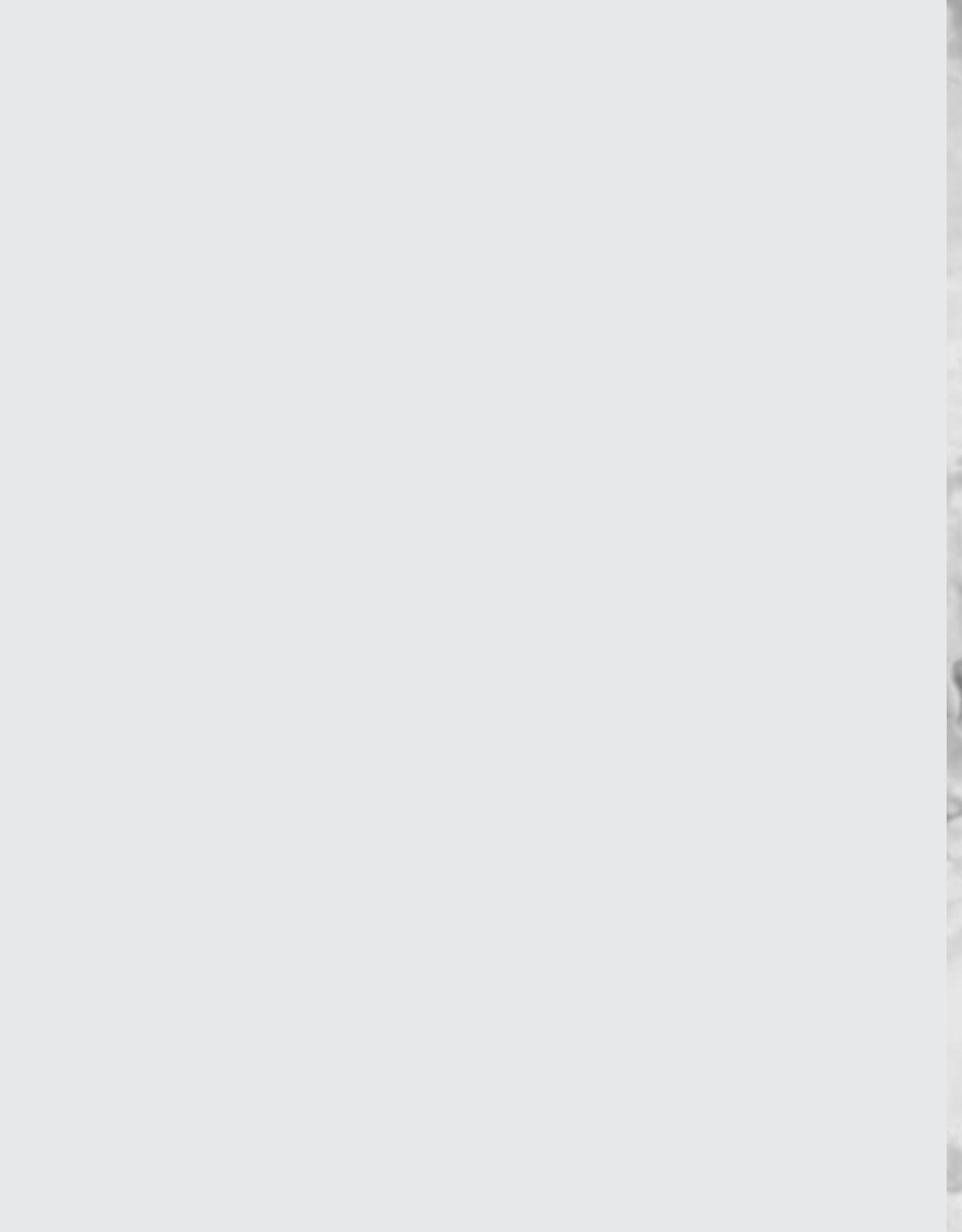


Para Descargar más Libros Visita:

www.RinconMedico.me



www.facebook.com/rinconmedico.me



R E C O N O C I M I E N T O S

Mi agradecimientos especial a:

Robert G. Martone, Publisher, Nursing, F.A. Davis Company, por su sentido del humor y permanente optimismo sobre el resultado de este proyecto.

William F. Welsh, Developmental Editor, Nursing, F.A. Davis Company, por toda su ayuda y apoyo en la preparación del manuscrito para su publicación.

Jane K. Brody, Associate Professor, Nursing Department, Nassau Community College; Golden M. Tradewell, Chair, Department of Nursing, Southern Arkansas University; and Cherie R. Rebar, Assistant Professor, Kettering College of Medical Arts, por su asistencia en la preparación de los tests que acompañan este libro.

Berta Steiner, Director of Production, Bermedica Production Ltd., por su ayuda y talento en la corrección final y producción del manuscrito.

A los profesores de enfermería, estudiantes y profesionales quienes aportaron información crítica acerca de la utilidad del texto, así como sugerencias para mejoras. Muchos cambios se deben a sus aportaciones.

A aquellas personas que revisaron el manuscrito para esta edición y compartieron sus ideas, opiniones y sugerencias para realizarlo. Sinceramente aprecio sus contribuciones al producto final.

MARY C. TOWNSEND

P A R A E L I N S T R U C T O R

Existe un dicho que captura el espíritu de nuestros tiempos, “la única constante es el cambio”. El siglo xxi trae una gran cantidad de cambios en el sistema de cuidado de la salud, en general, y para la enfermería en particular. El conjunto de conocimientos crece y se expande tan rápido como se transforma. El personal de enfermería debe recurrir a la investigación para apoyar el cuidado que proporcionan a sus pacientes. En esta cuarta edición de *Fundamentos de enfermería en psiquiatría* se hizo un esfuerzo importante por presentar un acercamiento holístico a la práctica de la enfermería psiquiátrica con base en los principios de investigación confiables.

La investigación en enfermería ha estado presente por décadas; pero a través de los años siempre ha existido una brecha significativa entre la investigación y la práctica. La enfermería basada en evidencia ha llegado a ser un tema común, definiéndose como un proceso por el cual el personal de enfermería toma decisiones clínicas utilizando la mejor evidencia de investigación disponible, la propia experiencia clínica y las preferencias del paciente. El personal de enfermería está obligado a proporcionar cuidado de la más alta calidad basado en el conocimiento de lo que se considera mejor en la práctica. El cambio se presenta con tal rapidez que lo que hoy es considerado lo mejor, puede no serlo mañana con base en nuevos datos científicos adquiridos.

En esta cuarta edición están incluidos estudios de investigación nuevos que apoyan las intervenciones de enfermería psiquiátrica. Como personal de enfermería, estamos bombardeados con nueva información y contenido tecnológico a diario; sin embargo, no todo proporciona conocimiento que pueda ser utilizado en la práctica clínica; todavía hay un largo trecho por recorrer en la enfermería psiquiátrica basada en evidencias y la utilización de la investigación es el fundamento a partir del cual se adelanta hacia el progreso.

Ya en la primera década de este nuevo siglo hay muchos desafíos qué enfrentar. En 2002, el entonces presidente George W. Bush estableció la *New Freedom Commission on Mental Health*, con la tarea de llevar a cabo amplios estudios en el sistema de servicios de salud mental en Estados Unidos, pues es necesario identificar las necesidades y obstáculos para dar servicio y proporcionar los pasos recomendados para mejorarlos y apoyar a las personas con enfermedad mental grave. En julio de 2003, la comisión presentó su informe final al ex-presidente; se identifi-

ficaron los siguientes obstáculos: fragmentación y brechas en el cuidado de salud mental para los niños, adultos y adultos mayores que padecen alguna enfermedad grave, así como considerable desempleo e incapacidad para las personas con enfermedades mentales. El informe también menciona la importancia que tiene en Estados Unidos de América la identificación de problemas en salud mental y la prevención del suicidio como prioridades nacionales, lo que ha puesto muchas vidas en riesgo. La comisión señaló las siguientes metas y recomendaciones para la reforma en salud mental:

- Dirigir la salud mental con la misma urgencia que la salud física.
- Alinear programas relevantes para mejorar el acceso y disponibilidad de servicios para la salud mental.
- Asegurar que todos los niños con alteraciones emocionales graves y todos los adultos con trastornos mentales avanzados cuenten con cuidado apropiado.
- Proteger y aumentar los derechos de las personas con enfermedad mental.
- Mejorar el acceso al cuidado de calidad culturalmente competente.
- Mejorar el acceso al cuidado de calidad en áreas rurales y geográficamente remotas.
- Promover el examen en salud mental, evaluación y servicios de remisión.
- Acelerar la investigación para promover la recuperación, cura y prevención de enfermedades mentales.
- Avanzar en la práctica basada en evidencias utilizando proyectos de difusión y demostración, además de crear un patronato público y privado para guiar la realización de los mismos.
- Mejorar y expandir la fuerza de trabajo que proporciona los servicios de salud mental basados en evidencias y sus apoyos.
- Promover el uso de tecnología para acceder al cuidado de la salud mental y a la información.

Si estos propósitos se cumplen, con seguridad el resultado será un mejoramiento en la promoción de la salud mental y el cuidado de individuos mentalmente enfermos. Muchas enfermeras y enfermeros líderes ven este periodo de reforma en el cuidado de la salud como una oportunidad para ampliar sus funciones y asumir posiciones clave en la educación, prevención, diagnóstico y remisión. El personal de enfermería está y seguirá estando en posición

de ayudar a individuos con enfermedades mentales para que continúen independientes en lo posible, controlar su enfermedad permaneciendo en la comunidad y haciendo esfuerzos por disminuir el número de hospitalizaciones requeridas.

Para el año 2020, dentro de las diez causas principales de mortalidad en todo el mundo se proyecta incluir enfermedades cardíacas, cardiovasculares, pulmonares, infecciones respiratorias bajas, cáncer traqueal, bronquial y pulmonar, accidentes automovilísticos, tuberculosis, cáncer de estómago, VIH/SIDA y suicidios. El comportamiento es un elemento importante en la prevención y tratamiento de estas causas de mortalidad. Para el mismo año se proyecta que las tres causas principales de discapacidad en todo el mundo serán enfermedades cardíacas, depresión y accidentes de tránsito; el comportamiento es, una vez más, una base importante de estas tres causantes de discapacidad, por lo cual las investigaciones en ciencias sociales y de la conducta pueden disminuir el impacto de éstas. Muchos de estos temas se mencionan en esta nueva edición.

CONTENIDO Y CARACTERÍSTICAS NUEVAS DE ESTA EDICIÓN

Todo el contenido ha sido actualizado para reflejar el estado actual de la disciplina de la enfermería.

Contiene un capítulo nuevo sobre los Conceptos Culturales y Espirituales importantes para la Enfermería en Salud Mental/Psiquiátrica (Capítulo 5).

Se presenta contenido nuevo relacionado con procesos neurobiológicos. (Capítulos 13, 15, 16, 17 y 23.) La neurobiología de la demencia, esquizofrenia, depresión, ansiedad y violencia se presentan en los capítulos que tratan con estas alteraciones. Se muestran las ilustraciones de las vías de neurotransmisores y se discute qué áreas del cerebro están afectadas, además de los medicamentos dirigidos a éstas.

Se muestran nuevos cuadros de medicamentos (además del capítulo de Psicofarmacología). (Capítulos 13, 15 y 16.) Se han agregado nuevos cuadros de medicamentos para proporcionar un acceso conveniente y fácil a la información relacionada con los fármacos que son importantes para las alteraciones psiquiátricas específicas (demencia, esquizofrenia, depresión, manía).

Nuevo contenido de Mapas Conceptuales. El mapeo de conceptos se discute en el Capítulo 7, en una estrategia esquemática de enseñanza-aprendizaje que permite a los estudiantes y facultativos visualizar interrelaciones entre diagnósticos médicos, diagnósticos de enfermería, datos de evaluación y tratamientos. El plan de cuidados por mapas conceptuales es un acercamiento innovador para la planeación y organización del cuidado de enfermería.

Básicamente, es un diagrama de los problemas e intervenciones del paciente que, comparados con los planes de cuidado con formato en columnas que se usa de manera común, son más concisos, prácticos, realistas, se ahorra tiempo y sirven para aumentar las cualidades de pensamiento crítico y la capacidad de razonamiento clínico. En este libro se han incluido quince esquemas de cuidado, con las principales categorías diagnósticas.

Nuevos cuadros que definen conceptos centrales (todos los capítulos). Los conceptos centrales se han identificado al inicio de cada capítulo. Los cuadros con las definiciones de estos conceptos aparecen en el punto adecuado dentro del texto.

Taxonomía II NANDA (2007) de los NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008 (NANDA International). Utilizado en todo el texto.

Se presenta información nueva y actualizada de medicamentos psicotrópicos (Capítulo 11 y en capítulos de relevancia clínica).

Se incluyen nuevos estudios de investigación con implicaciones para la práctica basada en evidencia. (En todos los capítulos de relevancia clínica.)

CARACTERÍSTICAS QUE SE CONSERVAN EN LA CUARTA EDICIÓN

El concepto de enfermería holística se mantiene en esta edición, se ha hecho el intento de asegurar que no se pasen por alto los aspectos físicos de la salud mental/psiquiátrica, ya que los diagnósticos físicos y psicosociales en enfermería se incluyen para alteraciones (tales como asma, migraña y enfermedad por VIH) y para alteraciones psicológicas (tales como trastornos somatoformas y de alimentación). En todas las situaciones relevantes, se señala la conexión mente/cuerpo.

Se mantienen los **procesos de enfermería** como el instrumento para proporcionar cuidado a los individuos con un trastorno psiquiátrico o para ayudar en la prevención primaria o en la exacerbación de síntomas de enfermedad mental. Los seis pasos del proceso de enfermería, como se describen en *American Nurses Association Standards of Clinical Nursing Practice* se utilizan para proporcionar lineamientos para el personal de enfermería. Estos estándares de cuidado se incluyen para los diagnósticos *DSM-IV-TR*; asimismo, la edad del individuo, víctimas de abuso o negligencia, y como ejemplos en varios acercamientos terapéuticos. Los seis pasos incluyen:

- Evaluación: valoración de antecedentes, incluyendo una descripción de la sintomatología, proporciona una base de conocimiento extenso a partir del cual la enfermera observa para hacer la evaluación; se incluyen varias herramientas de evaluación.

- Diagnóstico: se incluye el análisis de datos a partir del cual se deriva el diagnóstico de alteraciones comunes a trastornos psiquiátricos específicos.
- Identificación resultante: los resultados se derivan de los diagnósticos de enfermería y establecen objetivos cuantificables.
- Planeación: presenta un plan de cuidado con diagnósticos de enfermería seleccionados para todos los diagnósticos *DSM-IV-TR*, así como para los pacientes adultos mayores, individuos dolientes, víctimas de abuso y negligencia, personas en asilos, y los primeros cuidadores de los pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes. Los estándares de planeación también incluyen cuadros que enlistan temas para la educación de pacientes y familiares sobre enfermedades mentales. **Nuevo en esta edición: mapas conceptuales de planes de cuidados para los principales diagnósticos psiquiátricos.**
- Implementación: las intervenciones que han sido identificadas en el plan de cuidado se encuentran en el texto cada una con una lógica. Los estudios de casos al final de cada capítulo *DSM-IV-TR*, ayudan al estudiante en la aplicación práctica del material teórico. También se incluye, como una parte de este estándar particular, la Unidad Dos del libro: *Psychiatric/Mental Health Nursing Interventions*. Esta sección del texto habla de la intervención de la enfermería psiquiátrica a profundidad, señala con frecuencia la diferenciación de la práctica entre el nivel básico de enfermería psiquiátrica y enfermería psiquiátrica avanzada. El personal de enfermería psiquiátrica avanzada con autorización prescriptiva encontrará muy útil el capítulo sobre psicofarmacología.
- Evaluación: los estándares de evaluación incluyen una serie de preguntas que el personal enfermero puede

utilizar para evaluar si las acciones de enfermería han sido exitosas para alcanzar los objetivos de la atención proporcionada.

Se han incluido **referencias en Internet** con enlistados de sitios de red para información relacionada con diagnósticos *DSM-IV-TR* y otros temas sobre enfermedades mentales.

Cuadros que enlistan temas para la educación del paciente. (Capítulos clínicos.)

Cuadros que incluyen estudios de investigación actuales con implicaciones para la práctica de la enfermería basada en evidencia. (Capítulos clínicos.)

Asignación de diagnósticos de enfermería para comportamientos del paciente. (Apéndice C.)

Taxonomía y criterios diagnósticos a partir de DSM-IV-TR (2000). Utilizados en todo el texto.

Es mi deseo que las revisiones y las adiciones a esta cuarta edición contribuyan en la satisfacción de las necesidades dentro de la práctica de la enfermería en salud mental/psiquiátrica. La misión de este libro ha sido, y continuará siendo, proporcionar tanto a los estudiantes como a los médicos información actualizada en enfermería en salud mental. Muchos cambios reflejan la retroalimentación recibida de personas que han leído ediciones anteriores. A estas personas les he expresado mi agradecimiento de corazón y doy la bienvenida a los comentarios en un esfuerzo por conservar lo que ha sido llamado usuario amigable del texto. Con la esperanza de que la cuarta edición continúe promoviendo y avanzando en el compromiso para la enfermería en salud mental/psiquiátrica.

MARY C. TOWNSEND

C O N T E N I D O

UNIDAD UNO

INTRODUCCIÓN A LOS CONCEPTOS DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA

CAPÍTULO 1

Salud Mental y Enfermedad Mental 3

Introducción 4

Salud Mental 4

Enfermedad Mental 5

Respuestas Físicas y Psicológicas Al Estrés 5

 Respuestas Físicas 5

 Respuestas Psicológicas 7

El Sistema De Evaluación Multiaxial

 DSM-IV-TR 11

Resumen 12

CAPÍTULO 2

Conceptos de Desarrollo de la Personalidad 15

Introducción 16

Teoría Psicoanalítica 16

 Estructura de la Personalidad 16

 Topografía de la Mente 17

 Dinámicas de la Personalidad 17

 Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Freud 18

 Relevancia de la Teoría Psicoanalítica para la Práctica de Enfermería 19

Teoría Interpersonal 19

 Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Sullivan 20

 Relevancia de la Teoría Interpersonal para la Práctica de Enfermería 20

Teoría del Desarrollo Psicosocial 21

 Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Erikson 21

 Relevancia de la Teoría del Desarrollo Psicosocial para la Práctica de Enfermería 23

Teoría de las Relaciones Objetales 23

 Fase I: La Autística (del Nacimiento al Mes de Edad) 23

 Fase II: Simbiótica(1 a 5 Meses) 24

 Fase III: Separación-Individuación (5 a 36 Meses) 24

 Relevancia de la Teoría de las Relaciones Objetales para la Práctica de Enfermería 25

Un Modelo de Enfermería:

 Hildegard E. Peplau 25

 Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Peplau 26

 Aprender a Contar con Otros 26

 Aprendizaje de la Satisfacción Retrasada 26

 Identificación de Uno Mismo 27

 Desarrollando Características en la Participación 28

 Relevancia del Modelo de Peplau en la Práctica de Enfermería 28

Resumen 28

CAPÍTULO 3

Implicaciones Biológicas 31

Introducción 32

Influencias Neurofisiológicas 32

 Sistema Neurofisiológico 32

 Sistema Neuroendocrino 39

Implicaciones para las Enfermedades

 Psiquiátricas 43

 Esquizofrenia 43

 Alteraciones del Estado de Ánimo 43

 Alteraciones de Ansiedad 44

 Anorexia Nerviosa 44

 Enfermedad de Alzheimer 45

Procedimientos de Diagnóstico para Detectar

 Alteraciones en la Función Cerebral 45

 Electroencefalografía 45

 Planificación del EEG Computarizado 46

 Exploración con Tomografía Computarizada 46

 Imagen por Resonancia Magnética 46

 Tomografía por Emisión de Positrones 46

 Tomografía Computarizada por Emisión de un Solo Fotón 46

Implicaciones para la Enfermería 46

Resumen 47

CAPÍTULO 4

Temas Éticos y Legales 50

Introducción 51

Consideraciones Éticas 51

Perspectivas Teóricas 51

Egoísmo Ético 52

Dilemas Éticos 52

Principios Éticos 53

Modelo para Tomar Decisiones Éticas 54

Temas Éticos de Enfermería en Salud Mental/
Psiquiátrica 54

Consideraciones Legales 55

Acta de Práctica de Enfermería 55

Tipos de Ley 56

Clasificaciones dentro de la Ley Estatutaria y Ley
Común 56

Temas Legales de Enfermería en Salud Mental/
Psiquiátrica 57

Resumen 62

CAPÍTULO 5

**Conceptos Culturales y Espirituales Relevantes
para la Enfermería en Salud Mental/
Psiquiátrica 66**

Conceptos Culturales 67

¿Cómo Se Diferencian las Culturas? 68

Comunicación 68

Espacio 68

Organización Social 68

Tiempo 69

Control Ambiental 69

Variaciones Biológicas 69

Aplicación del Proceso

de Enfermería 69

Datos de Evaluación de Antecedentes 69

Síndromes Relacionados con la Cultura 76

Identificación del Resultado del Diagnóstico 79

Planeación/Realización 79

Evaluación 81

Conceptos Espirituales 81

Necesidades Espirituales 82

Religión 84

Evaluación de las Necesidades

Espirituales y Religiosas 84

Diagnóstico/Identificación de Resultados/

Evaluación 86

Planeación/Realización 86

Resumen 86

UNIDAD DOS

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA**

CAPÍTULO 6

**Desarrollo de Relaciones y Comunicación
Terapéutica 95**

Introducción 96

Relación Terapéutica Personal de Enfermería
y Paciente 96

Uso Terapéutico del Self 97

Condiciones Esenciales

Para Desarrollar una Relación

Terapéutica 97

Compenetración 97

Confianza 97

Respeto 98

Autenticidad 98

Empatía 98

Fases de una Relación Terapéutica

Personal de Enfermería-Paciente 99

La Fase de Preinteracción 99

Fase de Orientación (Introductoria) 100

Fase de Trabajo 100

Fase de Terminación 101

Límites en la Relación Personal
de Enfermería-Paciente 101

Comunicación Interpersonal 102

Impacto de Condiciones Preexistentes 102

Comunicación No Verbal 104

Técnicas de Comunicación Terapéutica 106

Técnicas de Comunicación No Terapéutica 106

Registro del Proceso 106

Escucha Activa 106

Retroalimentación 108

Resumen 112

CAPÍTULO 7

**Proceso de Enfermería en la Salud Mental/
Psiquiátrica 115**

Introducción 116

Proceso de Enfermería 116

Definición 116

Estándares de Cuidado 116

Estándar I. Valoración 116

Estándar II. Diagnóstico 117

Estándar III. Identificación de Resultados 117

Estándar IV. Planeación 117

Estándar V. Realización 126	Asientos 151
Estándar VI. Evaluación 127	Tamaño 151
¿Por qué Diagnóstico de Enfermería? 127	Participantes 152
Administración de Casos en Enfermería 129	Factores Curativos 152
Vías Críticas del Cuidado 129	Fases de Desarrollo de Grupo 153
Aplicación del Proceso de Enfermería en el Escenario Psiquiátrico 131	Fase I. Fase Inicial o de Orientación 153
Planificación de Concepto 132	Fase II. Fase Media o de Trabajo 153
Documentación del Proceso de Enfermería 134	Fase III. Fase Final o de Terminación 153
Registro Orientado al Problema 134	Estilos de Liderazgo 154
Focus Charting 134	Autocrático 154
El Método PIE 135	Democrático 154
Documentación Electrónica 136	No Intervención 154
Resumen 137	Funciones de los Participantes 154
CAPÍTULO 8	Psicodrama 155
Terapia Ambiental: la Comunidad Terapéutica 140	La Familia como Grupo 156
Introducción 141	Función de la Enfermera
Ambiente, Definir 141	En las Intervenciones de Grupo 157
Estado Presente de la Comunidad Terapéutica 141	Resumen 157
Hipótesis Básica 141	CAPÍTULO 10
Condiciones que Promueven una Comunidad Terapéutica 142	Intervención en Crisis 162
Programa de la Comunidad Terapéutica 143	Introducción 163
Función del Personal de Enfermería 143	Características de una Crisis 163
Resumen 146	Fases en el Desarrollo de una Crisis 163
CAPÍTULO 9	Tipos de Crisis 164
Intervención en Grupos 149	Clase 1: Crisis de Ánimo 164
Introducción 150	Clase 2: Crisis de Transiciones de Vida Anticipada 165
Funciones de un Grupo 150	Clase 3: Crisis por Estrés Traumático 165
Tipos de Grupos 150	Clase 4: Crisis de Desarrollo/o de Madurez 165
Grupos de Tarea 150	Clase 5: Crisis que Refleja una Psicopatología 166
Grupos de Enseñanza 150	Clase 6: Urgencias Psiquiátricas 166
Grupos de Apoyo/Terapéuticos 151	Intervención en Crisis 166
Grupos de Autoayuda 151	Fases de Intervención en Crisis:
Condiciones Físicas que Influyen las Dinámicas de Grupo 151	La Función del Personal De Enfermería 167
	Fase 1. Valoración 167
	Fase 2. Planeación de Intervención Terapéutica 168
	Fase 3. Intervención 168
	Fase 4. Evaluación de la Solución de la Crisis y Planeación Anticipada 168
	Crisis en la Unidad de Pacientes Internos: Manejo de Enojo/Agresión 169
	Valoración 169
	Identificación de Diagnóstico y Resultado 170
	Criterios de Resultado 170

Planeación/Realización 170	Entrenamiento de Asertividad 229
Evaluación 170	Terapia Cognitiva 230
Enfermería en Desastres 170	Resumen 231
Aplicación del Proceso de Enfermería para Enfermería en Desastres 173	UNIDAD TRES
Valoración de Datos Previos 173	CUIDADO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS
Diagnóstico de Enfermería e Identificación de Resultados 173	CAPÍTULO 13
Planeación y Realización 174	Delirio, Demencia y Trastornos Amnésicos 237
Evaluación 174	Introducción 238
Resumen 174	Delirio 238
CAPÍTULO 11	Implicaciones Etiológicas 239
Psicofarmacología 182	Demencia 239
Introducción 183	Implicaciones Etiológicas 241
Perspectivas Históricas 183	Trastornos Amnésicos 245
¿Cómo Actúan los Psicotrópicos? 183	Implicaciones Etiológicas 246
Aplicación del Proceso de Enfermería En el Tratamiento Psicofarmacológico 186	Aplicación del Proceso de Enfermería 247
Sustancias Antiansiolíticas 186	Valoración 247
Antidepresivos 189	La Historia del Paciente 247
Sustancias Estabilizadoras del Humor 195	Valoración Física 247
Medicamentos Antipsicóticos 200	Evaluaciones de Laboratorio de Diagnóstico 247
Sedantes Hipnóticos 205	Diagnóstico/Identificación de Resultados 251
Sustancias para Déficit de Atención/Trastorno de Hiperactividad (ADHD) 206	Planeación/Realización 251
Resumen 208	Educación del Paciente y la Familia 253
CAPÍTULO 12	Evaluación 253
Terapias Complementarias y Psicosociales 212	Características del Tratamiento Médico 253
Terapias Complementarias 213	Delirio 253
Introducción 213	Demencia 253
Generalidades y Contrastes 214	Alteración cognitiva 254
Tipos de Terapias Complementarias 215	Agitación, Agresión, Alucinaciones, Alteraciones en el Pensamiento y Deambulación 255
Medicina Herbolaria 215	Depresión 255
Acupresión y Acupuntura 216	Ansiedad 256
Dieta y Nutrición 216	Alteraciones del Sueño 256
Medicina Quiropráctica 224	
Toque Terapéutico 224	Resumen 256
Masaje 225	
Yoga 225	CAPÍTULO 14
Terapia con Mascotas 225	Trastornos Relacionados con Sustancias 262
Terapias Psicosociales 226	Introducción 263
Psicoterapias Individuales 226	Trastornos por Uso de Sustancias 263
Terapia de Relajación 228	Dependencia de Sustancia 264

Clases de Sustancias Psicoactivas	265	Esquizofrenia Desorganizada 310 Esquizofrenia Catatónica 310 Esquizofrenia Paranoide 311 Esquizofrenia Indiferenciada 311 Esquizofrenia Residual 311 Trastorno Esquioafectivo 311 Trastorno Psicótico Breve 311 Trastorno Esquizofreniforme 312 Trastorno de Delirio 312 Trastorno Psicótico Compartido 312 Trastorno Psicótico por una Condición Médica General 313 Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias 313
Implicaciones Etiológicas	265	
Factores Biológicos	265	
Factores Psicológicos	266	
Factores Socioculturales	266	
Dinámicas de los Trastornos		
Relacionados con Sustancias	267	
Abuso y Dependencia de Alcohol	267	
Efectos en el Organismo	268	
Dependencia y Abuso de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos	271	
Abuso y Dependencia de Estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC)	274	
Dependencia y Abuso de Inhalantes	277	
Abuso y Dependencia de Opioides	278	
Intoxicación por Opioides	280	
Abuso y Dependencia de Alucinógenos	281	
Abuso y Dependencia de Cannabis	283	
Aplicación del Proceso de Enfermería	285	
Valoración	285	
Diagnóstico Dual	288	
Diagnóstico e Identificación de Resultados	289	
Planeación/Realización	292	
Evaluación	294	
Características de Tratamiento para Trastornos Relacionados con Sustancias	294	
Alcohólicos Anónimos	294	
Farmacoterapia	296	
Orientación	297	
Terapia de Grupo	297	
Psicofarmacología para la Intoxicación y Abstinencia de Sustancias	298	
Resumen	299	
CAPÍTULO 15		
Esquizofrenia y Otros Trastornos Psiquiátricos	304	
Introducción	305	
Naturaleza del Trastorno	305	
Pronóstico	307	
Implicaciones Etiológicas	307	
Influencias Biológicas	307	
Influencias Fisiológicas	309	
Influencias Psicológicas	309	
Influencias Ambientales	310	
Integración Teórica	310	
Tipos de Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos	310	
Esquizofrenia Desorganizada 310 Esquizofrenia Catatónica 310 Esquizofrenia Paranoide 311 Esquizofrenia Indiferenciada 311 Esquizofrenia Residual 311 Trastorno Esquioafectivo 311 Trastorno Psicótico Breve 311 Trastorno Esquizofreniforme 312 Trastorno de Delirio 312 Trastorno Psicótico Compartido 312 Trastorno Psicótico por una Condición Médica General 313 Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias 313		
Aplicación del Proceso de Enfermería	313	
Valoración de Antecedentes	313	
Síntomas Positivos y Negativos	316	
Diagnóstico e Identificación de Resultados	316	
Planeación y Realización	317	
Educación del Paciente y Familia	321	
Evaluación	321	
Modalidades de Tratamiento para Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos	321	
Tratamientos Psicológicos	321	
Tratamiento Social	324	
Tratamiento Orgánico	325	
Resumen	327	
CAPÍTULO 16		
Trastornos del Ánimo	332	
Introducción	333	
Perspectiva Histórica	333	
Epidemiología	334	
Género	334	
Edad	334	
Clase Social	334	
Raza y Cultura	334	
Estado Marital	335	
Estacionalidad	335	
Tipos de Trastornos del Ánimo	335	
Trastornos Depresivos	335	
Trastornos Bipolares	336	
Otros Trastornos del Ánimo	338	
Trastornos Depresivos	339	
Implicaciones Etiológicas	339	
Implicaciones del Desarrollo	342	
Aplicación del Proceso de Enfermería para Trastornos Depresivos	345	
Valoración de Antecedentes	345	

Diagnóstico e Identificación de Resultados 347	Terapia Cognitiva 405
Planeación/Realización 348	Terapia Conductual 406
Educación del Paciente y la Familia 352	Terapia de Grupo y Familiar 407
Evaluación para el Cuidado del Paciente Deprimido 352	Psicofarmacología 407
Trastorno Bipolar (Manía) 352	Resumen 408
Implicaciones Etiológicas 352	
Implicaciones de Desarrollo 353	
Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno Bipolar (Manía) 355	
Valoración de Antecedentes 355	CAPÍTULO 18
Diagnóstico e Identificación de Resultados 356	Trastornos Relacionados con Ansiedad 413
Planeación y Realización 357	
Educación del Paciente y la Familia 358	Introducción 414
Evaluación de Atención para el Paciente Maníaco 358	Aspectos Históricos 414
Modalidades de Tratamiento para Trastornos del Ánimo 360	Estadísticas Epidemiológicas 415
Tratamientos Psicológicos 360	Aplicación del Proceso de Enfermería 416
Tratamientos Orgánicos 362	Valoración de Antecedentes —Tipos de Trastornos Psicofisiológicos 416
Suicidio 366	Diagnóstico e Identificación de Resultados 422
Efectos Epidemiológicos 366	Planeación/Realización 423
Aplicación del Proceso de Enfermería en el Paciente Suicida 366	Educación del Paciente y la Familia 423
Valoración 366	Evaluación 423
Diagnóstico e Identificación de Resultados 369	Valoración de Antecedentes —Tipos de Trastornos Somatomorfos 426
Planeación y Realización 369	Diagnóstico e Identificación de Resultados 428
Evaluación 372	Planeación y Realización 429
Resumen 372	Evaluación 434
CAPÍTULO 17	Modalidades de Tratamiento para Trastornos Somatomorfos 434
Trastornos de Ansiedad 379	Valoración de Antecedentes —Tipos de Trastornos Disociativos 434
Introducción 380	Diagnóstico e Identificación de Resultados 437
Aspectos Históricos 380	Planeación/Realización 438
Estadísticas Epidemiológicas 380	Evaluación 438
¿Qué Tanto es Mucho? 381	Modalidades de Tratamiento para Trastornos Disociativos 438
Aplicación del Proceso de Enfermería 381	Resumen 443
Trastorno de Pánico 381	
Trastorno de Pánico con Agorafobia 382	CAPÍTULO 19
Trastorno de Ansiedad Generalizada 382	Trastornos de Sexualidad 448
Fobias 387	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo 391	Introducción 449
Trastorno por Estrés Postraumático 398	Desarrollo de la Sexualidad 449
Trastorno de Ansiedad por una Condición Médica General 404	Del Nacimiento a los 12 Años de Edad 449
Trastorno de Ansiedad Inducida por Sustancias 404	Adolescencia 450
Modalidades de Tratamiento 404	Adulterz 450
Psicoterapia Individual 404	Edad adulta/Madurez 40 a 65 Años 451
	Trastornos Sexuales 451
	Parafilias 451
	Disfunciones Sexuales 455
	Aplicación del Proceso de Enfermería a los Trastornos Sexuales 459
	Modalidades de Tratamiento para Disfunciones Sexuales 462

Variaciones en Orientación Sexual 467

- Homosexualidad 467
- Transexualismo 469
- Bisexualidad 469

Enfermedades de Transmisión

- Sexual 470

Resumen 470**CAPÍTULO 20****Trastornos de Alimentación 476****Introducción 477****Factores Epidemiológicos 477****Aplicación de los Procesos****de Enfermería 478**

- Valoración de Antecedentes
(Anorexia Nerviosa) 478
- Valoración de Antecedentes (Bulimia Nerviosa) 478
- Implicaciones Etiológicas para Anorexia Nerviosa y Bulimia 479
- Valoración de los Antecedentes (Obesidad) 480
- Implicaciones Etiológicas para la Obesidad 481
- Diagnóstico e Identificación de Resultados 482
- Planeación y Realización 482
- Educación del Paciente y la Familia 482
- Evaluación 482

Modalidades de Tratamiento 488

- Modificación del Tratamiento 488
- Terapia Individual 488
- Terapia Familiar 489
- Psicofarmacología 489

Resumen 490**CAPÍTULO 21****Trastornos de Personalidad 495****Introducción 496****Aspectos Históricos 496****Tipos de Trastornos****De Personalidad 497**

- Trastorno de Personalidad Paranoide 497
- Trastorno de Personalidad Esquizoide 498
- Trastorno de Personalidad Esquizotípica 499
- Trastorno de Personalidad Antisocial 499
- Trastorno de Personalidad Limítrofe 500
- Trastorno de Personalidad Histrionica 500
- Trastorno de Personalidad Narcisista 501
- Trastorno de Personalidad por Evitación 501
- Trastorno de Personalidad Dependiente 502
- Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsiva 503
- Trastorno de Personalidad Pasivo-Agresiva 503

Aplicación del Proceso**De Enfermería 504**

- Trastorno de Personalidad Limítrofe 504
- Trastorno de Personalidad Antisocial 509

Modalidades de Tratamiento 513

- Psicoterapia Interpersonal 513
- Psicoterapia Psicoanalítica 516
- Terapia Social o de Grupo 516
- Terapia Cognitivo-Conductual 516
- Psicofarmacología 516

Resumen 518**UNIDAD CUATRO****POBLACIONES ESPECIALES****DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA****CAPÍTULO 22****Niños y Adolescentes 525****Introducción 526****Retraso Mental 526**

- Implicaciones Etiológicas 526
- Aplicación del Proceso de Enfermería al Retraso Mental 527
- Diagnóstico e Identificación de Resultados 528
- Planeación y Realización 528
- Evaluación 528

Trastorno Autista 530

- Implicaciones Etiológicas 530
- Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno Autista 530

Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención 531

- Implicaciones Etiológicas 533
- Aplicación del Proceso de Enfermería a Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención 534

Trastorno de Conducta 540

- Implicaciones Etiológicas 540
- Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno de Conducta 541

Trastorno Oposicionista Desafiante 542

- Implicaciones Etiológicas 542
- Aplicación del Proceso de Enfermería en el Trastorno Oposicionista Desafiante 544

Síndrome de Tourette 545

- Implicaciones Etiológicas 547
- Aplicación del Proceso de Enfermería al Síndrome de Tourette 547

Trastorno de Ansiedad de Separación	550	Aspectos Socioculturales del Envejecimiento	590
Implicaciones Etiológicas	550	Aspectos Sexuales del Envejecimiento	591
Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno de Ansiedad de Separación	551		

Acercamientos Terapéuticos

Generales	553
Teoría de Comportamiento	553
Terapia Familiar	553
Terapia de Grupo	553
Psicofarmacología	555

Resumen

555

CAPÍTULO 23**Víctimas de Abuso o Negligencia**

561

Introducción

562

Perspectivas Históricas

562

Implicaciones Etiológicas

563

Teorías Biológicas	563
Teorías Psicológicas	563
Teorías Socioculturales	563

Aplicación del Proceso**de Enfermería**

565

Valoración de Antecedentes	565
Planeación y Realización	572
Evaluación	572

Modalidades de Tratamiento

572

Intervención en Crisis	572
------------------------	-----

Resumen

576

CAPÍTULO 24**Envejecimiento**

581

Introducción

582

¿Cómo es Envejecer?

582

Estadísticas Epidemiológicas

583

La Población	583
Estado Civil	583
Estado Económico	583
Empleo	583
Estado de Salud	584

Teorías del Envejecimiento

584

Teorías Biológicas	584
Teorías Psicosociales	585

El Proceso Normal**de Envejecimiento**

586

Aspectos Biológicos	586
---------------------	-----

Aspectos Psicológicos del Envejecimiento	588
--	-----

Intereses Especiales de los Adultos**Mayores**

592

Jubilación	592
------------	-----

Atención Prolongada	594
---------------------	-----

Abuso de los Adultos Mayores	595
------------------------------	-----

Suicidio	597
----------	-----

Aplicación del Proceso**de Enfermería**

598

Diagnóstico e Identificación de Resultados	599
--	-----

Planeación y Realización	600
--------------------------	-----

Evaluación	600
------------	-----

Resumen

605

CAPÍTULO 25**Enfermería en Salud Mental Comunitaria**

611

Introducción

612

Cambio del Enfoque en la Atención

612

Modelo de Salud Pública

613

La Comunidad Como Paciente

614

Prevención primaria	614
---------------------	-----

Prevención Secundaria	620
-----------------------	-----

Prevención Terciaria	623
----------------------	-----

Población sin Hogar

629

Aspectos Históricos y Epidemiológicos	629
---------------------------------------	-----

Recursos de la Comunidad para las Personas	
--	--

Sin Hogar	635
-----------	-----

El Paciente Sin Hogar y el Proceso	
de Enfermería	636

Resumen

638

CAPÍTULO 26**El Duelo**

642

Introducción

643

Perspectivas Teóricas en la Pérdida

y el Duelo

643

Etapas de Duelo	643
-----------------	-----

Duración del Proceso de Duelo

646

Duelo Anticipado

647

Respuestas de Inadaptación

por la Pérdida

647

Duelo Retrasado o Inhibido	647
----------------------------	-----

Respuesta de Duelo Distorsionado (Exagerado)	648
--	-----

Duelo Crónico o Prolongado	648
----------------------------	-----

Duelo Normal versus de Inadaptación	648
-------------------------------------	-----

Aplicación del Proceso de Enfermería 648	Dominio 1: Promoción De La Salud 670
Valoración de Antecedentes: Conceptos de Muerte y Temas de Desarrollo 648	Dominio 2: Nutrición 670
Valoración de Antecedentes: Conceptos de Muerte y Temas Culturales 650	Dominio 3: Eliminación e Intercambio 670
Diagnóstico de Enfermería e Identificación de Resultados 652	Dominio 4: Actividad/Descanso 671
Planeación y Realización 652	Dominio 5: Percepción/cognición 671
Evaluación 652	Dominio 6: Autopercepción 671
Ayuda Adicional 654	Dominio 7: Relaciones Interpersonales 672
Hospicio 654	Dominio 8: Sexualidad 672
Declaraciones Anticipadas (Planes Anticipados) 657	Dominio 9: Enfrentamiento/tolerancia al Estrés 672
Resumen 657	Dominio 10: Principios de Vida 672
APÉNDICE A	
Clasificación del DSM-IV-TR: Categorías y Códigos Ejes I y II 663	Dominio 11: Seguridad/protección 673
Trastornos que por lo General se Diagnóstican en la Infancia, Niñez o Adolescencia 663	Dominio 12: Confort 673
Delirio, Demencia y Trastornos Amnésicos, así como Otros Trastornos Cognitivos 664	Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo 673
Trastornos Mentales por Condiciones Médicas Generales no Clasificadas en Otra Categoría 664	
Trastornos Relacionados Con Sustancias 664	APÉNDICE C
Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos 666	Asignación de Diagnósticos de Enfermería a Comportamiento en Pacientes 674
Trastornos del Ánimo 667	
Trastornos Somatomorfos 667	APÉNDICE D
Trastornos Facticios 667	Valoración del Estado Mental 676
Trastornos de Identidad Sexual y Género 667	Identificación de Datos 676
Trastornos de Alimentación 668	Descripción General 676
Trastornos de Sueño 668	Emociones 676
Otras Condiciones que Pueden Tener un Enfoque Clínico 669	Procesos de Pensamiento 677
Códigos Adicionales 669	Alteraciones Perceptuales 677
APÉNDICE B	
Diagnósticos de Enfermería NANDA: Taxonomía II Dominios, Clases y Diagnósticos 670	Capacidad Sensorial y Cognitiva 677
	Control del Impulso 677
	Juicio y Pensamiento 677
	APÉNDICE E
	Glosario 678
	APÉNDICE F
	Respuestas a las Preguntas de Revisión 699
	Capítulo 1. Salud Mental y Enfermedad Mental 699
	Capítulo 2. Conceptos de Desarrollo de la Personalidad 699
	Capítulo 3. Implicaciones Biológicas 699

Capítulo 4. Temas Éticos y Legales 699	Capítulo 15. Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos 700
Capítulo 5. Conceptos Culturales y Espirituales Relevantes Para la Enfermería en Salud Mental/Psiquiátrica 699	Capítulo 16. Trastornos del Ánimo 700
Capítulo 6. Desarrollo de la Relación y Comunicación Terapéuticas 699	Capítulo 17. Trastornos de Ansiedad 700
Capítulo 7. El Proceso de Enfermería en Enfermería y Salud Mental/Psiquiátrica 699	Capítulo 18. Trastornos Relacionados con Ansiedad 700
Capítulo 8. Terapia Ambiental —la Comunidad Terapéutica 700	Capítulo 19. Trastornos de Sexualidad 701
Capítulo 9. Intervención en Grupos 700	Capítulo 20. Trastornos de Alimentación 701
Capítulo 10. Intervención en Crisis 700	Capítulo 21. Trastornos de Personalidad 701
Capítulo 11. Psicofarmacología 700	Capítulo 22. Niños y Adolescentes 701
Capítulo 12. Terapias Complementarias y Psicosociales 700	Capítulo 23. Víctimas de Abuso o Negligencia 701
Capítulo 13. Delirio, Demencia, y Trastornos Amnésicos 700	Capítulo 24. El Envejecimiento Individual 701
Capítulo 14. Trastornos Relacionados con Sustancias 700	Capítulo 25. Enfermería en Salud Mental Comunitaria 701
	Capítulo 26. El Duelo Individual 701
	Índice alfabético 703

CONTENIDO BREVE

UNIDAD UNO

INTRODUCCIÓN A LOS CONCEPTOS DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA	
CAPÍTULO	1 Salud Mental y Enfermedad Mental 3
CAPÍTULO	2 Conceptos de Desarrollo de la Personalidad 15
CAPÍTULO	3 Implicaciones Biológicas 31
CAPÍTULO	4 Temas Éticos y Legales 50
CAPÍTULO	5 Conceptos Culturales y Espirituales Relevantes para la Enfermería en Salud Mental/Psiquiátrica 66

UNIDAD DOS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA	
CAPÍTULO	6 Desarrollo de Relaciones y Comunicación Terapéutica 95
CAPÍTULO	7 Proceso de Enfermería en Salud Mental/Psiquiátrica 115
CAPÍTULO	8 Terapia Ambiental: la Comunidad Terapéutica 140
CAPÍTULO	9 Intervención en Grupos 149
CAPÍTULO	10 Intervención en Crisis 162
CAPÍTULO	11 Psicofarmacología 182
CAPÍTULO	12 Terapias Complementarias y Psicosociales 212

UNIDAD TRES

CUIDADO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	
CAPÍTULO	13 Delirio, Demencia y Trastornos Amnésicos 237
CAPÍTULO	14 Trastornos Relacionados con Sustancias 262
CAPÍTULO	15 Esquizofrenia y Otros Trastornos Psiquiátricos 304

CAPÍTULO	16 Trastornos del Ánimo 332
CAPÍTULO	17 Trastornos de Ansiedad 379
CAPÍTULO	18 Trastornos Relacionados con Ansiedad 413
CAPÍTULO	19 Trastornos de Sexualidad 448
CAPÍTULO	20 Trastornos de Alimentación 476
CAPÍTULO	21 Trastornos de Personalidad 495

UNIDAD CUATRO

POBLACIONES ESPECIALES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA

CAPÍTULO	22 Niños y Adolescentes 525
CAPÍTULO	23 Víctimas de Abuso o Negligencia 561
CAPÍTULO	24 Envejecimiento 581
CAPÍTULO	25 Enfermería en Salud Mental Comunitaria 611
CAPÍTULO	26 El Duelo 642

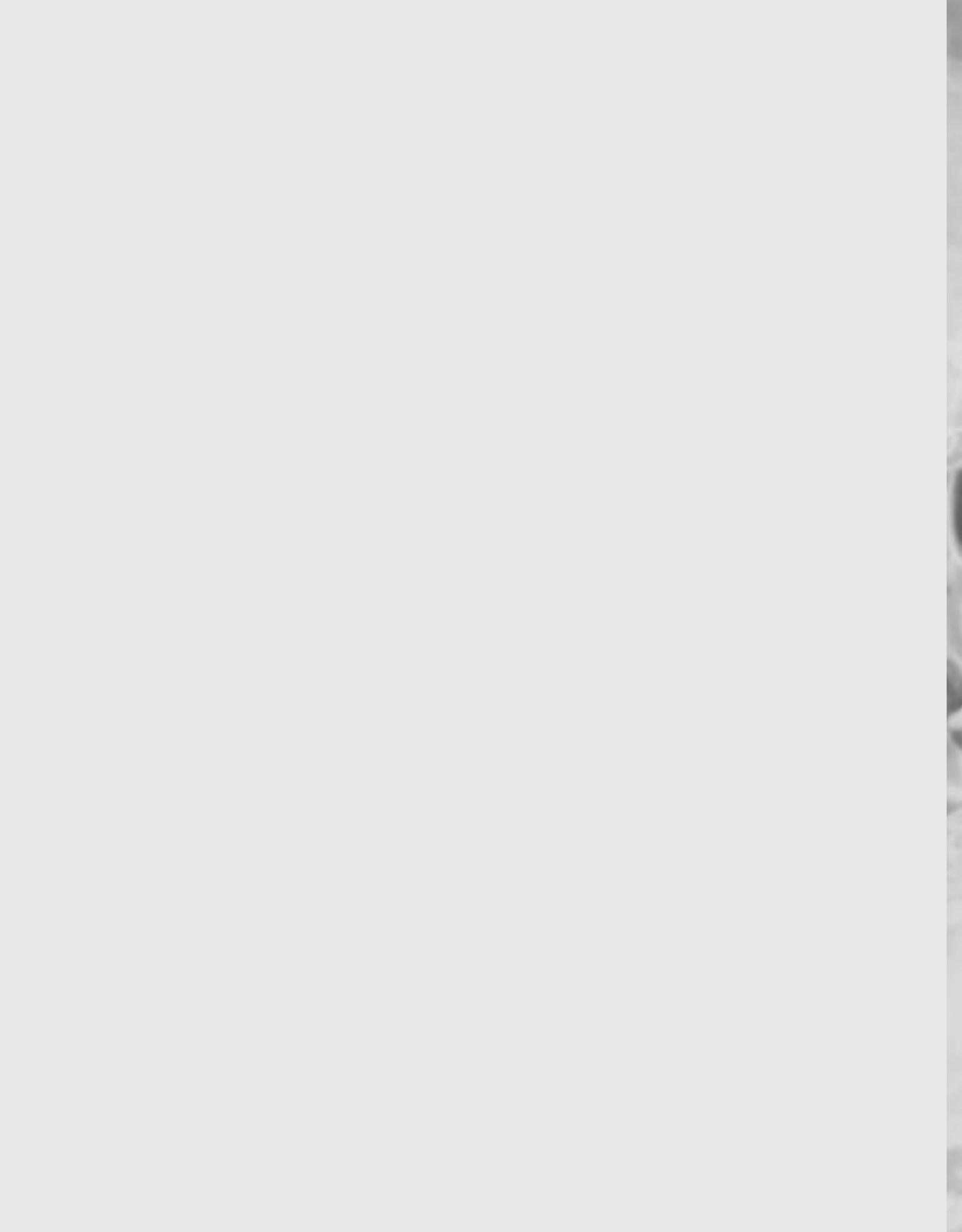
APÉNDICES

APÉNDICE	A Clasificación del <i>DSM-IV-TR</i> : Categorías y Códigos Ejes I y II 663
APÉNDICE	B Diagnósticos de Enfermería NANDA: Taxonomía II Dominios, Clases y Diagnósticos 670
APÉNDICE	C Asignación de Diagnósticos de Enfermería a Comportamiento en Pacientes 674
APÉNDICE	D Valoración del Estado Mental 676
APÉNDICE	E Glosario 678
APÉNDICE	F Respuestas a las Preguntas de Revisión 699

ÍNDICE ALFABÉTICO 703

UNIDAD UNO

INTRODUCCIÓN A LOS CONCEPTOS DE SALUD MENTAL/ PSIQUIÁTRICA



1

C A P Í T U L O

SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

R E S U M E N D E L C A P Í T U L O

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

SALUD MENTAL

ENFERMEDAD MENTAL

RESPUESTAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS AL ESTRÉS

EL SISTEMA DE EVALUACIÓN MULTIAXIAL

DSM-IV-TR

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

T É R M I N O S C L A V E

duelo anticipado

mecanismos de defensa del Yo

neurosis

carga del duelo

síndrome de huir o pelear

psicosis

revisión del texto *Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV-TR)*

C O N C E P T O S C E N T R A L E S

ansiedad

duelo

O B J E T I V O S

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *salud mental* y *enfermedad mental*.
2. Discutir elementos culturales que influyen en actitudes hacia la salud mental y la enfermedad mental.
3. Identificar respuestas fisiológicas al estrés.
4. Discutir los conceptos de ansiedad y duelo como respuestas fisiológicas al estrés.
5. Describir el sistema de clasificación de la evaluación multiaxial *DSM-IV-TR* para trastornos mentales.

INTRODUCCIÓN

Los conceptos *salud mental* y *enfermedad mental* están culturalmente definidos. Algunas culturas son muy liberales en el rango de conductas que son consideradas aceptables, en tanto otras presentan muy poca tolerancia para los que se desvían de las normas. Un estudio de la historia del cuidado psiquiátrico revela verdades impactantes sobre el tratamiento en el pasado de los individuos mentalmente enfermos, muchos eran mantenidos bajo control por medios que se considerarían menos que humanos.

Las creencias primitivas respecto a los trastornos mentales han tenido variados puntos de vista, es decir, algunos creían que un individuo con enfermedad mental había sido desposeído de su alma y sólo se recuperaría si ésta regresaba. En otros casos se creía que espíritus diabólicos o poderes sobrenaturales o mágicos habían entrado al cuerpo; por consiguiente, la “cura” de estos individuos involucraba un “ritual” de exorcismo para expulsar a estas fuerzas indeseables, que con frecuencia consistía en brutales golpizas, inanición u otros medios de tortura. Incluso había quienes consideraban que la persona mentalmente enferma podía haber roto algún tabú o pecado en contra de alguna persona o de Dios, para lo cual se requerían rituales de purificación o se demandaban varios tipos de retribución. La correlación de la enfermedad mental con la demonología o brujería condujo a que algunos enfermos mentales llegaran a ser quemados.

Este capítulo define *salud mental* y *enfermedad mental*, además de describir las respuestas físicas y fisiológicas al estrés. También se presenta el sistema de evaluación multiaxial *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a. edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*.

SALUD MENTAL

Algunos teóricos han intentado definir el concepto de *salud mental*, lo cual en muchos casos trata con diversos aspectos del funcionamiento del individuo. Maslow (1970) enfatizó una motivación del individuo en la pregunta continua para la auto-actualización e identificó una “jerarquía de necesidades”, de las cuales las más inferiores requerirían ser satisfechas antes que las consideradas superiores, con la auto-actualización como satisfacción del potencial del ser más elevado. La posición del individuo dentro de la jerarquía puede variar con base en las circunstancias; por ejemplo, aquél sujeto que enfrenta una cirugía mayor y ha trabajado en tareas para alcanzar la auto-actualización puede estar preocupado, quizás sólo temporalmente, por la necesidad de seguridad fisiológica. En la figura 1-1 se observa una representación de la jerarquía de necesidades.

Maslow describió la auto-actualización como el estado de ser “fisiológicamente sano, totalmente humano, alta-

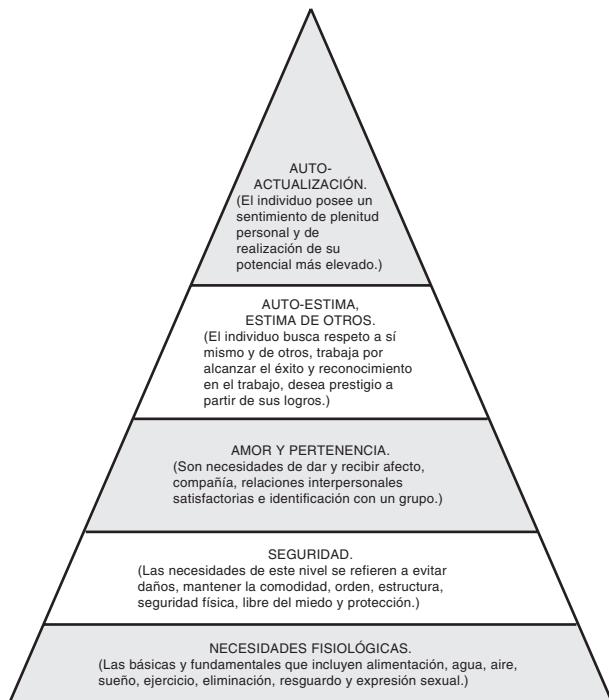


FIGURA 1-1 Jerarquía de necesidades de Maslow.

mente evolucionado y totalmente maduro”; creía que los individuos sanos o *auto-actualizados* poseían las siguientes características:

- Una apropiada percepción de la realidad.
- La capacidad para aceptarse a sí mismo, a otros y a la naturaleza humana.
- La capacidad para manifestar espontaneidad.
- La capacidad para concentrarse en la solución de problemas.
- Una necesidad por la separación y deseo de privacidad.
- Independencia, autonomía y resistencia a la sobrecontrolación.
- Intensidad de reacción emocional.
- Una frecuencia de experiencias “pico” que valida lo digno, la riqueza y la belleza de la vida.
- Identificación con la humanidad.
- La capacidad de alcanzar relaciones interpersonales satisfactorias.
- Una estructura de carácter democrática y fuerte sentido de la ética.
- Creatividad.
- Cierto grado de inconformidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2003) define *salud mental* como “un estado del ser que es más relativo que absoluto. El rendimiento exitoso de las funciones se muestran como actividades productivas, relaciones plenas con otras personas y la capacidad para adaptarse al cambio y enfrentar la adversidad”.

Townsend (2006) define *salud mental* como “la adaptación exitosa a estresores del medio ambiente interno o externo, a través de los pensamientos, sentimientos y comportamientos que son apropiados a la edad y congruentes con las normas locales y culturales” (p. 16).

Esta definición de *salud mental* se utilizará para propósitos de este texto.

ENFERMEDAD MENTAL

Es difícil definir un concepto de enfermedad mental debido a los factores culturales que influyen; sin embargo, ciertos elementos se relacionan con las “percepciones” sobre enfermedad mental, sin importar el origen cultural. Horwitz (2002) identifica dos de estos elementos como *incomprensibilidad* y *relatividad cultural*.

La *incomprensibilidad* se refiere a la incapacidad de la población general para entender la motivación detrás del comportamiento, es decir, cuando quienes observan no son capaces de encontrar un significado o de entender un comportamiento, es factible que cataloguen ese comportamiento como enfermedad mental. Horwitz establece que “los observadores atribuyen etiquetas de enfermedad mental cuando las reglas convencionales y niveles de comprensión que utilizan para interpretar el comportamiento fallan en encontrar alguna motivación inteligible detrás de una acción”.

El elemento de *relatividad cultural* considera que estas reglas y entendimientos se conciben dentro de una cultura particular propia del individuo. El comportamiento se cataloga como “normal” o “anormal” de acuerdo con las normas sociales o culturales, por tanto, un comportamiento que se reconoce como evidencia de enfermedad mental en una sociedad puede ser visto como normal en otra y viceversa. Horwitz identificó cierto número de aspectos culturales de enfermedad mental, los cuales se presentan en el recuadro 1-1.

En el *DSM-IV-TR* (APA, 2000), APA define enfermedad mental o trastorno mental como “una conducta clínicamente significativa o síndrome psicológico o patrón que ocurre en un individuo y que está asociado con distress presente (p. ej., un síntoma de dolor) o discapacidad (p. ej., alteración en una o más áreas importantes de funcionamiento), o con un riesgo significativamente elevado de morir, sufrir dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad y no es sólo una supuesta respuesta a un evento particular”. (p. xxxi)

Townsend (2006) define enfermedad mental como: “respuestas maladaptativas a estresores del medio ambiente interno o externo, evidenciadas por pensamientos, sentimientos y comportamientos incongruentes con las normas locales y culturales, e interfieren con el funcionamiento social, ocupacional y/o físico del individuo” (p.

RECUADRO 1-1 Aspectos Culturales de Enfermedad Mental

1. Usualmente miembros de la comunidad no profesional, más que el personal psiquiátrico, reconocen cuando el comportamiento de un individuo se desvía de las normas sociales.
2. La gente relacionada con un individuo o quienes están en el mismo grupo social o cultural son los que menos parecen etiquetar el comportamiento del otro como enfermedad mental, no así aquel que es parental o culturalmente distante. Los miembros de la familia (o las personas del mismo grupo social o cultural) tratan de “normalizar” el comportamiento o bien de encontrar una explicación al mismo.
3. Los psiquiatras ven a una persona con enfermedad mental con más frecuencia cuando los miembros de la familia no pueden negar más el hecho y con frecuencia cuando empeora el comportamiento. Las normas locales o culturales definen la conducta patológica.
4. Los individuos en situaciones socioeconómicas más deficientes, por lo general, muestran la mayor cantidad de síntomas de enfermedad mental; sin embargo, tienden a tolerar una mayor variedad de comportamientos que difieren de las normas sociales y son menos propensos a considerarlos como indicativos de enfermedad mental. Los niveles de enfermedad mental son más frecuentemente utilizados por los profesionales de la psiquiatría.
5. Cuanto mejor sea la posición social, mayor es el reconocimiento de los comportamientos de enfermedad mental (como lo definen las normas sociales). Los miembros de las clases socioeconómicas más elevadas parecen auto-etiquetarse o señalar a miembros de la familia o amigos. Se pide ayuda psiquiátrica con mayor prontitud después de los primeros signos de trastorno emocional.
6. Mientras más educada es la persona, mayor es el reconocimiento de los comportamientos de enfermedad mental; sin embargo, incluso más relevante que la *cantidad* de educación es el *tipo* de educación. Los individuos que se dedican a las profesiones humanistas (p. ej., abogados, trabajadores sociales, artistas, maestros, enfermeros) parecen buscar más asistencia psiquiátrica que profesionales como ejecutivos de negocios, especialistas en computación, contadores públicos e ingenieros.
7. En términos de religión, los judíos parecen buscar más la ayuda psiquiátrica que las personas católicas o protestantes.
8. Las mujeres parecen reconocer los síntomas de enfermedad mental más que los hombres y buscan asistencia.
9. A mayor distancia cultural del grupo común de la sociedad (p. ej., menos lazos con la sociedad convencional), mayor probabilidad de una respuesta negativa de la sociedad a la enfermedad mental. Por ejemplo, los inmigrantes toman mayor distancia del común de la sociedad que los nativos, los negros más que los blancos y los “bohemios” más que los burgueses. Ellos parecen estar más sujetos a tratamiento coercitivo y el tratamiento psiquiátrico involuntario es más común.

Fuente: Adaptado de Horwitz (2002).

17). Esta definición de enfermedad mental se utilizará para propósitos de este texto.

RESPUESTAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS AL ESTRÉS

Respuestas Físicas

En 1956, Hans Selye publicó los resultados de su investigación en relación con la respuesta fisiológica de un siste-

ma biológico al cambio impuesto en el mismo. Después de la publicación inicial de sus hallazgos, revisó su definición de estrés como “el estado manifestado por un síndrome específico el cual consiste en todos los cambios inducidos de manera inespecífica dentro de un sistema biológico” (Selye, 1976, p. 64). Este síndrome de síntomas se ha llegado a conocer como el **síndrome de huir o pelear**. Selye llamó esta reacción general del cuerpo al estrés *síndrome de adaptación general*. Describió la reacción en tres etapas distintas:

1. **Etapa de reacción de alarma.** Durante esta etapa se inician las respuestas fisiológicas del síndrome pelear o huir.
2. **Etapa de resistencia.** El individuo utiliza las respuestas fisiológicas de la primera etapa como una defensa en el intento por adaptarse al estímulo de estrés. Si se presenta la adaptación se previene la tercera etapa o se retrasa. Los síntomas fisiológicos pueden desaparecer.
3. **Etapa de agotamiento.** Esta etapa se presenta cuando hay una exposición prolongada al estímulo estresante, a la cual el cuerpo ha llegado a ajustarse. La energía de adaptación se ha agotado y el individuo no tiene disponibles los recursos descritos en las primeras dos etapas; se pueden presentar enfermedades de adaptación (p. ej., dolor de cabeza, trastornos mentales, enfermedad de arteria coronaria, úlceras, colitis). Si no hay alguna intervención para revertir lo anterior puede sobrevivir el agotamiento o incluso la muerte (Selye, 1956, 1974).

Las respuestas biológicas asociadas con el “síndrome huir o pelear” incluyen las siguientes:

- **Respuesta inmediata.** El hipotálamo estimula al sistema nervioso simpático, lo cual da como resultado los siguientes efectos físicos:
 - La médula suprarrenal libera norepinefrina y epinefrina al torrente sanguíneo.
 - Se dilatan las pupilas.
 - Aumenta la secreción de las glándulas lacrimales (lagrimeo).
 - Se dilatan los bronquiolos y aumenta la frecuencia respiratoria.
 - Aumentan las contracciones cardíacas, al igual que el gasto cardíaco, frecuencia cardíaca y presión arterial.
 - Disminuyen secreciones y motilidad gastrointestinal; se contraen los esfínteres.
 - En el hígado aumentan la glucogenólisis y gluconeogénesis, y disminuye la síntesis de glucógeno.
 - Se contrae el músculo de la vejiga y se relaja el esfínter; aumenta la motilidad del uréter.
 - Aumenta la secreción de glándulas sudoríparas.
 - Presencia de lipólisis de las células grasas.

● **Respuesta sostenida.** Cuando la respuesta al estrés no es liberada de manera inmediata y el individuo permanece bajo estrés por un periodo prolongado, el hipotálamo estimula la glándula hipófisis para liberar hormonas que producen los siguientes efectos:

- La hormona adrenocorticotrópica (ACTH) estimula a la corteza suprarrenal para liberar glucocorticoides y mineralocorticoides, lo que da como resultado aumento de la gluconeogénesis y retención de sodio y agua, además de disminución de las respuestas inmune e inflamatoria.
- La vasopresina (hormona antidiurética) incrementa la retención de líquidos y también aumenta la presión arterial por medio de la constricción de los vasos sanguíneos.
- La hormona del crecimiento tiene un efecto directo en el metabolismo de las proteínas, carbohidratos y lípidos, lo que ocasiona aumento de la glucosa en suero y ácidos grasos libres.
- La hormona tirotrópica estimula la glándula tiroides para aumentar el índice metabólico basal.
- Las gonadotropinas provocan una reducción en la secreción de hormonas sexuales, provocando disminución de la libido e impotencia.

Esta respuesta de “huir o pelear” sirvió a nuestros ancestros muy bien; el *Homo sapiens* quien tuvo que enfrentar al oso pardo o al tigre dientes de sable como parte de su lucha, utilizó estos recursos de adaptación como una ventaja para sobrevivir. La respuesta surgió en urgencias para preservar la vida, y seguida por la restauración de los mecanismos compensatorios a la condición de pre-emergente (homeostasis).

Selye llevó a cabo su extensa investigación en un ambiente controlado con animales de laboratorio como sujetos; provocó respuestas fisiológicas con estímulos físicos tales como la exposición a frío o calor extremo, choques eléctricos, inyección de sustancias tóxicas, restricción y lesiones quirúrgicas. Desde la publicación de la investigación original de Selye, es evidente que el síndrome de huir o pelear se presenta en respuesta a estímulos psicológicos o emocionales, como sucede con los estímulos físicos.

Los estímulos estresantes psicológicos o emocionales con frecuencia no son resueltos con rapidez como los físicos; por tanto, la energía de adaptación del cuerpo puede afectarse más rápido. La respuesta de huir o pelear suele ser inapropiada o incluso peligrosa para el estilo de vida en la actualidad, donde el estrés ha sido descrito como un estado psicosocial que es predominante, crónico e implacable. Es la respuesta crónica que mantiene al cuerpo en condición excitada por períodos extensos lo que favorece la susceptibilidad a enfermedades de adaptación.

Respuestas Psicológicas

La **ansiedad** y el **duelo** han sido descritos como patrones primarios de respuesta psicológica al estrés. Se relacionan con cierta variedad de pensamientos, sentimientos y comportamientos. La adaptación se determina por el grado al cual los pensamientos, sentimientos y comportamientos interfieren con el funcionamiento del individuo.

Concepto Central

Ansiedad

Una aprensión difusa que es vaga en su naturaleza y se relaciona con sentimientos de incertidumbre e indefensión.

Ansiedad

Los sentimientos de ansiedad son comunes en nuestra sociedad, se consideran casi universales, debido a que surgen del caos y de la confusión presentes en el mundo de hoy. Los miedos a lo desconocido y a las condiciones de ambigüedad ofrecen un campo perfecto para el crecimiento de la ansiedad que se enraíza, crece, y cuyos bajos niveles permiten la adaptación y pueden proporcionar la motivación requerida para sobrevivir; sin embargo, llega a ser un problema cuando el individuo es incapaz de prevenirla y va escalando a un nivel que interfiera con la capacidad de reconocer las necesidades básicas.

Peplau (1963) describió cuatro niveles de ansiedad: leve, moderada, grave y pánico. El personal de enfermería debe ser capaz de reconocer los síntomas relacionados con cada uno para planear una intervención apropiada con individuos ansiosos.

- **Ansiedad leve.** Este nivel es apenas un problema para el individuo y se relaciona con la tensión experimentada en respuesta a los eventos de la vida diaria. Prepara a las personas para actuar, agudiza sus sentidos, aumenta la motivación para la productividad, acrecienta el campo de percepción y da como resultado una mayor conciencia del ambiente. También aumenta el aprendizaje y el individuo es capaz de funcionar en niveles óptimos.

- **Ansiedad moderada.** Este nivel es mayor y disminuye el campo de la percepción. El individuo está menos alerta a los eventos que se presentan en el ambiente. Su campo de atención es amplio pero disminuye su capacidad, aunque todavía puede estar atento a las necesidades con dirección. Podría ser necesaria ayuda para resolver problemas, aumenta la tensión muscular y la inquietud es evidente.

- **Ansiedad grave.** El campo perceptivo de los individuos gravemente ansiosos está tan disminuido que su concentración se centra en un detalle en particular o en muchos detalles extraños; el campo de atención es muy limitado y el sujeto tiene muchas dificultades para completar incluso las tareas más sencillas. Los síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, palpitaciones, insomnio) y los emocionales (p. ej., confusión, terror, horror) pueden ser evidentes. La incomodidad se experimenta al grado que todo el comportamiento revela con claridad el estado de ansiedad.

- **Pánico.** Éste es el tipo de ansiedad más intensa, el individuo es incapaz de enfocar el más mínimo detalle dentro del ambiente, son comunes las percepciones equivocadas y puede presentarse una pérdida de contacto con la realidad. La persona podría llegar a experimentar alucinaciones o angustia. El comportamiento se puede caracterizar por actos desesperados y primitivos o retramiento extremos, por lo que el funcionamiento humano y la comunicación con otros son ineficaces. El pánico se relaciona con un sentimiento de terror, los individuos pueden estar convencidos de que tienen una enfermedad que amenaza su vida o temen volverse locos, perder el control o son emocionalmente débiles (APA, 2000). El pánico prolongado puede llevar al individuo a un agotamiento físico, emocional y amenazar la vida.

En cada nivel de ansiedad se presenta una variedad de respuestas de adaptación. En la figura 1-2 son señaladas en una escalada de ansiedad continua que va de leve a pánico.

Ansiedad Leve

En este nivel, los individuos utilizan cualquier número de comportamientos de enfrentamiento para satisfacer sus necesidades de comodidad. Menninger (1963) describió los siguientes tipos de mecanismos que se revelan en situaciones de estrés:

- Sueño
- Comer
- Ejercicio físico
- Fumar
- Llanto
- Bostezar

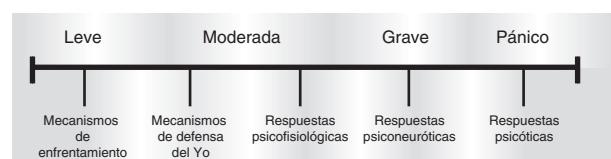


FIGURA 1-2 Respuestas de adaptación en continua de la ansiedad.

- Beber
- Ensoñación
- Reír
- Maldecir
- Pasear de un lado a otro
- Balancear los pies
- Inquietud
- Comerse las uñas
- Dar golpecitos con los dedos
- Hablar con alguien con quien se sienta cómodo.

De manera indudable existen muchas otras respuestas como para mencionarlas todas aquí, considerando que cada individuo desarrolla sus formas únicas para aliviar su ansiedad moderada. Algunos de estos comportamientos son mucho más adaptativos que otros.

Ansiedad Leve a Moderada

Sigmund Freud (1961) identificó al Yo como el componente real de la personalidad que determina la solución de problemas y el pensamiento racional. Conforme el nivel de ansiedad aumenta, la fuerza del Yo se pone a prueba y la energía se moviliza para confrontar la amenaza. Anna Freud (1953) identificó algunos mecanismos de defensa empleados por el Yo para su enfrentamiento con integridad biológica o psicológica (cuadro 1-1). Algunos son más adaptativos que otros, pero todos se utilizan, ya sea consciente o inconscientemente, como unas **herramientas de defensa** en un esfuerzo para aliviar la ansiedad leve a moderada. Dejan de ser mecanismos de adaptación cuando el individuo los utiliza al grado en que interfieren con la capacidad para tratar con la realidad, con las relaciones interpersonales o con el rendimiento ocupacional.

Ansiedad Moderada a Grave

La ansiedad moderada a grave, que permanece sin resolverse por largos períodos, puede contribuir a la aparición de problemas fisiológicos. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) describe estos trastornos como “la presencia de uno o más factores fisiológicos específicos o de comportamiento que afectan de manera adversa una condición médica general”, es decir, los factores psicológicos pueden exacerbar síntomas de, o retrasar la recuperación de, o interferir con el tratamiento de una condición médica, que puede ser iniciada o exacerbada por una situación ambiental que el individuo percibe como estresante. Se puede demostrar fisiopatológicamente. El *DSM-IV-TR* establece:

Factores psicológicos y del comportamiento pueden afectar el curso de casi todas las categorías principales de enfermedad, incluso condiciones cardiovasculares, dermatológicas, gastrointestinales, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renales y reumatólogicas (p. 732).

Ansiedad Grave

Extensos períodos de ansiedad grave reprimida pueden ocasionar patrones de comportamiento psiconeuróticos. La **neurosis** no se considera una categoría separada de los trastornos en el *DSM-IV-TR* (APA, 2000); sin embargo, todavía se utiliza el término en la literatura para describir la sintomatología. La neurosis es un trastorno psiquiátrico caracterizado por ansiedad excesiva que se expresa de manera directa o alterada a través de mecanismos de defensa. Aparece como un síntoma, tal como la obsesión, compulsión, fobia o una disfunción sexual (Sadock y Sadock, 2003). Las siguientes son características comunes de personas con neurosis:

- Están conscientes de que experimentan angustia.
- Están conscientes de que sus conductas son maladaptativas.
- No están conscientes de alguna posible causa psicológica de angustia.
- Se sienten incapaces de cambiar su situación.
- No experimentan pérdida del contacto con la realidad.

Los siguientes trastornos son ejemplos de respuestas psiconeuróticas a ansiedad grave como se presentan en el *DSM-IV-TR*:

- **Trastorno de ansiedad.** Las principales características son síntomas de ansiedad y comportamiento de evasión (p. ej., alteración obsesivo-compulsiva, pánico, ansiedad generalizada, estrés postraumático).
- **Trastornos somatomorfas.** Éstos se caracterizan por síntomas físicos para los que no existe una patología orgánica demostrable. Los factores psicológicos son juzgados por tener una función significativa en el inicio, gravedad, exacerbación o mantenimiento de los síntomas (p. ej., hipocondriasis, trastorno de conversión, trastorno de somatización, trastornos del dolor).
- **Trastornos dissociativos.** Éstos se caracterizan por interrupción en las funciones generalmente integradas de conciencia, memoria, identidad o percepción del ambiente (p. ej., amnesia dissociativa, fuga dissociativa, trastorno de identidad dissociativa, trastorno de despersonalización).

Pánico

Este es el grado extremo de la ansiedad, en el que un individuo no es capaz de procesar lo que está sucediendo en su ambiente y puede perder contacto con la realidad. La **psicosis** se define como una pérdida de los límites del Yo o un daño importante (APA, 2000). Las psicosis son trastornos psiquiátricos graves caracterizados por la presencia de delirios o alucinaciones, alteración del funcionamiento interpersonal y la relación con el mundo externo.

CUADRO 1 – 1 Mecanismos de Defensa del Yo

Mecanismo de Defensa	Ejemplo	Mecanismo de Defensa	Ejemplo
<i>Compensación</i> Se encubre una debilidad real o percibida enfatizando una característica más deseable	Un niño discapacitado físicamente no puede participar en el futbol, y lo compensa siendo un mejor estudiante	<i>Proyección</i> Se atribuyen sentimientos o impulsos inaceptables de uno mismo a otra persona	Se siente una fuerte atracción sexual por su entrenador de atletismo y le dice a una amiga, “yo le gusto!”
<i>Negación</i> Se rechaza reconocer la existencia de una situación real o los sentimientos relacionados a ella	Una mujer bebe alcohol en exceso todos los días sin poder detenerse, y no reconoce que tiene un problema	<i>Racionalización</i> Se intenta dar excusas o formular razones lógicas para justificar sentimientos o comportamientos inaceptables	Juan le dice a la enfermera, “bebo porque es la única forma que puedo soportar mi matrimonio y mi trabajo”
<i>Desplazamiento</i> Se transfieren sentimientos desde un objetivo a otro considerado menos amenazante o neutral	Un paciente se enoja con su doctor, no dice nada, pero se vuelve verbalmente abusivo con la enfermera	<i>Formación de reacción</i> Se previenen pensamientos o comportamientos indeseables o inaceptables de ser expresados exagerando pensamientos o tipos de comportamientos opuestos	Jane odia la profesión de enfermería, pero asiste a la escuela para complacer a sus padres. En el día de la enfermera, habla de prospectos con estudiantes sobre la excelencia de la enfermería como profesión
<i>Identificación</i> Es un intento por aumentar la valía propia adquiriendo ciertos atributos y características que el individuo admira	Un adolescente quien requiere rehabilitación por mucho tiempo después de un accidente, decide llegar a ser terapeuta como resultado de su experiencia	<i>Regresión</i> Se responde al estrés regresando a un nivel de desarrollo más temprano y a las medidas de comodidad relacionadas con ese nivel de funcionamiento	A los dos años de edad, Jay es hospitalizado por tonsilitis y bebe agua de una botella, aunque su mamá dice que bebe en una taza desde los seis meses de edad
<i>Intelectualización</i> Es un intento por evitar expresar emociones reales relacionadas a una situación estresante utilizando procesos intelectuales de lógica, razonamiento y análisis	El esposo de Susana es transferido por su trabajo a otra ciudad lejos de los padres de ella. Susana esconde su ansiedad explicando a sus padres las ventajas de mudarse	<i>Represión</i> De manera involuntaria se bloquean sentimientos y experiencias desagradables de la propia conciencia	Una víctima de accidente no recuerda nada de lo sucedido
<i>Introyección</i> Es la integración de creencias y valores de otros individuos a la propia estructura del Yo	Los niños integran el sistema de valores de sus padres al proceso de formación de conciencia. Un niño le dice a un amigo, “no digas mentiras, está mal”	<i>Sublimación</i> Es redirigir los impulsos que no son personal o socialmente aceptables en actividades constructivas	Una madre cuyo hijo fue muerto por un conductor ebrio canaliza su enojo y energía para ser presidenta de una Asociación de Madres Contra los Conductores Ebrios
<i>Aislamiento</i> Se separa un pensamiento o recuerdo del sentimiento o emoción relacionado con él	Sin mostrar ninguna emoción, una joven mujer describe cómo es atacada y violada	<i>Supresión</i> Es el bloqueo voluntario de sentimientos y experiencias desagradables de la propia conciencia	Scarlett O’Hara dice, “no quiero pensar en eso ahora. Lo pensaré mañana”
		<i>Pérdida</i> Es la negación o cancelación simbólica de una experiencia que se reconoce como intolerable	Joe está nervioso por su nuevo trabajo y le grita a su esposa. En el camino a casa se detiene para comprarle flores

Las siguientes son características de personas con psicosis:

- Muestran angustia mínima (sin tono emocional, soso o inapropiado).
- No son conscientes de que su comportamiento es mal-adaptativo.
- No son conscientes de algún problema psicológico.
- Muestran evasión de la realidad a un mundo menos estresante al cual intentan adaptarse.

Los ejemplos de respuestas psicóticas a la ansiedad incluyen la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y delirio.



Duelo
El duelo es un estado subjetivo de respuestas emocionales, físicas y sociales a la pérdida de una entidad valiosa.

Duelo

Casi todos los individuos experimentan angustia emocional intensa en respuesta a una pérdida personal significativa, comprendiendo como tal cualquier cosa que se perciba así por el individuo. Pueden ser reales y consideradas por otros (p. ej., fallecimiento de un ser amado, pérdida de posesiones personales), o bien ser percibidas sólo por el individuo y no pueden ser compartidas o identificadas por otros (p. ej., pérdida de la feminidad después de una mastectomía). Cualquier situación que crea un cambio para un individuo puede ser identificada como una pérdida, incluso los fracasos (ya sean reales o percibidos) suelen ser vistos como tales.

La pérdida o pérdida anticipada de cualquier cosa de valor para un individuo puede activar la respuesta de duelo. Este periodo se caracteriza por emociones y comportamientos propios. El proceso de duelo “normal” es adaptativo, se caracteriza por sentimientos de tristeza, culpa, enojo, indefensión, desesperanza y desesperación. De hecho, la ausencia del duelo o luto después de una pérdida puede considerarse una mala adaptación.

Etapas del Duelo

Kübler-Ross (1969), en una investigación extensa con pacientes terminales, identificó cinco etapas de sentimientos y comportamientos que los individuos experimentan en respuesta a pérdidas reales, percibidas o anticipadas:

- **Etapa 1–Negación:** Esta etapa es de choque y de incredulidad. La respuesta puede ser “¡no, no puede ser cierto!” La realidad de la pérdida no es reconocida. La

negación es un mecanismo de defensa que permite al individuo enfrentar el momento inmediato mientras organiza mecanismos de defensa más eficaces.

- **Etapa 2–Enojo:** Los comentarios que se expresan comúnmente durante la etapa de enojo son: “¿por qué yo?” y “¡no es justo!”; también son comunes la envidia y el resentimiento hacia individuos que no están afectados por la pérdida. El enojo puede ser dirigido a sí mismo o desplazado a seres amados, cuidadores e incluso a Dios. Puede haber preocupación con una imagen idealizada de la entidad perdida.
- **Etapa 3–Negociación:** “Si Dios me ayuda a pasar por esto, prometo ir a la iglesia todos los domingos y ser voluntario para ayudar a otros.” Durante esta etapa, la cual, en general, no es evidente para otros, se hace una “negociación” con Dios para revertir o posponer la pérdida; algunas veces esta promesa se relaciona con sentimientos de culpa por no haber actuado de manera satisfactoria, apropiada o suficiente.
- **Etapa 4–Depresión:** En ésta se experimenta el impacto de la pérdida, es decir, la sensación es intensa, los sentimientos de tristeza y depresión prevalecen. Este es un periodo de desesperación callada y liberación de toda relación con la entidad perdida. Esta etapa difiere de la depresión patológica en que representa un avance hacia la solución más que la fijación en un momento previo del proceso de duelo.
- **Etapa 5–Aceptación:** La etapa final trae un sentimiento de paz con respecto a la pérdida que ha ocurrido. Es el periodo de expectación y resignación, el enfoque está puesto en la realidad de la pérdida y su significado para los individuos que son afectados por ella.

No todos los individuos experimentan cada una de estas etapas en respuesta a la pérdida, ni tampoco en ese orden. El comportamiento de duelo de algunos individuos puede variar e incluso traslaparse las etapas.

Duelo Anticipado

Cuando una pérdida es anticipada, los individuos con frecuencia empiezan el trabajo de duelo antes de que ocurra la pérdida real, esto es lo que se llama **duelo anticipado**. La mayoría vuelve a experimentar los comportamientos de dolor una vez que ocurre la pérdida, pero con el tiempo que han tenido para prepararse facilitan el proceso de luto, lo cual en realidad disminuye el periodo e intensidad de la respuesta. Los problemas surgen particularmente en la muerte anticipada de un ser amado, cuando los miembros de la familia experimentan duelo anticipado y el proceso se completa de manera prematura, ya que se desapegan emocionalmente de la persona que está muriendo; ésta se puede sentir rechazada por sus seres amados en el momento en que el apoyo psicológico es más importante.

Resolución

La respuesta de dolor puede durar desde semanas hasta años; ésta no puede ser apresurada, los individuos deben permitirse progresar a su propio paso. Después de la pérdida de un ser amado, el trabajo de duelo por lo general tarda por lo menos un año, durante el cual el doliente experimenta cada fecha de “aniversario” significativa por la primera vez que pasa sin la persona amada.

El tiempo del proceso de duelo puede ser prolongado por cierto número de factores, es decir, si la relación con la entidad perdida ha sido marcada por ambivalencia o si ha habido una relación “amor-odio”, la reacción de la pérdida puede estar cargada de culpa; ésta a su vez alarga la reacción de duelo porque promueve sentimientos de enojo hacia sí mismo por haber tenido un mal comportamiento o haberse portado de manera inaceptable hacia la persona fallecida. Puede incluso llevar a sentir que el comportamiento del doliente contribuyó a la pérdida.

Se piensa que el duelo anticipado acorta la respuesta en algunos individuos capaces de enfrentar algunos sentimientos antes de que ocurra la pérdida. Si ésta es repentina e inesperada, el dolor puede llevarse más tiempo que en los individuos capaces de dolerse con anticipación.

La duración del proceso de duelo también se ve afectada por el número de pérdidas recientes experimentadas por un individuo y si la persona es capaz de completar el proceso de cada una. En particular, esto es cierto para las personas mayores, quienes experimentan numerosas pérdidas—tales como esposa, amigos, otros parientes, funcionamiento independiente, posesiones personales y mascotas—en corto tiempo. Conforme se acumula el duelo se presenta **una sobrecarga**, tarea que para algunos individuos se muestra como una situación imposible de enfrentar.

Se piensa que la resolución del proceso de duelo ha ocurrido cuando el sujeto puede mirar en retrospectiva su relación con la persona perdida y aceptar tanto los placeres como las desilusiones (aspectos negativos y positivos) de la relación (Bowlby y Parkes, 1970). La desorganización y el dolor emocional han sido experimentados y tolerados, la preocupación con la entidad perdida se ha remplazado con energía y el deseo de llevar a cabo nuevas situaciones y relaciones.

Respuestas de Duelo de no Adaptación

Las respuestas de no adaptación a la pérdida se presentan cuando un individuo no es capaz de progresar de manera satisfactoria a través de las etapas de duelo y llegar a la resolución. Por lo general, en tales situaciones se detiene en la negación o en el estadio de enojo del proceso de duelo. Se han identificado varias etapas de duelo como patológicas e incluyen respuestas que son prolongadas, retrasadas o inhibidas, o distorsionadas. La primera se caracteriza por

una intensa preocupación con recuerdos de la entidad por muchos años después de que ha ocurrido la pérdida. Se manifiestan comportamientos relacionados con las etapas de negación o enojo, y es evidente una desorganización del funcionamiento y dolor emocional intenso.

En la respuesta *retrasada* o *inhibida*, el sujeto se queda en la etapa de negación del proceso de duelo; el dolor emocional relacionado con la pérdida no se experimenta, pero pueden ser evidentes trastornos de ansiedad (p. ej., fobias, hipocondriasis) o trastornos del sueño o de alimentación (p. ej., insomnio, anorexia). El individuo puede permanecer en negación por muchos años hasta que la respuesta de duelo se active por un recuerdo de la pérdida o incluso por otra no relacionada.

La persona que experimenta una respuesta *distorsionada* permanece en la etapa de enojo del duelo. En este tipo de respuesta, todos los comportamientos normales relacionados con el duelo, tales como indefensión, desesperanza, tristeza, enojo y culpa, son exagerados fuera de proporción a la situación. El individuo vuelve la ira hacia sí mismo, es consumido por una desesperación abrumadora, y es incapaz de funcionar en actividades normales de la vida diaria. La depresión patológica es una respuesta de duelo distorsionada.

EL SISTEMA DE EVALUACIÓN MULTIAXIAL DSM-IV-TR

El APA (2000) respalda la evaluación del caso en un sistema multiaxial, “para facilitar la comprensión y la evaluación sistemática con atención a varios trastornos mentales y condiciones médicas generales, problemas psicosociales y ambientales, y el nivel de funcionamiento que pudieran pasarse por alto si el enfoque sólo se hiciera presentando un solo problema” (p. 27). Cada individuo es evaluado en cinco ejes, que son definidos por el *DSM-IV-TR* de la siguiente manera:

- **Eje I-Trastornos clínicos y otras condiciones que pueden ser enfocados con atención clínica:** Éstos incluyen todos los trastornos mentales (excepto los de personalidad y de retraso mental).
- **Eje II-Trastornos de la personalidad y retraso mental:** Por lo general inician en la niñez y en la adolescencia y persisten en una forma estable en la vida adulta.
- **Eje III-Condiciones médicas generales:** Éstas incluyen cualquier condición general presente potencialmente relevante al entendimiento o manejo del trastorno mental del individuo.
- **Eje IV-Problemas psicosociales y ambientales:** Éstos son los que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mencionados en

CUADRO 1 – 2 Ejemplo de Diagnóstico Psiquiátrico		
Eje I	300.4	Trastorno distímico
Eje II	301.6	Trastorno de personalidad dependiente
Eje III	244.9	Hipotiroidismo
Eje IV	–	Desempleado
Eje V	GAF	= 65 (presente)

los ejes I y II. Éstos incluyen problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, ambiente social, educación, ocupación, vivienda, situación económica, acceso a los servicios de cuidado a la salud, interacción con el sistema legal o criminal, y otros tipos de problemas psicosociales y ambientales.

- **Eje V-Evaluación global de funcionamiento:** Esto permite a los clínicos considerar todo el funcionamiento del individuo en la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF), que representa, en términos generales, una sola medida psicológica, social y ocupacional del individuo.

El cuadro 1-2 es un ejemplo de un diagnóstico psiquiátrico utilizando el sistema multiaxial: El *DSM-IV-TR* señala las categorías I y II y los códigos presentados en el Apéndice A.

RESUMEN

Cierto número de definiciones de *salud mental* y *enfermedad mental* se pueden encontrar en la literatura. Para propósitos de este texto, la primera se define como “la adaptación exitosa a eventos de estrés del ambiente interno o externo, evidenciados por pensamientos, sentimientos y comportamientos apropiados a la edad y congruentes con las normas locales y culturales”. La *enfermedad mental* se define como “respuestas de no adaptación (mala adaptación) a eventos estresantes del ambiente interno o del externo, evidenciados por pensamientos, sentimientos y comportamientos incongruentes con las normas locales y culturales, e interfieren con el funcionamiento social, ocupacional y físico del individuo o ambos”.

Casi todas las culturas catalogan el comportamiento como enfermedad mental con base en la *falta de comprensión y relatividad cultural*, es decir, cuando los observadores son incapaces de encontrar un significado o de entender un comportamiento, tienden a señalar dicho comportamiento como enfermedad mental. El significado se determina dentro de culturas individuales.

Selye, quien ha llegado a ser conocido como el padre fundador de la investigación sobre estrés, definió éste como “el estado manifestado por un síndrome específico que consiste en todos los cambios inducidos de manera inespecífica dentro de un sistema biológico” (Selye, 1976, p. 64). Determinó que los seres vivos responden a estímulos de estrés con una serie de cambios fisiológicos, y describió la respuesta en tres etapas diferentes: (1) la de reacción de alarma, (2) de resistencia, y (3) de agotamiento. Casi todas las enfermedades o trastornos de adaptación tienen sus orígenes en el surgimiento de este estado de estrés, que es una preparación para “huir o pelear”.

Se han identificado la *ansiedad* y el *duelo* como las dos respuestas primarias principales al estrés. Peplau (1963) define la ansiedad por los niveles de gravedad de los síntomas: leve, moderada, grave y pánico. Los comportamientos relacionados con los niveles de ansiedad incluyen mecanismos de enfrentamiento, de defensa del Yo, respuestas psicofisiológicas, respuestas psiconeuróticas y psicóticas.

El duelo es una respuesta a la pérdida de una entidad valiosa. Las etapas normales como las identificó Kübler-Ross (1969) son la negación, el enojo, el desconsuelo, la depresión y la aceptación. El duelo anticipado es el que se inició, y algunas veces se completó, antes de que ocurra la pérdida. Se piensa que la resolución se presenta cuando un individuo es capaz de recordar y aceptar tanto los aspectos positivos y negativos relacionados con la entidad perdida. El duelo se considera de no adaptación (mala adaptación) cuando el proceso es prolongado, retrasado o inhibido, o llega a ser distorsionado o exagerado fuera de proporción de la situación. La depresión patológica es considerada como una reacción distorsionada. La clasificación de diagnóstico del sistema multiaxial del *DSM-IV-TR* define cinco ejes en los cuales se evalúa cada caso individual.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Por favor conteste las preguntas con base en el siguiente caso de estudio:

Ana tiene 72 años de edad y ha sido viuda por 20 años. Cuando su marido tenía un año de haber fallecido, su hija tenía un cachorro llamado Lucky. Éste era un perrito vivaz de origen desconocido, que llegó a ser inseparable de Ana, vivió hasta los 16 años y murió en sus brazos hace tres años. La hija de Ana consultó a una enfermera de la comunidad de *salud mental* sobre su madre diciendo, “ya no hace nada por ella misma, y todo lo que quiere hacer es hablar de Lucky. ¡Visita su tumba todos los días y todavía llora por él! ¡Ya no sé qué hacer!”

1. El comportamiento de Ana puede ser de no adaptación debido a:
 - a. Son más de tres años que Lucky murió.
 - b. Su duelo es tan intenso por la pérdida del perro.
 - c. Su dolor está interfiriendo con su funcionamiento.
 - d. Las personas en esta cultura no entienden tal comportamiento por la pérdida de un perro.
2. El comportamiento de duelo de Ana pudiera ser considerado como:
 - a. Retrasado
 - b. Inhibido
 - c. Prolongado
 - d. Distorsionado
3. ¿En qué etapa del proceso de duelo parece haberse quedado Ana?
 - a. De negación
 - b. Enojo
 - c. Depresión
 - d. Aceptación
4. Ana está en la edad en que puede experimentar muchas pérdidas juntas, lo que se llama...
 - a. Sobrecarga de duelo
 - b. Duelo normal
 - c. Aislamiento
 - d. Relatividad cultural
5. La hija de Ana parece aplazar la búsqueda de ayuda debido a:
 - a. Las mujeres parecen menos propensas a buscar ayuda para problemas emocionales que los hombres.
 - b. Los parientes con frecuencia tratan de “normalizar” el comportamiento, más que catalogarlo como enfermedad mental.
 - c. Ella sabe que las personas mayores son un poco depresivas.
 - d. Teme que los vecinos “piensen que su mamá está loca”.
6. Lucky murió mientras caminaban dando un paseo, porque corrió hacia la calle y lo atropelló un coche. Ana no puede recordar estas circunstancias de su muerte. ¿Es éste un ejemplo de mecanismo de defensa?
 - a. Racionalización
 - b. Supresión
 - c. De negación
 - d. Represión

7. Algunas veces Lucky se negaba obedecer a Ana y no regresó cuando ella lo llamó, pero Ana insiste en que “era un buen perro”, “siempre hacía caso”, “hacía todo lo que yo le decía”. Esto representa el mecanismo de defensa de:
 - a. Sublimación
 - b. Compensación
 - c. Formación de reacción
 - d. Ruina
8. La respuesta de duelo de no adaptación de Ana se puede atribuir a:
 - a. Dolor no resuelto por la pérdida de su marido.
 - b. Pérdida de varios parientes y amigos en los últimos pocos años.
 - c. Sentimientos reprimidos de culpa por la forma en que murió Lucky.
 - d. Cualquiera o todos los anteriores.
9. ¿Por qué razón la enfermedad de Ana sería considerada una neurosis más que una psicosis?
 - a. No está consciente de que su comportamiento no es de adaptación.
 - b. Muestra un afecto inapropiado (tono emotivo).
 - c. No experimenta pérdida del contacto con la realidad.
 - d. Le dice a la enfermera: “¡no pasa nada malo conmigo!”
10. ¿Cuál de las siguientes declaraciones de Ana puede sugerir que ella esté llegando a la resolución del duelo por la muerte de Lucky?
 - a. “Ya no lloro cuando pienso en Lucky.”
 - b. “Es verdad, Lucky no siempre me hacía caso, algunas veces no obedecía.”
 - c. “Ahora recuerdo cómo sucedió. Debí haberlo tenido sujeto con su correa.”
 - d. “Jamás tendrá otro perro. Es demasiado doloroso perderlos.”

R E F E R E N C I A S

- American Psychiatric Association. (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA). (2003). *A psychiatric glossary* (8th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Horwitz, A.V. (2002). *The social control of mental illness*. Clinton Corners, NY: Percheron Press.

- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Townsend, M.C. (2006). *Psychiatric/mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Bowlby, J., & Parkes, C.M. (1970). Separation and loss. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *International yearbook for child psychiatry and allied disciplines: The child and his family* (Vol. 1). New York: John Wiley & Sons.
- Freud, A. (1953). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1961). The ego and the id. In *Standard edition of the complete psychological works of Freud, Vol. XIX*. London: Hogarth Press.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Menninger, K. (1963). *The vital balance*. New York: Viking Press.
- Peplau, H. (1963). A working definition of anxiety. In S. Burd & M. Marshall (Eds.), *Some clinical approaches to psychiatric nursing*. New York: Macmillan.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. New York: Signet Books.
- Selye, H. (1976). *The stress of life* (rev. ed.). New York: McGraw-Hill.

2

CAPÍTULO

CONCEPTOS DE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

TEORÍA PSICOANALÍTICA

TEORÍA INTERPERSONAL

TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

UN MODELO DE ENFERMERÍA: HILDEGARD

E. PEPLAU

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

consejero

enfermería psicodinámica

experto técnico

yo

superyó

temperamento

el ello

sustituto

libido

simbiosis

CONCEPTO CENTRAL

personalidad

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir personalidad.
2. Identificar la importancia del conocimiento relacionado con desarrollo de la personalidad para enfermería en la salud mental/psiquiátrica.
3. Discutir los principales componentes de las siguientes teorías de desarrollo:
 - a. Teoría psicoanalítica —Freud
 - b. Teoría interpersonal —Sullivan
 - c. Teoría de desarrollo psicosocial —Erikson
 - d. Teoría del desarrollo de las relaciones objetales —Mahler
 - e. Un modelo de enfermería de desarrollo interpersonal —Peplau

INTRODUCCIÓN

El *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association [APA], 2000) define *personalidad* como “patrones perdurables de percepción, relacionados a, y pensamientos sobre el ambiente y uno mismo, que se exhiben en una gran variedad de contextos sociales y personales” (p. 686). El personal de enfermería debe tener un conocimiento básico del desarrollo de la personalidad para entender respuestas de comportamiento de maladaptación que se ven con frecuencia en pacientes psiquiátricos. Las teorías de desarrollo identifican comportamientos relacionados con varios *estados*, a través de los cuales pasan los individuos, y por lo tanto se especifica qué es apropiado o inapropiado para cada grado de desarrollo.

Los especialistas en el desarrollo del niño creen que la infancia y la niñez temprana son los principales períodos de vida para el origen y la presentación de cambios del desarrollo. Consideran también a estas personas desarrollándose y cambiando a lo largo de la vida, por tanto se sugiere la posibilidad de renovación y de crecimiento en los adultos.

Las etapas de desarrollo se identifican por la edad, por consiguiente los comportamientos pueden ser evaluados de acuerdo con ella. De manera ideal, un individuo satisface con éxito todas las tareas relacionadas con una etapa antes de continuar con la siguiente (en la edad apropiada). Sin embargo, en la realidad esto apenas sucede; una razón para ello está relacionada con el **temperamento**, las características de personalidad innatas que influyen en la manera de reaccionar de un individuo al ambiente, y de modo eventual su progreso en el desarrollo (Chess y Thomas, 1986).

El ambiente también puede influir en el patrón de desarrollo. Los individuos que viven en un sistema familiar disfuncional con frecuencia presentan retraso en el desarrollo del Yo. De acuerdo con los especialistas en el desarrollo del ciclo de vida, los comportamientos de etapas completas sin éxito pueden modificarse y corregirse en otra etapa posterior.

Las etapas se sobreponen y un individuo puede trabajar en tareas relacionadas con varias etapas al mismo tiempo. Cuando una persona se queda estancada en un nivel inferior, con comportamientos inapropiados para la edad se

enfoca por completo en otras, la psicopatología puede ser evidente. Sólo cuando las características de personalidad son inflexibles y de no adaptación, y causan trastornos funcionales significativos o angustia subjetiva, constituyen *trastornos de personalidad* (APA, 2000).

TEORÍA PSICOANALÍTICA

Sigmund Freud (1961), quien ha sido llamado el padre de la psiquiatría, tiene el crédito de haber identificado por primera vez el desarrollo por etapas. Consideraba los primeros cinco años de vida como los más importantes, debido a que creía que el carácter básico de un individuo ha sido formado a los cinco años.

La teoría de la personalidad de Freud puede ser conceptualizada de acuerdo con la estructura y dinámica de la personalidad, topografía de la mente y las etapas del desarrollo de la personalidad.

Estructura de la Personalidad

Freud organizó la estructura de la personalidad en tres componentes principales:

Ello (id)

El *Ello* es el locus del instinto impulsivo, el “principio del placer”; está presente en el nacimiento, dota al lactante con el impulso del instinto que lo hace buscar la satisfacción de sus necesidades y alcanzar gratificación inmediata. Estos comportamientos son impulsivos y pueden ser irrationales.

Yo (ego)

El *Yo*, también llamado *ser racional* o “principio de la realidad” comienza a desarrollarse a la edad de cuatro años y seis meses. El *Yo* experimenta la realidad del mundo externo, se adapta y responde a él. Conforme el *Yo* se desarrolla y se fortalece, busca atraer las influencias del mundo externo para soportar el *Ello*, para sustituir el principio de la realidad por el de placer (Marmer, 2003). Una función primaria del *Yo* es la de mediador, esto es, buscar mantener la armonía entre el mundo externo, el *Ello* y el *Superyo*.

Superyo

Si el *Ello* se identifica como el principio del placer y el *Yo* como el de la realidad, el *Superyo* podría referirse como el “principio de la perfección”. El *Superyo* se desarrolla entre los tres y los seis años de edad, interioriza los valores de los primeros cuidadores. Derivado de un sistema de recompensas y castigos, el *Superyo* se compone de dos ele-



Personalidad

Es la combinación de carácter, comportamiento, temperamento, características emocionales y mentales que son únicas para cada individuo.

CUADRO 2 – 1 Comparación del Ello, Yo y Superyó

Ello	Yo	Superyó
“Encontré esta billetera, me voy a quedar con el dinero.”	“Ya tengo dinero. Este dinero no me pertenece, tal vez el dueño se quedó sin dinero.”	“No está bien tomar algo que no es tuyo.”
“Mamá y papá se han ido, ¡vamos a hacer una fiesta!”	“Mamá y papá dijeron que no traería amigos a la casa mientras no están. Es demasiado arriesgado.”	“Nunca desobedezcas a tus padres.”
“Tendré sexo con quien quiera, cuando yo quiera.”	“La promiscuidad puede ser muy peligrosa.”	“El sexo fuera del matrimonio está mal.”

mentos principales: el *Yo ideal* y la *conciencia*. Cuando un niño de manera consistente es recompensado por un “buen” comportamiento, aumenta su autoestima y el comportamiento llega a ser parte del *Yo ideal*; esto es, se interioriza como parte de su sistema de valores. La conciencia se forma cuando el niño es castigado de manera consistente por “mal” comportamiento. El niño aprende lo que es considerado moralmente correcto o equivocado a partir de la retroalimentación recibida de las figuras paternas y de la sociedad o cultura. Cuando los principios morales y éticos o incluso ideales interiorizados y los valores son ignorados, la conciencia genera un sentimiento de culpa en el individuo. El *Superyó* es importante en la socialización del sujeto porque ayuda al *Yo* en el control de los impulsos del *Ello*. Cuando el *Superyó* llega a ser rígido y punitivo, surgen los problemas de poca confianza en sí mismo y baja autoestima.

Para ver ejemplos de comportamiento del *Ello*, *Yo* y *Superyó* véase el cuadro 2-1.

Topografía de la Mente

Freud clasificó todos los contenidos y operaciones mentales en tres categorías: conciencia, preconciencia e inconsciente.

- La *conciencia* incluye todas las memorias que permanecen en un individuo. Es la más pequeña de las tres categorías, los eventos y experiencias son recordados con facilidad y se consideran dentro de la conciencia de uno mismo. Los ejemplos incluyen números telefónicos, la fecha de nacimiento de uno mismo y de otras personas significativas, fechas especiales de aniversarios y qué tiene para almorzar ese día. Se piensa que la mente consciente está bajo control del *Yo*, la estructura racional y lógica de la personalidad.
- La *preconciencia* incluye todas las memorias olvidadas que no están presentes en la conciencia, pero con atención pueden ser traídas a la misma. Los ejemplos incluyen números de teléfono, números o direcciones una vez vistos pero utilizados con poca frecuencia y

sentimientos relacionados con eventos importantes. La preconciencia mejora la conciencia ayudando a *suprimir* recuerdos desagradables o no esenciales. Se piensa que está bajo control del *Superyó* de manera parcial, el cual ayuda a suprimir pensamientos y comportamientos inaceptables.

- El *inconsciente* incluye todas las memorias que uno es capaz de traer a la conciencia, es el mayor de los tres niveles topográficos. El material inconsciente se compone de recuerdos desagradables y no esenciales que han sido *reprimidos* y pueden ser recobrados sólo a través de terapia, hipnosis y con ciertas sustancias que alteran la conciencia y tienen la capacidad de reestructurar recuerdos reprimidos. El material inconsciente también puede surgir en sueños y en comportamientos en apariencia incomprensibles.

Dinámicas de la Personalidad

Freud creía que la *energía psíquica* es la fuerza o el ímpetu requerido para que funcione la mente, lo que origina en el *Ello* la satisfacción instintiva de las necesidades fisiológicas básicas. Freud llamó a esta energía psíquica (o impulso para satisfacer las necesidades fisiológicas básicas tales como hambre, sed y sexo) la **libido**. Conforme el niño madura, la energía psíquica es desviada a partir del *Ello* para formar el *Yo* y a partir de éste, al *Superyó*. Esta energía se distribuye dentro de estos tres componentes, con el *Yo* contenido la mayor parte para mantener el equilibrio entre los comportamientos impulsivos del *Ello* y los idealistas del *Superyó*. Si una cantidad excesiva de energía se almacena en uno de estos tres componentes, el comportamiento refleja esa parte de la personalidad. Por ejemplo, el comportamiento impulsivo prevalece cuando la energía psíquica se almacena en el *Ello*. El *Yo* refleja comportamientos en sí mismos absortos o narcisistas; un exceso en el *Superyó* ocasiona conductas rígidas de autodesaprobación.

Freud utilizó los términos *cataxis* y *anticataxis* para describir las fuerzas dentro del *Ello*, *Yo* y *Superyó* que son uti-

lizadas para invertir energía psíquica en fuentes externas para satisfacer necesidades. La *catexis* es el proceso por el cual el *Ello* invierte energía en un objeto en un intento por alcanzar gratificación, por ejemplo es el individuo que de manera instintiva bebe alcohol para aliviar el estrés. La *anticatexis* es el uso de energía psíquica del *Yo* y *Superyó* para controlar los impulsos del *Ello*; en el ejemplo citado, el *Yo* intentaría controlar el uso del alcohol con pensamientos racionales, tales como: "ya tengo úlceras por beber demasiado, mejor llamo a mi padrino de AA para no beber. No beberé". El *Superyó* ejercería control con pensamientos como: "no debería beber. Si lo hago, voy a lastimar a mi familia y se van a enojar. Debo pensar cómo los afectaría. Soy una persona tan débil". Freud creía que un desequilibrio entre *catexis* y *anticatexis* da como resultado conflictos internos, lo que produce tensión y ansiedad. Anna, la hija de Freud, diseñó una lista de mecanismos de defensa que creía que el *Yo* utilizaba como un instrumento de protección contra la ansiedad, mediando entre las demandas excesivas del *Ello* y las restricciones exageradas del *Superyó* (ver capítulo 1).

Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Freud

Freud describió la formación de la personalidad a través de cinco etapas del desarrollo *psicosexual*. Como se mencionó antes, dio mucho énfasis a los primeros cinco años de vida y creía que las características desarrolladas durante estos años pesaban mucho en los patrones de adaptación del individuo y las características de personalidad en la adultez. La fijación en una etapa temprana del desarrollo ciertamente resulta en psicopatología. En el cuadro 2-2 se presenta un resumen de estas cinco etapas.

Etapa Oral: Nacimiento a 18 Meses

Durante la etapa oral, el comportamiento es dirigido por el *Ello*, y la meta es la gratificación inmediata de las necesidades. El enfoque de energía se centra en la boca, los comportamientos incluyen chupar, masticar y morder. El lactante siente una sensación de apego y es incapaz de diferenciar el sí mismo de la persona que le proporciona el maternaje. Esto incluye sentimientos tales como la ansiedad. Debido a la falta de diferenciación, un sentimiento dominante de ansiedad por parte de la madre puede de pasarlo a su lactante, lo que deja al niño vulnerable a sentimientos similares de inseguridad. Con el inicio del desarrollo del *Yo* a la edad de seis meses a cuatro años, el lactante empieza a ver el *self* separado de la figura materna. Un sentimiento de seguridad y la capacidad de confiar en otros se deriva de la gratificación proveniente de la satisfacción de las necesidades básicas durante esta etapa.

CUADRO 2 – 2 Etapas del Desarrollo Psicosexual de Freud

Edad	Etapa	Principales Tareas del Desarrollo
Nacimiento a 18 meses	Oral	Alivio de la ansiedad por medio de la gratificación oral de las necesidades
18 meses a 3 años	Anal	Aprendizaje de la independencia y control, con enfoque en las funciones de excreción
3 a 6 años	Fálica	Identificación con el parente del mismo género; desarrollo de la identidad sexual; enfoque en los órganos genitales
6 a 12 años	Latencia	Sexualidad reprimida; enfoque en las relaciones con pares del mismo género
13 a 20 años	Genital	Se desperta la libido conforme maduran los órganos genitales; con enfoque en las relaciones con miembros del género opuesto

Etapa Anal: 18 Meses a 3 Años

La principal tarea de la etapa anal es alcanzar la independencia y el control, con enfoque particular en la función de la excreción. Freud creía que la manera por la cual los parientes y otros cuidadores primarios se acercan a la tarea de entrenar a los niños para ir al baño tiene efectos de largo alcance en términos de valores y características de la personalidad. Cuando el entrenamiento para ir al baño es estricto y rígido, el niño puede elegir retener las heces y se llega a estreñir. Las características retentivas de personalidad en el adulto están influidas por este tipo de entrenamiento e incluyen testarudez, tacanería y mezquindad. Una reacción alternativa al entrenamiento estricto es que el niño defeca de una manera inaceptable o en momentos inadecuados. Los efectos a largo plazo de este patrón de comportamiento incluyen la malevolencia, crueldad hacia otros, destructividad, desorganización y desaliño.

Si el entrenamiento para ir al baño es más permisivo promueve sentimientos de importancia y conveniencia para producir heces, el niño se vuelve extrovertido, productivo y altruista.

Etapa Fálica: 3 a 6 Años

En esta etapa el enfoque de la energía cambia al área genital. El descubrimiento de las diferencias entre géneros da como resultado un mayor interés en la sexualidad de sí mismos y de otros; esto puede manifestarse en la autoexploración sexual o juegos exploratorios en grupo. Freud

propuso que el desarrollo del *complejo de Edipo* (en varones) o el *complejo de Electra* (en mujeres) se presentaban durante esta etapa del desarrollo, y describió éste como el deseo inconsciente del niño de eliminar al padre del mismo género y poseer al del género opuesto. Surgen sentimientos de culpa con la presencia del *Superyó* durante estos años. La resolución de este conflicto interno se presenta cuando el niño desarrolla una fuerte identificación con el padre del mismo género de quien interioriza las actitudes, creencias y sistema de valores.

Etapa de Latencia: 6 a 12 Años

Durante los años escolares, el enfoque cambia del egocentrismo al de intereses en actividades de grupo, aprendizaje y socialización con sus pares. La sexualidad no está ausente durante este periodo, pero permanece oscura e imperceptible para otros; los niños muestran una preferencia distintiva por relacionarse con otros del mismo género, e incluso rechazan a los del género opuesto.

Etapa Genital: 13 a 20 Años

En esta etapa, la madurez de los órganos genitales da como resultado un resurgimiento del impulso de la libido. El enfoque está en las relaciones con miembros del género opuesto y en las preparaciones para elegir una pareja. El desarrollo de la madurez sexual evoluciona de la auto-gratificación a comportamientos considerados aceptables por la sociedad. Las relaciones interpersonales se basan en el placer genuino derivado de la interacción, más que de las implicaciones de autoservicio de asociaciones de la niñez.

Relevancia de la Teoría Psicoanalítica para la Práctica de Enfermería

El conocimiento de la estructura de la personalidad puede ayudar a las enfermeras que trabajan en el sistema de salud mental. La capacidad para reconocer comportamientos relacionados con el *Ello*, *Yo* y *Superyó* ayuda en la evaluación del nivel de desarrollo. El entendimiento del uso de los mecanismos de defensa del *Yo* es importante para tomar determinaciones sobre los comportamientos de no adaptación, en la planeación del cuidado de pacientes para provocar un cambio (si se desea), o en ayudar a que los pacientes se acepten a sí mismos como individuos únicos.

TEORÍA INTERPERSONAL

Sullivan (1953) creía que el comportamiento y el desarrollo de la personalidad son el resultado directo de las relaciones interpersonales. Antes del desarrollo de su propio

marco teórico, Sullivan aceptó los conceptos de Freud; sin embargo, el enfoque de su trabajo cambió a partir de su visión *intrapersonal* de Freud a uno con características más *interpersonales* en el cual el comportamiento podría ser observado en interacciones sociales. Sus ideas, no aceptadas de manera universal en ese momento, han sido integradas a la práctica psiquiátrica a través de su publicación a su muerte, en 1949. Los principales conceptos de Sullivan incluyen lo siguiente:

La *ansiedad* es un sentimiento de malestar emocional que busca el alivio o prevención en el cual todo comportamiento está afectado. Sullivan creía que la ansiedad es la “fuerza perjudicial de relaciones interpersonales y el principal factor en el desarrollo de serias dificultades en la vida”. Surge de la incapacidad del individuo para satisfacer las necesidades o alcanzar seguridad interpersonal.

La *satisfacción de las necesidades* es llenar todos los requerimientos relacionados con el ambiente psicoquímico del individuo. Sullivan identificó ejemplos de éstos como el oxígeno, alimento, agua, calor, ternura, descanso, actividad, expresión sexual y cualquier cosa que, cuando no está, produce malestar en el individuo.

Seguridad interpersonal es el sentimiento relacionado con la liberación de la ansiedad. Cuando todas las necesidades han sido satisfechas se experimenta una sensación de total bienestar, la cual Sullivan llamó *seguridad interpersonal*; creía que los individuos tienen la necesidad innata por esta seguridad.

Autosistema es una colección de experiencias o medidas de seguridad adoptadas por el individuo para protegerse de la ansiedad. Sullivan identificó tres componentes del autosistema basadas en las primeras experiencias interpersonales:

- El “*Yo bueno*” es aquella parte de la personalidad que se desarrolla como respuesta a una retroalimentación positiva del cuidador primario. Se experimentan sentimientos de placer, satisfacción y gratificación. El niño aprende cuáles comportamientos provocan esta respuesta positiva conforme los incorpora a su autosistema.
- El “*Yo malo*” es aquella parte de la personalidad que se desarrolla como respuesta a una retroalimentación negativa del cuidador primario. Se experimenta ansiedad, favorece sentimientos de inconformidad, desagradables y estresantes. El niño aprende a evitar estos sentimientos negativos alterando ciertos comportamientos.
- El “*no Yo*” es la parte de la personalidad desarrollada en respuesta a situaciones que producen ansiedad intensa en el niño. Sentimientos de horror, asombro, terror y aversión son experimentados en respuesta a

CUADRO 2 – 3 Etapas del Desarrollo en la Teoría Interpersonal de Sullivan

Edad	Etapa	Principales Tareas del Desarrollo
Nacimiento a 18 meses	Infancia	Alivio de la ansiedad por medio de la gratificación oral de las necesidades
18 meses a 6 años	Niñez	Aprender a experimentar un retraso en la gratificación personal sin sentir ansiedad
6 a 9 años	Juvenil	Aprender a formar relaciones satisfactorias con pares
9 a 12 años	Preadolescencia	Aprender a formar relaciones satisfactorias con personas del mismo género iniciando sentimientos de afecto por otras personas
12 a 14 años	Adolescencia temprana	Aprender a formar relaciones satisfactorias con personas del género opuesto desarrollando sentido de identidad
14 a 21 años	Adolescencia tardía	Establecer identidad propia; experimentar relaciones satisfactorias; trabajar para desarrollar una relación duradera e íntima con alguien del sexo opuesto

estas situaciones, lo cual lleva al niño a negarlos en un esfuerzo por liberar la ansiedad. Estos sentimientos, habiendo sido negados, llegan a formar el “no Yo”. Este desapego de las emociones tiene serias implicaciones para los trastornos mentales en la vida adulta.

Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Sullivan

Sullivan describió seis etapas del desarrollo de la personalidad; en el cuadro 2-3 se presenta un resumen de dichas etapas.

Infancia: Nacimiento a 18 Meses

Durante el inicio de esta etapa, la principal tarea en el desarrollo para el niño es la gratificación de sus necesidades, lo cual se realiza a través de actividades relacionadas con la boca, como llorar, alimentarse y chuparse el dedo.

Niñez: 18 Meses a 6 Años

Entre las edades de 18 meses a seis años, el niño aprende que la interferencia con la satisfacción de deseos personales puede ocasionar un retraso en la gratificación. El niño o la niña aprenden a aceptar esto y se sienten cómodos con ello, la reorganización que retrasa la gratificación con frecuencia resulta en aprobación por parte de los padres, o un tipo de recompensa tardía. Las herramientas de esta etapa incluyen la boca, el ano, el lenguaje, la experimentación, la manipulación y la identificación.

Juvenil: 6 a 9 Años

La principal tarea de la etapa juvenil es la formación de relaciones satisfactorias dentro de su grupo de pares, lo que se lleva a cabo utilizando la competencia, cooperación y compromiso.

Preadolescencia: 9 a 12 Años

Las tareas de los preadolescentes se enfocan en desarrollar relaciones con personas del mismo género; la capacidad para colaborar con y mostrar amor y afecto por otro inicia en esta etapa.

Adolescencia Temprana: 12 a 14 Años

Durante la adolescencia temprana el niño lucha con el desarrollo del sentimiento de identidad, separación e independencia de los padres. La principal tarea es la formación de relaciones satisfactorias con miembros del género opuesto. Sullivan vio el surgimiento de la sensibilidad en respuesta a los cambios biológicos como una fuerza principal durante esta etapa.

Adolescencia Tardía: 14 a 21 Años

El periodo de adolescencia tardía se caracteriza por tareas relacionadas con el intento por alcanzar interdependencia con la sociedad y la formación de una relación íntima y duradera con un miembro seleccionado del género opuesto. Los órganos genitales son el principal enfoque de esta etapa.

Relevancia de la Teoría Interpersonal para la Práctica de Enfermería

La teoría interpersonal tiene relevancia significativa para la práctica de enfermería. El desarrollo de las relaciones es el concepto principal de esta teoría, así como también en la intervención de enfermería psiquiátrica. El personal de enfermería desarrolla relaciones terapéuticas con los pacientes en un esfuerzo por ayudarlos a generalizar esta capacidad para interactuar exitosamente.

Con conocimiento sobre los comportamientos relacionados con todos los niveles de ansiedad y los métodos para aliviarla, las enfermeras pueden ayudar a sus pacientes a alcanzar seguridad interpersonal y un sentido de bienestar;

asimismo pueden utilizar los conceptos de la teoría de Sullivan para ayudar a los pacientes a alcanzar un mayor grado de independencia y funcionamiento interpersonal.

TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

Erikson (1963) estudió la influencia del proceso social en el desarrollo de la personalidad y describió ocho etapas del ciclo de vida durante las cuales los individuos enfrentan “crisis” del desarrollo. Las tareas específicas relacionadas con cada etapa deben completarse para resolver la crisis y para que se dé el crecimiento emocional. En el cuadro 2-4 se presenta un resumen de las etapas psicosociales de Erikson.

Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Erikson

**Confianza contra Desconfianza:
Nacimiento a 18 Meses**

Principal Tarea del Desarrollo

En esta etapa, la principal tarea es desarrollar una confianza básica en la figura materna y la capacidad para generalizarla hacia otros.

- El éxito de la tarea da como resultado la confianza en sí mismo, optimismo, fe en la gratificación de las necesidades y los deseos, y esperanza para el futuro. El lactante aprende a confiar cuando las necesidades básicas se satisfacen de manera consistente.

- La falta de éxito provoca insatisfacción emocional consigo mismo y con los otros, suspicacia y dificultades en las relaciones interpersonales. La tarea permanece sin resolver cuando los primeros cuidadores no responden a la angustia del lactante de manera pronta y consistente.

Autonomía contra Vergüenza y Duda: 18 Meses a 3 Años

Principal Tarea del Desarrollo

La principal tarea en esta etapa es ganar cierto control e independencia dentro del ambiente.

- El éxito de la tarea ocasiona un sentido de autocontrol y la capacidad de retrasar la gratificación, como también un sentimiento de autoconfianza en la propia habilidad para actuar. La autonomía se alcanza cuando los padres proporcionan oportunidades para actividades de independencia.
- La ausencia de éxito provoca falta de autoconfianza, de seguridad en la capacidad de actuar, un sentido de ser controlado por otros y rabia en contra de sí mismo. La tarea permanece sin resolver cuando los cuidadores primarios restringen comportamientos independientes, tanto física como verbalmente, y acorralan al niño al fallar frente a expectativas no realistas.

Iniciativa contra Culpa: 3 a 6 Años

Principal Tarea del Desarrollo

Durante esta etapa el objetivo es desarrollar un sentido de propósito y la capacidad para iniciar y dirigir acciones.

CUADRO 2 – 4 Etapas del Desarrollo en la Teoría Psicosocial de Erikson

Edad	Etapa	Principales Tareas del Desarrollo
Infancia (Nacimiento a 18 meses)	Confianza contra desconfianza	Desarrollar una confianza básica en la figura materna y ser capaz de generalizarla a otros Ganar autocontrol e independencia dentro del ambiente
Niñez temprana (18 meses a 3 años)	Autonomía comparada con vergüenza y duda	Desarrollar el sentido de propósito y la capacidad para iniciar y dirigir las propias actividades
Niñez tardía (3 a 6 años)	Iniciativa contra culpa	Alcanzar un sentimiento de confianza en sí mismo por medio del aprendizaje, la competencia, actuaciones exitosas, y recibimiento de reconocimiento de personas significativas, pares y familiares
Edad escolar (6 a 12 años)	Laboriosidad contra inferioridad	Integrar las tareas aprendidas en las etapas previas en un sentido seguro del ser
Adolescencia (12 a 20 años)	Identidad contra confusión de rol	Formar una relación intensa, duradera o un compromiso con otra persona, causa, institución o esfuerzo creativo
Juventud adulta (20 a 30 años)	Intimidad contra aislamiento	Alcanzar los objetivos de vida establecidos por uno mismo, mientras también se considera el bienestar de la generación futura
Adulterz (30 a 65 años)	Generatividad comparada con estancamiento	Hacer una revisión de la vida propia, se le da un significado tanto a los eventos positivos como negativos, mientras se alcanza un sentimiento de autovalía
Adultos mayores (65 años en adelante)	Integridad del Yo contra desesperación	

- El logro de la tarea da como resultado la capacidad de ejercer la restricción y el autocontrol de comportamientos sociales inapropiados. La confiabilidad aumenta, el niño disfruta el aprender y el logro personal. Se desarrolla la conciencia controlando las conductas impulsivas del *Ello*. Se alcanza la iniciativa cuando se anima la creatividad, se reconoce la actuación y se reforza de manera positiva.
- La falta de éxito provoca sentimientos de ser no adecuados y sensación de derrota; se experimenta culpa a un grado excesivo, incluso al punto de aceptar responsabilidad en situaciones por las cuales no se es responsable. El niño puede verse a sí mismo como perverso y merecedor de castigo. La tarea permanece sin resolverse cuando hay inflexibilidad en la creatividad y los padres, de manera continua, esperan un alto nivel de logros por encima de los que el niño produce.

Laboriosidad contra Inferioridad: 6 a 12 Años

Principal Tarea del Desarrollo

La principal tarea de esta etapa es alcanzar un sentimiento de autoconfianza a través del aprendizaje, competencia, realización exitosa, y recibir reconocimiento de otras personas importantes, pares y conocidos.

- El éxito de esta tarea ocasiona una sensación de satisfacción y placer en la interacción y participación con otros. El individuo adquiere hábitos de trabajo confiables y desarrolla actitudes de valía; el individuo se vuelve meticuloso, siente orgullo por los logros, y disfruta jugar, pero desea un equilibrio entre fantasía y actividades “reales y mundanas”. La laboriosidad se alcanza cuando se alienta la realización de actividades y responsabilidades en la escuela y en la comunidad, y dentro del hogar, y se da reconocimiento por los logros.
- La falta de éxito ocasiona dificultades en las relaciones interpersonales debido al sentimiento de no ser adecuado. El individuo no puede cooperar ni comprometerse con otros en actividades de grupo ni resolver problemas o completar tareas con éxito. El niño se puede volver pasivo y débil o agresivo. Si esto ocurre, suele ser manipulador o violar los derechos de otros para satisfacer sus propias necesidades o deseos; puede volverse adicto al trabajo con expectativas no realistas para alcanzar el éxito personal. Esta tarea permanece sin resolver cuando los padres tienen expectativas no realizables para el niño, cuando la disciplina es rígida y tiende a afectar la autoestima, cuando el niño tiene éxito y sólo recibe retroalimentación negativa.

Identidad contra Confusión de Rol: 12 a 20 Años

Principal Tarea del Desarrollo

El objetivo es integrar las tareas aprendidas en las etapas previas en un sentimiento de seguridad en sí mismo.

- El éxito de esta tarea da como resultado una sensación de confianza, estabilidad emocional y una visión de sí mismo como un individuo único. Se hacen compromisos con un sistema de valores, para elegir una profesión y relaciones con miembros de ambos géneros. Se tiene un sentido de identidad cuando se les permite a los adolescentes que experimenten independencia al tomar decisiones que influyen en sus vidas. Los padres deben estar disponibles para ofrecer apoyo cuando sea necesario, pero renunciar de manera gradual a ejercer control para permitir la maduración individual en un esfuerzo por alentar el desarrollo de un sentimiento de independencia del *self*.
- La falta de éxito ocasiona una sensación de autoconciencia, de duda y confusión de la propia participación en la vida; no existen los valores o metas personales, como tampoco se dan los compromisos en las relaciones con otros o son superficiales y breves. Con frecuencia la falta de autoconfianza se expresa como delincuencia o rebeldía. Puede existir un temor subyacente al inicio de la adultez y las consecuentes responsabilidades. Esta tarea puede permanecer sin resolver por muchas razones (p. ej., cuando la independencia es desalentada por los padres y el adolescente permanece en posición de dependiente; cuando la disciplina en casa es demasiado rígida, es inconsistente o ausente; y cuando es frecuente el rechazo por parte de los padres o hay cambios frecuentes de figuras paternas).

Intimidad contra Aislamiento: 20 a 30 Años

Principal Tarea del Desarrollo

El objetivo durante esta etapa es formar una relación intensa y duradera o una responsabilidad con otra persona, causa, institución o un esfuerzo creativo (Murray y Zentner, 2001).

- El éxito en esta tarea resulta en la capacidad para el amor mutuo y respeto entre dos personas y la capacidad de un individuo para responder a un compromiso total con otra persona; además, la intimidad va más allá del contacto sexual entre dos personas. Describe una responsabilidad en la cual se hacen sacrificios personales por otro, ya sea una persona o lo que uno elija, una profesión o cualquier otra causa, o un esfuerzo en el cual un individuo elige ser devoto. La intimidad se alcanza

cuando el sujeto ha desarrollado la capacidad de darse a otro. Esto se aprende cuando alguien ha sido el receptor de este tipo de entrega dentro de una unidad familiar.

- La falta de éxito ocasiona retraimiento, aislamiento social y soledad. El individuo es incapaz de formar relaciones duraderas e íntimas, con frecuencia busca intimar a través de numerosos contactos sexuales superficiales. No tiene una profesión establecida, puede tener una historia de cambios ocupacionales (o experimentar miedo al cambio y, por tanto, permanece en una situación desagradable en el trabajo). La tarea permanece sin resolver cuando el amor en casa ha sido negado o distorsionado durante los primeros años de juventud (Murria y Zentner, 2001). El individuo falla en alcanzar la capacidad de darse sin haber sido receptor de esa entrega por parte de los primeros cuidadores.

Generatividad contra Estancamiento o Autoabsorción: 30 a 65 Años

Principal Tarea del Desarrollo

La principal tarea de esta etapa es alcanzar las metas establecidas por uno mismo mientras se considera también el bienestar de las generaciones futuras.

- El éxito de esta tarea da como resultado un sentimiento de gratificación proveniente de los logros personales y profesionales, así como de las contribuciones significativas a otros. El individuo es activo en el servicio de y a la sociedad. La capacidad de generar se alcanza cuando el sujeto expresa satisfacción en esta etapa de la vida y demuestra responsabilidad por dejar el mundo como un mejor lugar en el cual vivir.
- La ausencia de éxito da como resultado falta de interés por el bienestar de otros y total preocupación por sí mismo. La persona se vuelve retraída, aislada y muy autoindulgente, sin capacidad para darse a otros. Permanece sin resolver cuando las tareas más tempranas de desarrollo no han sido satisfechas y el individuo no alcanza el grado de madurez requerido para derivar gratificación fuera del contexto personal y por el bienestar de otros.

Integridad del Yo contra Desesperación: 65 Años hasta el Fallecimiento

Principal Tarea del Desarrollo

El objetivo de esta etapa es hacer una revisión de la propia vida y darle un significado a eventos positivos y negativos, mientras se tiene un sentimiento positivo de sí mismo.

- El éxito de esta tarea ocasiona un sentimiento de valía del *self* y autoaceptación conforme se revisan las metas alcanzadas, además de la aceptación de las que no se

lograron. El individuo tiene un sentimiento de dignidad a partir de sus experiencias y no le teme a la muerte, es más, la ve como otra etapa más del desarrollo. La integridad del Yo se alcanza cuando los individuos han completado de manera exitosa las tareas de desarrollo de las etapas anteriores y tienen por deseo hacer cambios importantes en la forma en que su vida ha progresado.

- La falta de éxito ocasiona autodesprecio y disgusto con la forma en que ha avanzado la vida propia. El individuo quisiera volver a empezar y tener una segunda oportunidad. Hay sentimientos de minusvalía e impotencia para el cambio, también son evidentes el enojo, la depresión y la soledad. Puede haber un mayor enfoque en los errores cometidos en el pasado o se perciben fallas. La muerte se niega o se le teme, o pueden prevalecer ideas de suicidio. La tarea permanece sin resolver si las anteriores no han sido realizadas: nunca se alcanzó la confianza en sí mismo, el interés por otros, ni un fuerte sentido de autoidentidad.

Relevancia de la Teoría del Desarrollo Psicosocial para la Práctica de Enfermería

La teoría de Erikson es importante para la práctica de enfermería porque incorpora conceptos socioculturales al desarrollo de la personalidad. Erikson proporciona un acercamiento por pasos, sistemático y de tareas específicas resumidas que deberían completarse durante cada etapa. Esta información puede ser utilizada de manera práctica en la enfermería de salud mental-psiquiátrica. Muchos individuos con problemas de salud mental todavía se esfuerzan por completar tareas de diferentes etapas del desarrollo. El personal de enfermería puede planear los cuidados para asistirlos en el cumplimiento de estas tareas y avanzar hacia la siguiente etapa de desarrollo.

TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1975) formuló una teoría que describe el proceso de separación-individuación del lactante de la figura materna (el primer cuidador). Describió el proceso como el avance a través de tres fases principales, incluso delineó la fase III y la de separación-individuación en cuatro subfases. En el cuadro 2-5 se resume la teoría de desarrollo de Mahler.

Fase I: La Autística (del Nacimiento al Mes de Edad)

En esta fase, también conocida como *autismo normal*, el lactante existe en un estado de medio dormido y medio despierto, no percibe la existencia de otra persona o de un

CUADRO 2 – 5 Etapas del Desarrollo en la Teoría de las Relaciones Objetales de Mahler

Edad	Fase/Subfase	Principales Tareas del Desarrollo
Nacimiento a 1 mes 1 a cinco meses	I. Autismo normal II. Simbiosis III. Separación-Individuación a. Diferenciación	Satisfacción de las necesidades básicas de sobrevivencia y confort Desarrollo del reconocimiento de otros a la satisfacción de necesidades
5 a 10 meses	b. Práctica	Comienzo del reconocimiento primario de separación de la figura materna
10 a 16 meses	c. Acercamiento	Incremento de la independencia a través del funcionamiento locomotor; aumento del sentido de separación del <i>self</i>
16 a 24 meses	d. Consolidación	Fuerte reconocimiento de separación del <i>self</i> ; aprender a solicitar “refuerzos emocionales” de la figura materna para mantener el sentimiento de seguridad
24 a 36 meses		Establecimiento del sentido de separación en forma de constancia objetual (p. ej., la posibilidad de internalizar sostenidamente una imagen de amor objeto/persona cuando está fuera de su vista); resolución de separación-ansiedad

ambiente externo. La satisfacción de las necesidades básicas para sobrevivir y de comodidad es el centro y simplemente es aceptado como ocurre.

Fase II: Simbiótica (1 a 5 Meses)

La **simbiosis** es un tipo de “ fusión psíquica ” de la madre y el niño, en la que éste ve el *self* como una extensión de la madre, pero con una conciencia en desarrollo de que es ella quien satisface cada necesidad del niño. Mahler sugirió que la ausencia o rechazo por parte de la figura materna en esta fase puede provocar psicosis simbiótica.

Fase III: Separación-Individuación (5 a 36 Meses)

Esta tercera fase representa lo que Mahler llamó el “nacimiento psicológico” del niño. La *separación* la definió como el logro físico y psicológico de un sentido de distinción personal de la figura materna. La *individuación* se presenta con un fortalecimiento del Yo y una aceptación de un sentido del *self*, con límites del Yo independiente. Se describen cuatro subfases a través de las cuales el niño evoluciona en su progreso, desde la extensión simbiótica de la figura materna hasta un ser distinto y separado.

Subfase 1 – Diferenciación (5 a 10 Meses)

La fase de diferenciación inicia con los primeros movimientos del niño lejos de la figura materna, es decir, empieza un reconocimiento primario de separación.

Subfase 2 – Práctica (10 a 16 Meses)

Con el avance del funcionamiento locomotor, el niño experimenta sentimientos estimulantes debido a que aumenta la independencia, pues ahora es capaz de alejarse

y regresar a la figura materna; se manifiesta una sensación de omnipotencia.

Subfase 3 – Acercamiento (16 a 24 Meses)

Esta tercera subfase es crítica para el desarrollo saludable del Yo del niño, ya que durante esta etapa se vuelve muy consciente de su separación de la figura materna, mientras disminuye el sentimiento de temor y la sensación de omnipotencia. El niño ahora reconoce a la madre como un individuo separado, desea restablecer la cercanía con ella, pero evita la unión total de la etapa simbiótica, entonces necesita que la figura materna sea capaz de proporcionar la “satisfacción emocional” que demanda; por consiguiente, es muy importante en esta subfase la respuesta de la figura materna. Si ésta es capaz de llenar las necesidades emocionales como son requeridas, el niño desarrolla un sentido de seguridad en el conocimiento de que es amado y no será abandonado. Por otra parte, si las necesidades del niño no se satisfacen de manera consistente o si la madre recompensa demasiado, se desarrollan comportamientos dependientes y falta de sostén cuando el niño demuestra independencia, además de sentimientos de ira y miedo a ser abandonado los cuales con frecuencia persisten en la adultez.

Subfase 4 – Consolidación (24 a 36 Meses)

Después de alcanzar la consolidación se establece una individualidad definitiva y sentido de la separación del *self*. Los objetos son representados como un todo, con la capacidad para integrar tanto lo “bueno” como lo “malo”, también se presenta un grado de constancia del objeto, conforme el niño es capaz de interiorizar una imagen sostenida de la figura materna como perdurable y amorosa, mientras se mantiene la percepción de su persona separada en el mundo exterior.

Relevancia de la Teoría de las Relaciones Objetales para la Práctica de Enfermería

El entendimiento de los conceptos de la teoría de Mahler de las relaciones objetales ayuda a evaluar al personal de enfermería el nivel de individuación del paciente a partir de los primeros cuidadores, por consiguiente se pueden rastrear problemas emocionales de muchos individuos por la falta de satisfacción de las tareas de separación-individuación. Los ejemplos incluyen problemas relacionados con la dependencia y ansiedad excesivas. Se cree que el individuo con trastorno de personalidad límitrofe quedó atrapado en la fase de acercamiento del desarrollo, abrigando miedo al abandono e ira subyacente. Este conocimiento es importante para proporcionar cuidados de enfermería a estos individuos.

UN MODELO DE ENFERMERÍA: HILDEGARD E. PEPLAU

Peplau (1991) aplicó la teoría interpersonal a la práctica de enfermería, de manera más específica, al desarrollo de la relación personal de enfermería-paciente. Estableció un marco para la **enfermería psicodinámica**, o sea la participación interpersonal del personal de enfermería con el paciente en una situación determinada. Peplau menciona: “La enfermería es útil cuando el paciente y la enfermera crecen como resultado del aprendizaje que ocurre en la situación de enfermería.”

Peplau correlaciona las etapas de desarrollo de la personalidad en la niñez con aquellas a través de las cuales los pacientes avanzan durante el progreso de una enfermedad. También observa estas experiencias como situaciones de aprendizaje para el personal de enfermería a fin de facilitar el avance en el desarrollo de la personalidad. Peplau creía que cuando se satisfacen las tareas psicológicas en la relación personal de enfermería-paciente, las personalidades de ambos se pueden fortalecer. Los conceptos clave incluyen los siguientes:

- La *enfermería* es una relación humana entre un individuo enfermo o que necesita servicios de salud, y una persona específicamente capacitada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.
- La *enfermera psicodinámica* será capaz de entender el propio comportamiento, y ayudar a otros a identificar las dificultades.
- Las *funciones* son una serie de valores y comportamientos específicos para posiciones funcionales dentro de estructuras sociales. Peplau identificó las siguientes *funciones de enfermería*:

- La *persona de recursos* es quien proporciona información específica y necesaria que ayuda al paciente a entender su problema y la nueva situación.
- El *consejero* es quien escucha cómo el paciente revisa los sentimientos relacionados con las dificultades que experimenta en cualquier aspecto de su vida. Existen “técnicas interpersonales” que facilitan la interacción con el personal de enfermería en el proceso de ayudar al paciente a resolver problemas y tomar decisiones en relación con estas dificultades.
- El *maestro* es quien identifica el aprendizaje de necesidades y proporciona información al paciente o familiares que pueda ayudar a mejorar la situación de vida.
- El *líder* dirige la interacción paciente-personal de enfermería y se asegura de que se lleven a cabo las acciones apropiadas para facilitar el alcance de los objetivos designados.
- El *experto técnico* es quien entiende varios mecanismos profesionales y tiene las cualidades clínicas necesarias para realizar las intervenciones de mejor interés para el paciente.
- El *sustituto* es quien sirve como una figura suplente de otra.
- Las *fases de la relación personal de enfermería-paciente* son etapas relacionadas con problemas de salud, durante las cuales ambas partes aprenden a trabajar cooperando para resolver dificultades. Peplau identificó cuatro fases:
 - *Orientación* es la fase durante la cual el paciente, personal de enfermería y familia trabajan juntos para reconocer, clarificar y definir el problema existente.
 - *Identificación* es la fase en la cual la impresión inicial del paciente ha sido aclarada y empieza a responder de manera selectiva a las personas quienes parecen ofrecerle la ayuda necesaria. Los pacientes pueden responder de tres formas: (1) en la participación o relaciones de interdependencia con el personal de enfermería, (2) en la independencia o aislamiento del personal de enfermería o (3) en la impotencia o dependencia del personal de enfermería (Peplau, 1991).
 - *Explotación* es la fase durante la cual el paciente procede a tomar completa ventaja de los servicios ofrecidos; después de aprender cuáles están disponibles, sintiéndose cómodo dentro del sistema y sirviendo como un participante activo en el cuidado de su propia salud; el paciente explota los servicios disponibles y examina todas las posibilidades de la situación cambiante.
 - *Resolución* se presenta cuando el paciente es liberado de la identificación con las personas que le ayudan y se fortalece para asumir independencia. La resolución es el resultado directo de completar de manera exitosa las otras tres fases.

Etapas del Desarrollo de la Personalidad, de Peplau

Las *tareas psicológicas* son lecciones de desarrollo que se deben aprender en el camino para alcanzar la madurez de la personalidad; Peplau (1991) identificó cuatro tareas psicológicas que relacionó con las etapas de la infancia y niñez descritas por Freud y Sullivan. Estableció que:

Cuando las tareas psicológicas se aprenden de manera exitosa en cada etapa del desarrollo, las capacidades biológicas se utilizan en forma productiva y las relaciones con las personas conducen a una vida productiva. Cuando no sucede este aprendizaje de manera exitosa se suma y se lleva a la vida adulta continuando los intentos de aprendizaje en formas desviadas, más o menos impedidas por adaptaciones convencionales que proporcionan una superestructura sobre la que se basa el aprendizaje real (p. 166).

En el contexto de enfermería, Peplau (1991) relacionó estas cuatro tareas con las demandas hechas a las enfermeras con sus pacientes, y sosténía que:

... la enfermería puede funcionar como una fuerza de maduración en la sociedad. La enfermedad es un evento que se experimenta junto con sentimientos derivados de experiencias anteriores, pero que son recreadas en la relación enfermera-paciente, esta relación es vista como una oportunidad de ayudar a los pacientes para completar las tareas psicológicas, inconclusas de la niñez (p. 159).

Las tareas psicológicas del desarrollo de la personalidad de Peplau incluyen las siguientes cuatro etapas, mismas que se encuentran resumidas en el cuadro 2-6.

Aprender a Contar con Otros

El personal de enfermería y los pacientes inician juntos como extraños, ambos traen a la relación ciertos "materiales elementales" tales como componentes biológicos heredados, características de personalidad (*temperamento*), capacidad intelectual individual, e influencias culturales

específicas o ambientales; Peplau relacionó estos "materiales" con los que llegó el lactante a este mundo. Éste es capaz de experimentar tanto la *comodidad* como la *inconformidad*; pronto aprende a comunicar sentimientos de una forma a través de la cual obtenga la satisfacción de la comodidad que necesita, preferentemente por la figura materna, quien proporciona amor y cuidado de manera incondicional. Sin embargo, la satisfacción de estas necesidades de dependencia es inhibida cuando los objetivos de la figura materna llegan a ser el foco de atención, y el amor y el cuidado están supeditados a las necesidades de la persona que los proporciona y no las del lactante.

Los pacientes con dependencia insatisfecha necesitan regresar durante la enfermedad y demostrar comportamientos que relacionen esta etapa del desarrollo. Otros pacientes regresan a este nivel por discapacidades físicas relacionadas con la enfermedad. Peplau creía que cuando las enfermeras proporcionan cuidado incondicional ayudan a los pacientes a progresar hacia niveles más maduros de funcionamiento. Esto puede incluir la función de "madre sustituta", en la cual el personal de enfermería satisface las necesidades para el paciente con el intento de ayudarlo a crecer, madurar y llegar a ser independiente.

Aprendizaje de la Satisfacción Retrasada

Peplau relacionó esta etapa a la de los niños pequeños, o el primer paso en el desarrollo de la interdependencia de las relaciones sociales. La psicosexualidad es comparada con la etapa anal del desarrollo, cuando el niño aprende que debido a cuestiones culturales no puede vaciar los intestinos para aliviar la incomodidad a voluntad, sino esperar a ir al baño, lo que es culturalmente aceptado. Cuando el entrenamiento para ir al baño es demasiado temprano o es muy rígido, o cuando el comportamiento apropiado es indispensable como una condición para recibir amor y cuidado, las tareas relacionadas con esta etapa permanecen insatisfechas. El niño siente impotencia y no aprende la satisfacción de complacer a otros al retrasar su

CUADRO 2 – 6 Etapas del Desarrollo en la Teoría Interpersonal de Peplau

Edad	Etapa	Principales Tareas del Desarrollo
Infancia	Aprender a contar con otros	Aprender a comunicarse en varias formas con los primeros cuidadores para satisfacer las necesidades de comodidad
Niños pequeños	Aprender a retrasar la satisfacción	Conocer la satisfacción de complacer a otros por medio de retrasar la auto-satisfacción en detalles
Niñez temprana	Identificación de sí mismo	Aprender las funciones apropiadas y comportamientos por adquisición de la capacidad de percibir expectativas de otros
Niñez tardía	Desarrollar cualidades en la participación	Aprender las habilidades de compromiso, competencia y cooperación con los demás; establecer una visión realista del mundo y un sentimiento del propio lugar en el mismo

autogratificación en detalles. También muestra comportamientos de rebeldía por no cumplir con las demandas de la figura materna en un esfuerzo por expresar sentimientos de impotencia. El niño puede lograr esto reteniendo las heces o no depositándolas de la manera culturalmente aceptable.

Peplau cita a Fromm (1949) en la descripción de los siguientes comportamientos potenciales de individuos quienes fallan en completar las tareas de la segunda etapa del desarrollo:

- Explotación y manipulación de otros para satisfacer sus propios deseos debido a su incapacidad de hacerlo de manera independiente.
- Desconfían y envidian a otros, dirigiéndoles hostilidad en un esfuerzo por aumentar su propia autoimagen.
- Acumulación y retención de posesiones de los otros; miseria.
- Pulcritud desmesurada y puntualidad.
- Incapacidad de relacionarse con otros a través de compartir sentimientos, ideas o experiencias.
- Incapacidad para cambiar características de personalidad por otras que sean requeridas para satisfacer deseos personales en cualquier momento.

Cuando el personal de enfermería observa estos tipos de comportamientos en pacientes es importante animar en ellos la expresión completa y transmitir la aceptación incondicional. Cuando aprende a sentirse seguro e incondicionalmente aceptado, parece dejar ir el comportamiento de oposición y avanzar en el progreso de desarrollo. Peplau (1991) estableció:

Las enfermeras quienes ayudan a sus pacientes a sentirse seguros y confiados, de tal manera que puedan expresar lo que quieran y alcancen la satisfacción de manera eventual, también ayudan a aumentar su fortaleza personal, necesaria para actividades sociales productivas (p. 207).

Identificación de Uno Mismo

“Un concepto del *self* se desarrolla como producto de la interacción con adultos” (Peplau, 1991, p. 211). Un niño aprende a estructurar el concepto del *self* al observar cómo otros interactúan con él. Las funciones y comportamientos se establecen fuera de la percepción del niño de las expectativas de otros. Cuando tienen la impresión de que los adultos esperan de ellos mantener funciones más o menos permanentes como lactantes, se perciben ellos mismos como indefensos y dependientes. Cuando la expectación percibida es que se debe comportar de una forma más allá de su nivel de maduración, es privado de la satisfacción emocional y las necesidades de crecimiento

de los niveles de desarrollo más inferiores. Los niños a quienes se les ha dado libertad para responder a situaciones y experiencias de manera incondicional (p. ej., con comportamientos que corresponden a sus sentimientos) aprenden a mejorar y reconstruir respuestas de comportamiento en su propio espacio. Peplau (1991) dice:

Las formas en las cuales los adultos evalúan al niño y la forma en que funciona en relación con sus experiencias y percepciones son asimiladas o introyectadas y llegan a ser la visión del niño de sí mismo (p. 213).

En enfermería es importante reconocer la clave que comunican, cómo se siente el paciente sobre sí mismo y acerca de la presentación del problema médico. En la interacción inicial es difícil para el personal de enfermería percibir el “todo” del paciente, porque el enfoque está en la condición que ha provocado la búsqueda de ayuda. De la misma forma es delicado para el paciente percibir al personal de enfermería como “madre (o padre)” o la “esposa (o esposo) de alguien” o cómo tener una vida al lado de alguien que está ahí para ofrecer ayuda con la inmediata presentación del problema. Conforme se desarrollan las relaciones, el personal de enfermería debe ser capaz de reconocer los comportamientos de los pacientes que indiquen necesidades insatisfechas y proporcionar experiencias que promuevan el crecimiento. Por ejemplo, el paciente que anuncia con orgullo haber completado las actividades de la vida diaria de manera independiente y quiere que la enfermera venga a inspeccionar su cuarto puede aún anhelar el reforzamiento positivo tan necesario para los niveles más inferiores de desarrollo.

El personal de enfermería también debe estar consciente de los factores de predisposición que traen a la relación, esto es, las actitudes y creencias acerca de ciertos temas pueden tener un efecto perjudicial en el paciente e interferir no sólo con la relación terapéutica sino también con la capacidad del paciente para su crecimiento y desarrollo. Por ejemplo, una enfermera con fuertes creencias contra el aborto puede tratar a una paciente quien ha abortado con desaprobación y sin respeto. La enfermera puede responder de esta manera sin darse cuenta de lo que está haciendo. Las actitudes y los valores se introyectan durante el desarrollo temprano, pueden ser integrados de una forma tan completa que llegan a ser una parte del sistema-*self*. El personal de enfermería debe tener el conocimiento y apreciación de su propio concepto del *self* para desarrollar la flexibilidad requerida para aceptar a todos los pacientes como son de manera incondicional. La resolución eficiente de los problemas que surgen en la relación interdependiente puede ser el medio tanto para el paciente como para el personal de enfermería de reforzar características de personalidad positivas y modificar las que son vistas como negativas.

Desarrollando Características en la Participación

Peplau cita la descripción de Sullivan (1953) de la etapa “juvenil” del desarrollo de la personalidad (edades entre los seis a nueve años), en la que el niño desarrolla la capacidad de “comprometerse, competir y cooperar” con otros.

Estas habilidades se consideran básicas para participar en colaboración con los demás. Si un niño trata de utilizar las habilidades de una etapa más temprana del desarrollo (p. ej., llorando, gimiendo o exigiendo), puede ser rechazado por sus pares de esta etapa. Conforme se progrés, empiezan a verse a sí mismos a través de los ojos de sus pares, a lo que Sullivan (1953) llamó “validación consensual”. Los preadolescentes tienen una visión más realista del mundo y un sentimiento de su lugar en él. En esta etapa se desarrolla la capacidad de amar a otros (además de la figura materna) y se expresa en relación con la aceptación de uno mismo.

Las fallas para desarrollar cualidades apropiadas en cualquier punto del desarrollo dan como resultado una dificultad del individuo con la participación en confrontar los problemas comunes de la vida. No es responsabilidad del personal de enfermería dar solución a los problemas, pero sí ayudar a los pacientes a mejorar sus capacidades, de tal forma que ellos mismos encuentren sus propias soluciones. Esto se puede llevar a cabo a través del desarrollo de las habilidades de competencia, compromiso, cooperación, validación consensual y amor a uno mismo y a otros. El personal de enfermería puede auxiliar a los pacientes a desarrollar o refinar estas habilidades ayudándolos a identificar el problema, definir metas y tomar responsabilidad para llevar a cabo las acciones necesarias a fin de alcanzar los fines propuestos. Peplau (1991) explica:

Es requerida la participación de una sociedad democrática. Cuando no se ha aprendido en experiencias más tempranas, las enfermeras tienen la oportunidad de facilitar el aprendi-

zaje en el presente y por lo tanto asistir en la promoción de una sociedad democrática (p. 259).

Relevancia del Modelo de Peplau en la Práctica de Enfermería

El modelo de Peplau proporciona al personal de enfermería un marco para interactuar con los pacientes, muchos de los cuales permanecen debido a la enfermedad en un nivel más temprano del desarrollo; por tanto, sugiere funciones que el personal de enfermería puede asumir para ayudar a sus pacientes a progresar, y así alcanzar o reasumir su propio nivel de perfeccionamiento. Las herramientas del progreso del desarrollo proporcionan al paciente la capacidad para confrontar los problemas comunes en la vida. El personal de enfermería sirve para facilitar el aprendizaje no asimilado en experiencias más tempranas.

RESUMEN

El crecimiento y el desarrollo de cada individuo son únicos y continúan a lo largo de la vida. Con cada etapa se presenta una complejidad gradual en el crecimiento de la personalidad. Este capítulo proporciona una descripción de las teorías de Freud, Sullivan, Erikson y Mahler; además se presentan conceptos teóricos de Peplau y su aplicación a las relaciones interpersonales en enfermería. Los teóricos mencionados proporcionan un acercamiento multifacético al desarrollo de la personalidad.

El personal de enfermería debe tener conocimientos básicos del desarrollo de la personalidad para entender las respuestas de comportamiento por problemas de adaptación vistos con frecuencia en los pacientes psiquiátricos. El conocimiento de los comportamientos apropiados en cada nivel de desarrollo es vital para planear y realizar el cuidado de enfermería de calidad.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Por favor conteste las preguntas con base en el siguiente caso de estudio:

El señor J. de 35 años de edad fue admitido en la unidad psiquiátrica para su observación y evaluación, seguido de su arresto por cargos de robo en una tienda de abarrotes, y por haber asaltado sexualmente a la dependiente. El señor J. fue el hijo ilegítimo de una madre adolescente quien lo abandonó cuando tenía seis meses de edad. Pasó del cuidado de un familiar a otro, hasta que quedó claro que nadie lo quería. Los servicios sociales lo colocaron en hogares sustitutos, de los cuales huía con frecuencia. Durante la adolescencia fue arrestado numerosas veces por robo, vandalismo, provocar incendios y otras infracciones a la ley. Fue rechazado por sus pares y en la actualidad tiene poca interacción con los demás. En la unidad parece muy ansioso, va y viene, gira la cabeza de un lado a otro observando continuamente el área. Está desaseado y rechaza la comida, haciendo comentarios apenas audibles relacionados con “ser envenenado”. No muestra remordimiento por sus acciones.

1. Teóricamente, ¿en qué nivel de desarrollo psicosocial (de acuerdo con Erikson) colocaría al señor J.?
 - a. Intimidad contra aislamiento
 - b. Generatividad comparado con autoabsorción
 - c. Confianza contra desconfianza
 - d. Autonomía contra vergüenza y duda
2. De acuerdo con la teoría de Erikson, ¿dónde colocaría al señor J. con base en su comportamiento?
 - a. Intimidad comparada con aislamiento
 - b. Generatividad contra autoabsorción
 - c. Confianza contra desconfianza
 - d. Autonomía contra vergüenza y duda
3. De acuerdo con la teoría de Mahler, el señor J. no recibió la importante “carga emocional” requerida durante la fase de acercamiento del desarrollo. ¿Cuáles son las consecuencias de esta deficiencia?
 - a. No ha aprendido aún a retrasar su gratificación
 - b. No siente culpa por los errores cometidos contra otros
 - c. No es capaz de confiar en los demás
 - d. Ha desarrollado la rabia y los miedos del abandono
4. ¿En qué etapa del desarrollo está el señor J., de acuerdo con la teoría interpersonal de Sullivan?
 - a. Infancia. Libera su ansiedad a través de la gratificación oral
 - b. Niñez. No sabe retrasar su gratificación
 - c. Adolescencia temprana. Está luchando por formar una identidad
 - d. Adolescencia tardía. Está trabajando por desarrollar una relación duradera
5. ¿Cuál de las siguientes personalidades describe al señor J.?
 - a. *Ello* débil, fuerte *Yo*, débil *Superyó*
 - b. Fuerte *Ello*, débil *Yo*, *Superyó* débil
 - c. Débil *Ello*, débil *Yo*, *Superyó* punitivo
 - d. Fuerte *Ello*, débil *Yo*, *Superyó* punitivo
6. ¿En cuál de las etapas del desarrollo de Peplau colocaría al señor J.?
 - a. Aprende a contar con otros
 - b. Aprende a retrasar la gratificación
 - c. Identificación de uno mismo
 - d. Desarrolla habilidades de participación

7. En la planeación del cuidado para el señor J., ¿cuál de los siguientes enfoques sería el primario para enfermería?
- Disminuir la ansiedad y desarrollar confianza
 - Poner límites a su comportamiento
 - Asegurarse que tenga terapia de grupo
 - Atender sus necesidades de higiene

Relacione la función del personal de enfermería, como lo describe Peplau, con los comportamientos de cuidado de enfermería enlistados en la derecha:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8. Sustituta
<input type="checkbox"/> 9. Consejero
<input type="checkbox"/> 10. Persona de recursos | a. “Señor J., cuénteme por favor cómo era cuando estaba creciendo.”
b. “¿Qué preguntas se hace sobre estar en esta unidad?”
c. “Tenemos que hacer algunos cambios en su comportamiento. Me interesa lo que le está sucediendo.” |
|--|---|
-

R E F E R E N C I A S

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). *Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Marmer, S.S. (2003). Theories of the mind and psychopathology. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Springer.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- Freud, S. (1961). The ego and the id. *Standard edition of the complete psychological works of Freud, Vol XIX*. London: Hogarth Press.

- Fromm, E. (1949). *Man for himself*. New York: Farrar & Rinehart.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.

3

CAPÍTULO

IMPLICACIONES BIOLÓGICAS

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

INFLUENCIAS NEUROFISIOLÓGICAS

IMPLICACIONES PARA LAS ENFERMEDADES

PSIQUIÁTRICAS

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO PARA DETECTAR ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN CEREBRAL

IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

axón

sistema límbico

neurotransmisores

cuerpo celular

sistema neuroendocrino

sitios receptores

dendritas

neuronas

sinapsis

CONCEPTO CENTRAL

psicobiología

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Identificar grandes estructuras anatómicas del cerebro y describir sus funciones.
2. Discutir la fisiología de la neurotransmisión dentro del sistema nervioso central.
3. Describir la función de los neurotransmisores en el comportamiento.
4. Discutir la asociación del funcionamiento endocrino para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos.
5. Discutir la correlación del trastorno en la función cerebral a varios trastornos psiquiátricos.
6. Identificar varios procedimientos de diagnóstico utilizados para descubrir alteraciones en el funcionamiento biológico que puedan ser atribuidos a alteraciones psiquiátricas.
7. Discutir las implicaciones de conceptos psicobiológicos en la práctica de enfermería en salud mental/psiquiátrica.

INTRODUCCIÓN

En años recientes se ha hecho más énfasis en el estudio de la base orgánica de las enfermedades psiquiátricas; esta “revolución neurocientífica” empezó cuando la legislatura 101 de Estados Unidos designó la década de los noventa como la “década del cerebro”; con esta legislatura se presentó el desafío de estudiar las bases biológicas del comportamiento, por lo que en la actualidad varias enfermedades mentales son consideradas trastornos fisiológicos, resultado de problemas de funcionamiento y malformaciones del cerebro o ambos.

Esto no implica que se descarten por completo las influencias psicológicas y socioculturales, pues los sistemas biológico, psicológico y sociológico no se excluyen mutuamente, sino que son sistemas en interacción. Lo anterior se indica claramente por el hecho de que los individuos experimentan cambios biológicos en respuesta a varios eventos ambientales. Por consiguiente, cada una de estas disciplinas puede ser en diferentes momentos lo más apropiado para explicar fenómenos de comportamiento.

Este capítulo presenta una revisión de las influencias neurofisiológicas, neuroquímicas y endocrinas de las enfermedades psiquiátricas, por lo cual varios procedimientos de diagnóstico son utilizados para detectar alteraciones en funciones biológicas que pueden contribuir para identificar enfermedades psiquiátricas.

INFLUENCIAS NEUROFISIOLÓGICAS

Sistema Neurofisiológico

El sistema nervioso se compone de dos divisiones principales: el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP). En el recuadro 3-1 se muestran los componentes de estas dos divisiones y a continuación se analizan sus funciones primarias.

Sistema Nervioso Central

Cerebro

El cerebro tiene tres divisiones principales que, a su vez, se subdividen en seis partes. La parte anterior está formada por el cerebro y el diencéfalo; la parte media es el mesencéfalo y el puente, médula y cerebelo forman la parte posterior. Estas seis estructuras se estudian por

RECUADRO 3-1 Componentes del Sistema Nervioso

- I. Sistema nervioso central
 - A. Cerebro
 - 1. Prosencéfalo
 - a. Cerebro
 - i. Lóbulos frontales
 - ii. Lóbulos parietales
 - iii. Lóbulos temporales
 - iv. Lóbulos occipitales
 - b. Diencéfalo
 - i. Tálamo
 - ii. Hipotálamo
 - iii. Sistema límbico
 - 2. Cerebro medio
 - a. Mesencéfalo
 - 3. Mesencéfalo
 - a. Puente
 - b. Médula
 - c. Cerebelo
 - B. Tejido nervioso
 - 1. Neuronas
 - 2. Sinapsis
 - 3. Neurotransmisores
 - C. Médula espinal
 - 1. Tractos fibrosos
 - 2. Nervios espinales
 - II. Sistema nervioso periférico
 - A. Sistema aferente
 - 1. Neuronas sensoriales
 - a. Somáticos
 - b. Viscerales
 - B. Sistema eferente
 - 1. Sistema motor somático
 - a. Neuronas motoras somáticas
 - 2. Sistema nervioso autónomo
 - a. Sistema nervioso simpático
 - i. Neuronas motoras viscerales
 - b. Sistema nervioso parasimpático
 - i. Neuronas motoras viscerales

separado, y los diagramas se presentan en las figuras 3-1, 3-2 y 3-3.

CEREBRO. El cerebro está compuesto por dos hemisferios que están separados por una hendidura profunda que contiene un grupo de 200 millones de **neuronas** (células nerviosas) llamadas **cuerpo calloso**. La cubierta externa se llama **corteza**, presenta gran cantidad de pliegues y consiste de billones de células. El hemisferio izquierdo parece ser el dominante en la mayoría, y éste controla el habla, comprensión, raciocinio y lógica; en cambio el hemisferio derecho es no dominante en casi todas las personas, es el llamado “cerebro creativo”, pues se relaciona con las funciones afectivas y de comportamiento, además de las funciones perceptivas espaciales. A su vez cada hemisferio se divide en cuatro lóbulos.



Psicobiología

El estudio de los fundamentos de procesos cognitivos, emocionales y de comportamiento.

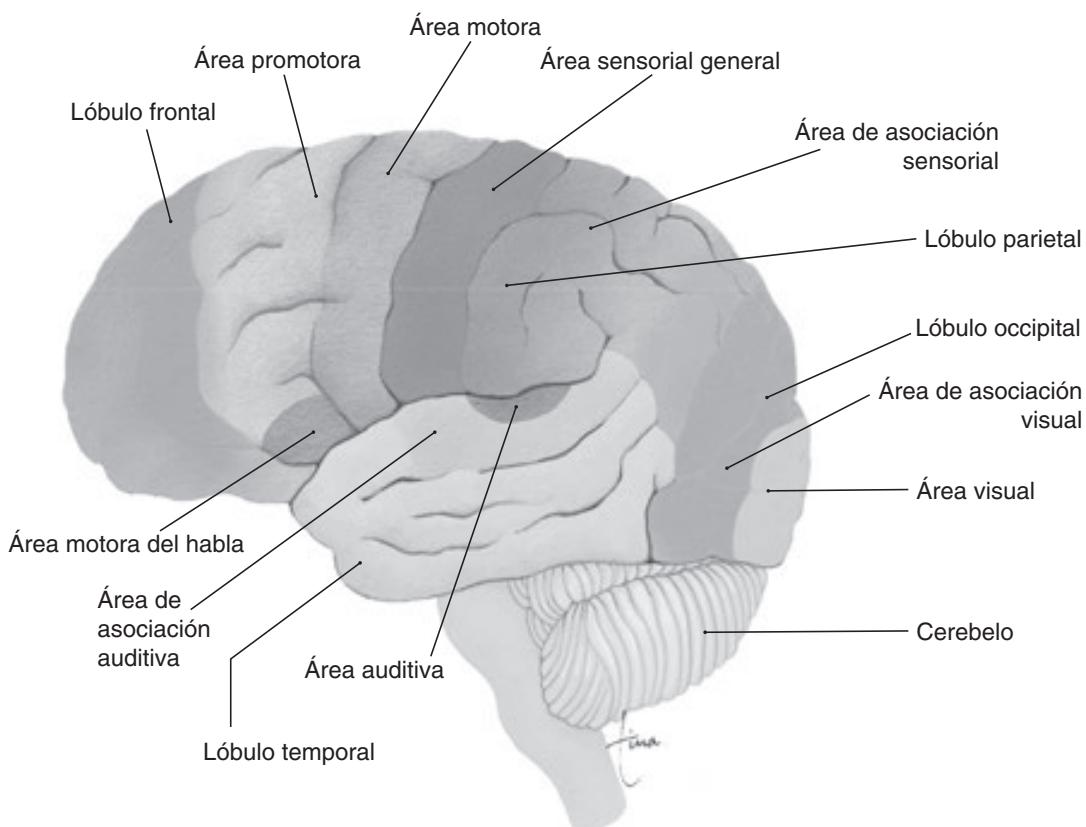


FIGURA 3-1 Cerebro humano, cerebelo y tallo cerebral. (Fuente: Scanlon, VC y Sanders, T: *Essentials of Anatomy and Physiology*, ed. 5. F.A. Davis, Philadelphia, 2007, con autorización.)

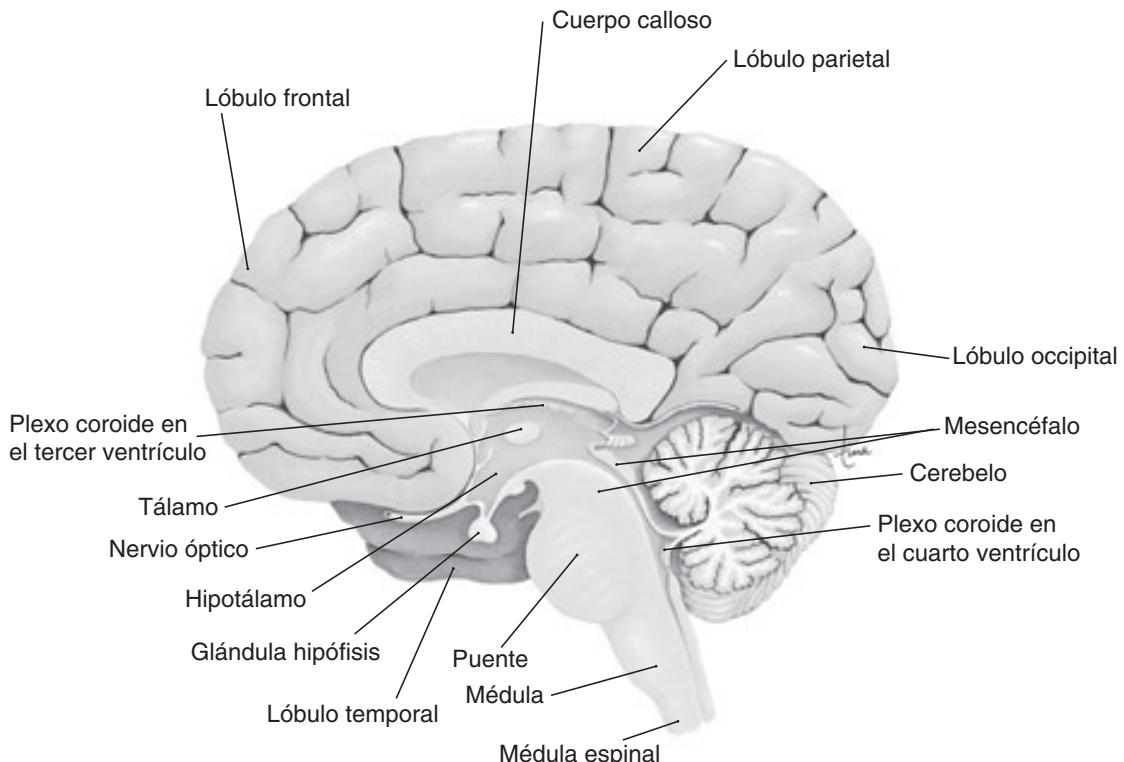


FIGURA 3-2 Cerebro humano: superficie media sagital. (Fuente: Scanlon, VC y Sanders, T: *Essentials of Anatomy and Physiology*, ed. 5. F.A. Davis, Philadelphia, 2007, con autorización.)

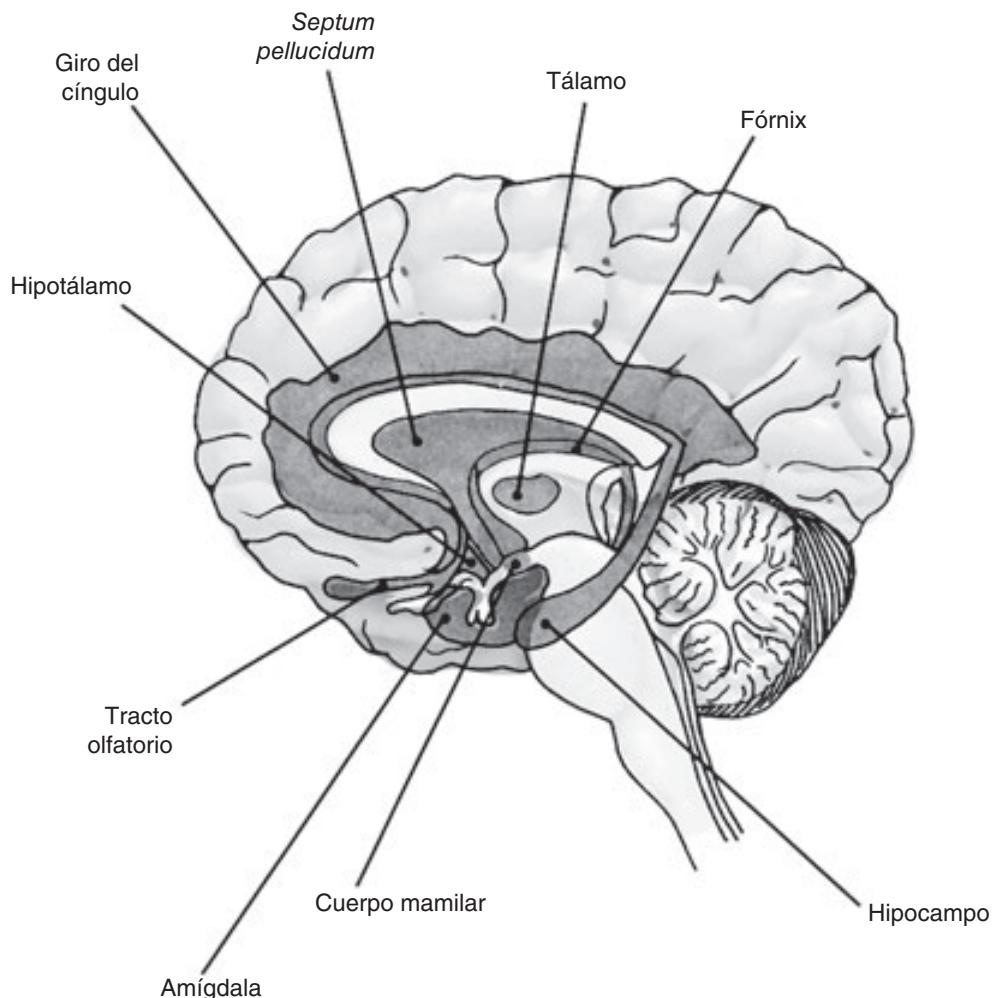


FIGURA 3-3 Estructuras del sistema límbico. (Fuente: adaptado de Scanlon, VC y Sanders, T: *Essentials of Anatomy and Physiology*, ed. 5. F.A. Davis, Philadelphia, 2007, con autorización.)

- **Lóbulos frontales.** Estos lóbulos controlan el movimiento voluntario del cuerpo, incluso los que permiten hablar, pensar y la formación de juicio. El lóbulo frontal también tiene una función en la experiencia emocional, como se evidencia en los cambios de ánimo y el carácter después de haber sufrido daño en esta área. Las alteraciones incluyen miedo, agresividad, depresión, furia, euforia, irritabilidad y apatía, también parece estar relacionada una conexión del lóbulo frontal al sistema límbico.
- **Lóbulos parietales.** Los lóbulos parietales controlan la percepción e interpretación de casi toda la información sensorial (incluso tacto, gusto y posición corporal). La interpretación del lenguaje está relacionada con el hemisferio izquierdo del lóbulo parietal.
- **Lóbulos temporales.** El lóbulo temporal superior anterior se relaciona con funciones auditivas, mientras

que la parte inferior participa en la memoria a corto plazo. Por otra parte, el sentido del olfato se conecta a los lóbulos temporales, ya que los impulsos olfativos transmitidos por los nervios olfatorios terminan en esta área del cerebro (Scanlon y Sanders, 2007). Los lóbulos temporales también participan en la expresión de las emociones a través de una interconexión con el sistema límbico. Junto con el lóbulo parietal izquierdo, tienen una función en la interpretación del lenguaje.

- **Lóbulos occipitales.** Estos lóbulos son el área principal de la recepción visual e interpretación. La percepción visual es procesada en esta área, además da a los individuos la capacidad de juzgar las relaciones espaciales tales como distancia y ver en tres dimensiones (Scanlon y Sanders, 2007). La interpretación de lenguaje está influida por los lóbulos occipitales a través de su relación con la experiencia visual.

DIENCÉFALO. El diencéfalo conecta el cerebro con sus estructuras más inferiores; las principales incluyen el tálamo, hipotálamo y el sistema límbico.

- **Tálamo.** Integra todos los estímulos sensoriales que entran (excepto los olfativos) en su camino a la corteza. También participa en algunas emociones y en el estado de ánimo.
- **Hipotálamo.** Regula los lóbulos anterior y posterior de la glándula hipófisis. Además controla las acciones del sistema nervioso autónomo, regula el apetito y la temperatura.
- **Sistema límbico.** Se compone de estructuras colocadas en medio de la cortical y subcortical y de fibras que las conectan una con otra y con el hipotálamo. Estas estructuras incluyen el hipocampo, cuerpo mamilar, amígdala, vía olfatoria, hipotálamo, giro del cíngulo, *septum pellucidum*, tálamo y fórnix. El sistema límbico, el cual algunas veces es llamado “el cerebro emocional”, se relaciona con el miedo y la ansiedad; la furia y la agresión; amor, placer y esperanza; y con los comportamientos sexual y social.

MESENCÉFALO. Las estructuras de mayor importancia en el mesencéfalo, o cerebro medio, incluyen núcleos y extractos de fibras, que se extienden desde el puente al hipotálamo, y son responsables de la integración de varios reflejos, incluyendo los visuales (p. ej., alejarse de manera automática de objetos peligrosos cuando se acercan visualmente), reflejos auditivos (p. ej., voltear de manera automática hacia el sonido) y reflejos de equilibrio (mantener automáticamente la cabeza derecha) (Scanlon y Sanders, 2007).

PUENTE. El puente es la estructura bulbosa que está entre el cerebro medio y la médula (ver figura 3-2). Está compuesta por grandes paquetes de fibras y forma una conexión importante entre el cerebelo y el tallo cerebral. También contiene las conexiones centrales de los nervios craneales V hasta VIII y los centros respiratorios y el tono de músculo esquelético.

MÉDULA. La médula proporciona una vía para todos los extractos ascendentes y descendentes; contiene centros vitales que regulan la frecuencia cardiaca, presión arterial y respiración; además de los centros de reflejos para tragar, estornudar, toser y vomitar (Scanlon y Sanders, 2007). Contiene también los núcleos para los nervios craneales IX hasta XII. La médula, el puente y el mesencéfalo forman la estructura conocida como tallo cerebral, estructuras que pueden identificarse en la figura 3-2.

CEREBELO. El cerebelo está separado del tallo cerebral por el cuarto ventrículo, conectado hacia abajo con el tallo por medio de tres bandas de fibras. Está situado justo debajo de los lóbulos occipitales del cerebro (ver figuras 3-1 y 3-2). Sus funciones están relacionadas con el movi-

miento involuntario, como es el tono muscular, la coordinación y el mantenimiento de la postura y el equilibrio.

Tejido Nervioso

NEURONA. El tejido del SNC consiste de células nerviosas llamadas neuronas que generan y transmiten impulsos electroquímicos. La estructura de una neurona se compone de **cuerpo celular**, un **axón** y las **dendritas**. El cuerpo celular contiene el núcleo y es esencial para la vida de la neurona. Las dendritas son protuberancias que transmiten impulsos hacia el cuerpo de la célula; el axón transmite impulsos hacia afuera de la misma. Las células llamadas *neuronas aferentes* (o *sensoriales*) llevan impulsos de la periferia al SNC, donde se interpretan en varias sensaciones. Por su parte, las *neuronas eferentes* (o *motoras*) llevan impulsos desde el SNC hasta los músculos y glándulas de la periferia. Existen células de un tercer tipo, llamadas *interneuronas*, presentes completamente dentro del SNC y forman el 99% de todas las células nerviosas. Pueden transmitir sólo impulsos sensoriales o motores, o servir como integradores en las vías entre las neuronas aferentes y eferentes. Participan en gran parte de las funciones de pensamiento, sentimiento, aprendizaje, lenguaje y memoria.

SINAPSIS. Algunos mensajes pueden ser procesados sólo a través de algunas neuronas, mientras otras pueden necesitar de miles de conexiones neuronales. Las neuronas que transmiten los impulsos en realidad no se tocan unas con otras, existe una unión entre dos neuronas llamada **sinapsis**, la cual presenta un pequeño espacio entre las terminales del axón de una neurona y el cuerpo celular o las dendritas de otra y se llama *brecha sináptica*. Las neuronas que conducen impulsos hacia la sinapsis son llamadas *neuronas presinápticas* y las que conducen impulsos fuera se llaman neuronas *postsinápticas* (figura 3-4).

Neurotransmisores

Los químicos llamados **neurotransmisores** se almacenan en las terminales del axón de las neuronas presinápticas, los impulsos eléctricos causan su liberación en la brecha sináptica. El neurotransmisor se combina con **sitios receptores** en la neurona postsináptica, lo que genera otro impulso eléctrico (figura 3-4).

Los neurotransmisores son responsables de las funciones esenciales de emociones y comportamientos humanos. También son blancos para los mecanismos de acción de muchos medicamentos psicótropicos. Después de que un neurotransmisor ha llevado a cabo su función en la brecha sináptica, regresa a las vesículas en las terminales del axón y se reutiliza, o es inactivado y disuelto por enzimas. El proceso de ser almacenado para volver a utilizarse se llama *recaptación*, función que tiene gran importancia

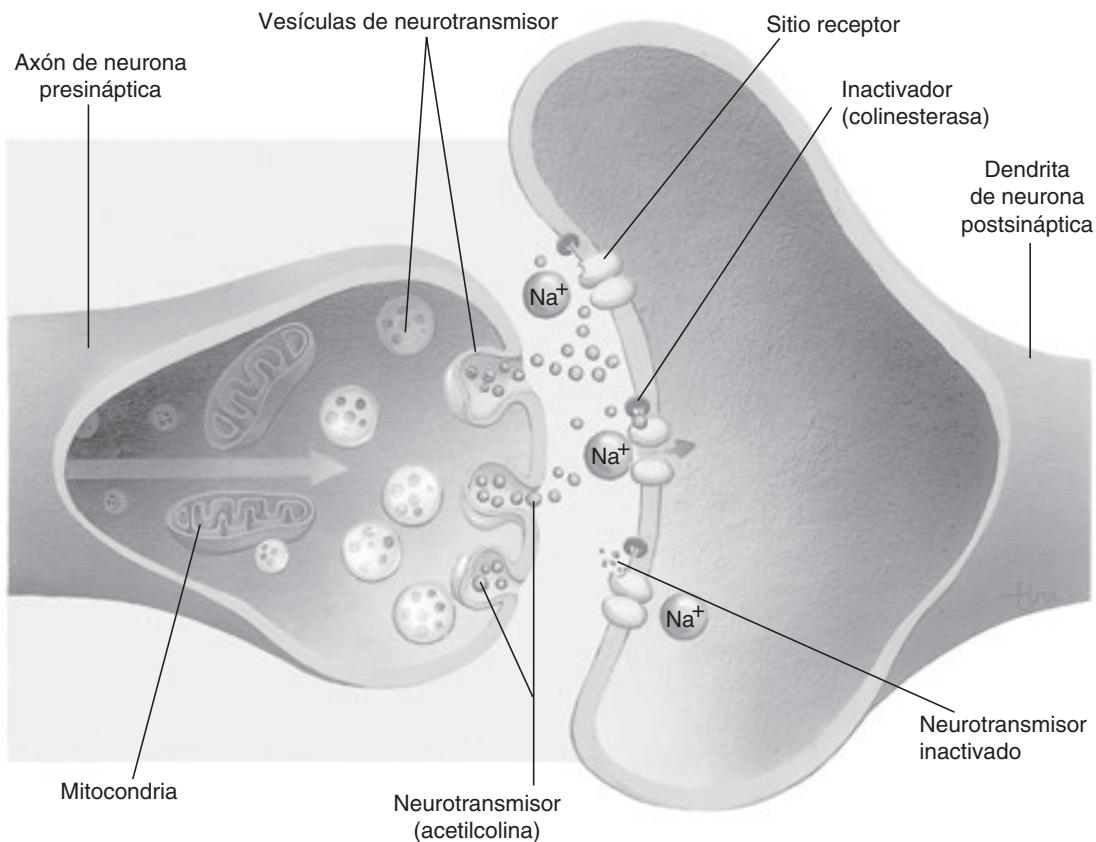


FIGURA 3-4 Transmisión del impulso en una sinapsis. La flecha indica la dirección del impulso eléctrico. (Fuente: Scanlon, VC y Sanders, T: *Essentials of Anatomy and Physiology*, ed. 5. F.A. Davis, Philadelphia, 2007, con autorización.)

para entender el mecanismo de acción de ciertos fármacos psicotrópicos.

Existen muchos neurotransmisores en los sistemas nerviosos central y periférico, pero sólo algunos tienen importancia para la psiquiatría. El mayor número de categorías incluyen los colinérgicos, monoaminas, aminoácidos y neuropéptidos.

Colinérgicos

ACETILCOLINA. Es el primer químico identificado y aprobado como neurotransmisor.

- Localización:** Es un importante químico que actúa en el sistema nervioso autónomo (SNA), ya que produce actividad en todas las terminales nerviosas presinápticas simpáticas y parasimpáticas. Es sumamente importante en la neurotransmisión que se presenta en las uniones de nervios y músculos. En el SNC las neuronas de acetilcolina inervan la corteza cerebral, el hipocampo y las estructuras límbicas. Las vías son especialmente densas en toda el área de los ganglios basales en el cerebro.

- Funciones:** La acetilcolina participa en el sueño, al despertar, en la percepción del dolor, la modulación y coordinación del movimiento, además de la adquisición y retención de la memoria.

- Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** Los mecanismos colinérgicos pueden tener alguna función en ciertas alteraciones motrices y de la memoria, tales como Parkinson, Huntington y Alzheimer. Se ha relacionado la acetilcolina en elevadas concentraciones con depresión.

Monoaminas

NOREPINEFRINA. La norepinefrina es el neurotransmisor relacionado con síntomas del síndrome “huir o pelear” que se presentan en respuesta al estrés.

- Localización:** La norepinefrina se encuentra en las terminales nerviosas postsinápticas simpáticas del SNA. En el SNC, las vías de norepinefrina se originan en el puente y médula, inervan el tálamo, hipotálamo dorsal, sistema límbico, hipocampo, cerebelo y corteza cerebral.

- **Funciones:** La norepinefrina participa en la regulación del estado de ánimo, en funciones de conocimiento y percepción, en el funcionamiento cardiovascular, y en el sueño y en el despertar.
 - **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** El mecanismo de transmisión de la norepinefrina se ha relacionado con ciertas alteraciones del ánimo tales como la depresión y manía, estados de ansiedad y esquizofrenia (Sadock y Sadock, 2003). Se piensa que las concentraciones de este neurotransmisor puedan estar disminuidas en trastornos de depresión y aumentados en manía, estados de ansiedad y en esquizofrenia.
- DOPAMINA.** La dopamina se deriva del aminoácido tirosina y participa en la activación física del cuerpo.
- **Localización:** Las vías de dopamina surgen del mesencéfalo y el hipotálamo, terminan en la corteza frontal, sistema límbico, ganglios basales y tálamo. Las neuronas de dopamina en el hipotálamo inervan la hipófisis posterior y los prevenientes del hipotálamo posterior se proyectan hacia la médula espinal.
 - **Funciones:** La dopamina interviene en la regulación de movimientos y en la coordinación, en las emociones, en la capacidad voluntaria en la toma de decisiones y, debido a su influencia, inhibe la liberación de prolactina en la glándula hipófisis (Sadock y Sadock, 2003).
 - **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** Se han relacionado las bajas concentraciones de dopamina con la etiología del Parkinson y en depresión (Sadock y Sadock, 2003). Las concentraciones elevadas se relacionan con manía (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003) y esquizofrenia (Ho, Black y Andreasen, 2003).

SEROTONINA. La serotonina es un derivado del aminoácido triptófano proveniente de la dieta. Los antidepresivos selectivos, inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) bloquean la recaptación de este neurotransmisor para aumentar las concentraciones en el cerebro.

- **Localización:** Las vías de serotonina se originan en los cuerpos celulares localizados en el puente y la médula, se proyectan hacia áreas que incluyen el hipotálamo, el tálamo, el sistema límbico, la corteza cerebral, el cerebelo y la médula espinal. La serotonina que no vuelve a ser almacenada en las vesículas terminales del axón se catabolizan por la enzima monoaminoxidasa (MAO).
- **Funciones:** La serotonina puede participar en funciones del sueño y el despertar, libido, apetito, estados de ánimo, agresión y percepción del dolor.
- **Posibles implicaciones para enfermedades mentales:** En concentraciones altas se relaciona con esquizofrenia y estados de ansiedad (Sadock y Sadock, 2003).

En bajas concentraciones, con depresión (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003).

HISTAMINA. Está bien documentada la función de la histamina de las reacciones alérgicas e inflamatorias. Su función en el SNC como neurotransmisor se ha confirmado recientemente, pero la información disponible es limitada.

- **Localización:** Las concentraciones más elevadas de histamina se encuentran en varias regiones del hipotálamo.
- **Funciones:** No está claro el proceso exacto para la histamina en el SNC.
- **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** Algunos datos sugieren que la histamina participa en enfermedades depresivas.

Aminoácidos

ÁCIDO GAMMA-AMINOBUTÍRICO (GABA). Se relaciona con interneuronas cortas de inhibición, aunque se han identificado algunas vías de axón largo dentro del cerebro.

- **Localización:** Tiene amplia distribución en el SNC, con concentraciones elevadas en el hipotálamo, el hipocampo, la corteza, el cerebelo y los ganglios basales del cerebro; en la materia gris del cuerno dorsal de la médula espinal, y en la retina.
- **Funciones:** Interrumpe el avance del impulso eléctrico en la unión sináptica, lo que produce una importante baja de actividad corporal.
- **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** En bajas concentraciones se relaciona con la etiología de trastornos de ansiedad, trastornos del movimiento como la enfermedad de Huntington, y varias formas de epilepsia.

GLICINA. La glicina también se considera un aminoácido inhibidor.

- **Localización:** Las concentraciones más elevadas de glicina en el SNC se encontraron en la médula espinal y en el tallo cerebral.
- **Funciones:** La glicina parece participar en la inhibición recurrente de neuronas motoras en la médula espinal y es posible que regule los reflejos medulares y del tallo cerebral.
- **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** Las concentraciones disminuidas de glicina se han relacionado con la patogenia de ciertos tipos de trastornos espásticos. La acumulación tóxica del neurotransmisor en el cerebro y en el líquido cefalorraquídeo puede provocar “encefalopatía por glicina” (Hamosh, 2005).

GLUTAMATO. Este neurotransmisor parece ser principalmente excitatorio.

- **Localización:** Se ha encontrado glutamato en las células piramidales de la corteza, en el cerebelo y en los sistemas aferentes sensoriales primarios, así como en el hipocampo, tálamo, hipotálamo y médula espinal.
- **Funciones:** El glutamato funciona en las retransmisiones de información sensorial y en la regulación de varios reflejos motores y espinales.
- **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** Se ha relacionado mayor actividad de los receptores en la etiología de ciertos trastornos neurodegenerativos, tales como enfermedad de Parkinson. La disminución en la actividad de los receptores puede inducir a un comportamiento psicótico.

Neuropéptidos

ENDORFINA Y ENCEFALINAS. Estos neurotransmisores también se conocen como péptidos opioides.

- **Localización:** Se han encontrado en varias concentraciones en el hipotálamo, tálamo, estructuras límbicas, mesencéfalo y tallo cerebral. Las encefalinas también se encuentran en el aparato gastrointestinal.
- **Función:** Por tener propiedades naturales semejantes a la morfina se considera que tienen una función en la modulación del dolor.
- **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** La modulación de la actividad de la dopamina por péptidos opioides puede indicar alguna relación con los síntomas de esquizofrenia.

SUSTANCIA P. La sustancia P fue el primer neurotransmisor que se descubrió.

- **Localización:** Está presente en el hipotálamo, en las estructuras límbicas, en el mesencéfalo y en el tallo cerebral en grandes concentraciones, también se ha encontrado en el tálamo, en los ganglios basales y en la médula espinal.
- **Funciones:** Se piensa que la sustancia P participa en la transmisión sensorial, en particular en la regulación del dolor.
- **Posibles implicaciones para las enfermedades mentales:** Se han encontrado bajas concentraciones en la sustancia negra de los ganglios basales en pacientes con enfermedad de Huntington.

SOMATOSTATINA. La somatostatina también es llamada hormona inhibidora de la hormona del crecimiento.

- **Localización:** Se encuentra en la corteza cerebral, en el hipocampo, en el tálamo, en los ganglios basales, en el tallo cerebral y en la médula espinal.
- **Funciones:** Como neurotransmisor, la somatostatina tiene efectos inhibidores y excitadores. Dependiendo

de la parte del cerebro afectada, se ha demostrado que estimula la dopamina, serotonina, norepinefrina y acetilcolina; e inhibe la norepinefrina, la histamina y el glutamato. También actúa como neuromodulador para la serotonina en el hipotálamo, por tanto regula su liberación (p. ej., determina si es estimulada o inhibida). Es posible que la función de la somatostatina pueda servir también para otros neurotransmisores.

- **Posibles implicaciones para enfermedades mentales:** Se han reportado altas concentraciones de somatostatina en cerebros de pacientes con enfermedad de Huntington; en pacientes con enfermedad de Alzheimer las concentraciones reportadas son bajas

Médula Espinal

El segundo componente principal del SNC es la médula espinal; transmite impulsos hacia y desde el cerebro y es el centro en el que se integran los reflejos de la médula espinal (Scanlon y Sanders, 2007).

TRACTOS FIBROSOS. Un corte transverso de la médula espinal revela un área de materia gris en la parte central de los cuerpos celulares de las neuronas motoras e interneuronas. Alrededor de la parte externa de la médula se encuentra un área de materia blanca, ahí las fibras están cubiertas por una sustancia lípida blanca llamada mielina. Los tractos medulares ascendentes transmiten impulsos sensoriales y los descendentes llevan impulsos desde el cerebro hacia la periferia. El centro de la médula espinal contiene líquido cefalorraquídeo y es continuo con los ventrículos del cerebro.

NERVIOS ESPINALES. De la médula espinal emergen 31 pares de nervios que, aunque no tienen nombres, se identifican de acuerdo al nivel de la vértebra de donde salen. En general, los nervios cervicales inervan la parte superior del cuerpo, incluso el diafragma. La mayor parte de los nervios torácicos inervan el tronco, los nervios lumbares y sacros las caderas, la cavidad pélvica y las piernas (Scanlon y Sanders, 2007). El daño en la médula espinal da como resultado la pérdida o trastorno en la función de la parte del cuerpo inervado por los nervios espinales que surgen desde el área lesionada de la médula. La regeneración de las neuronas dañadas depende del grado y gravedad de la lesión y la prontitud del tratamiento.

Sistema Nervioso Periférico

El sistema nervioso periférico (SNP) se compone de los grupos de nervios que conectan el SNC (cerebro y médula espinal) con los receptores, músculos y glándulas en la periferia del cuerpo.

Sistema Aferente

Las neuronas aferentes o sensoriales llevan información desde los receptores en la periferia hacia el SNC (Scan-

lon y Sanders, 2003). Varios receptores responden a estímulos específicos que generan impulsos neuronales al SNC; por ejemplo, los receptores del ojo responden a estímulos luminosos, los de la piel al tacto o a estímulos de dolor, y del oído a los sonidos. Una vez activados, los receptores generan un impulso al SNC para la interpretación de la sensación. Las neuronas sensoriales provenientes de áreas externas del cuerpo, tales como piel, músculos esqueléticos y articulaciones se llaman *somáticos*; provienen de los órganos internos *viscerales* (Scanlon y Sanders, 2007).

Sistema Eferente

Las neuronas eferentes o motoras transmiten información desde el SNC hacia las áreas periféricas del cuerpo, que incluyen músculos esqueléticos, músculos lisos y cardíacos, y las glándulas.

SISTEMA NERVIOSO SOMÁTICO. El sistema nervioso somático está compuesto por fibras que van desde el SNC (ya sea cerebro o médula espinal) hacia las células del músculo esquelético. La excitación de estas neuronas, algunas veces llamadas *neuronas motoras somáticas*, siempre permite la contracción de un músculo esquelético.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO. Las neuronas eferentes del SNA, algunas veces llamadas *neuronas motoras viscerales*, inervan los músculos lisos, el músculo cardíaco y las glándulas. El SNA se divide en *simpático* y *parasimpático*, los cuales tienen funciones opuestas entre sí; esto significa que muchas glándulas y músculos tienen inervación dual; esto es, son estimulados tanto por fibras simpáticas como parasimpáticas. En algunos casos, cuando se aumenta la actividad de uno de estos dos sistemas se inhibe la actividad del otro (figura 3-5).

- **Sistema nervioso simpático.** El sistema nervioso simpático pasa a ser el componente dominante durante situaciones de estrés; esto significa que se activa como respuesta de “uir o pelear” (capítulo 1). Los ejemplos de esta respuesta incluyen aumentos en las frecuencias cardíaca y respiratoria y disminución en la función del tracto gastrointestinal (GI). Los neurotransmisores que participan en la transmisión de impulsos dentro del sistema nervioso incluyen la acetilcolina y la noradrenalina.
- **Sistema nervioso parasimpático.** Éste es el dominante en estado de relajación o cuando no hay estímulos estresantes. La dominancia del parasimpático promueve un funcionamiento eficiente del GI y mantiene las frecuencias respiratoria y cardíaca en reposo. El neurotransmisor encontrado en el sistema nervioso parasimpático es la acetilcolina.

Sistema Neuroendocrino

El **sistema neuroendocrino** se relaciona con la interacción entre los sistemas nervioso y endocrino y las hormonas que reaccionan al estímulo proveniente de las células nerviosas.

Glándula Hipófisis

El tamaño de la glándula hipófisis es apenas el de un chícharo; sin embargo, a pesar de su tamaño y debido al amplio control que tiene en el funcionamiento endocrino en humanos, se le considera la “glándula maestra”, lo cual significa que muchas de las hormonas sujetas a la regulación hipotalámica e hipofisaria pueden tener implicaciones para el funcionamiento del comportamiento. En el cuadro 3-1 se discuten estas hormonas.

La glándula hipofisaria tiene dos lóbulos principales: el lóbulo anterior (también conocido como *adenohipófisis*) y el lóbulo posterior (o *neurohipófisis*) y está bajo control directo del hipotálamo.

Neurohipófisis

El hipotálamo tiene control directo en la hipófisis posterior a través de vías nerviosas neurales eferentes. Las dos hormonas que se encuentran en ella, vasopresina u hormona antidiurética (ADH) y oxitocina, en realidad son producidas por el hipotálamo y almacenadas en la hipófisis posterior; su liberación está regulada por impulsos nerviosos desde el hipotálamo (figura 3-6).

HORMONA ANTIIDIURÉTICA. La principal función de la ADH es conservar el agua corporal y mantener la presión arterial normal, su liberación se estimula por dolor, estrés emocional, deshidratación, aumento de la concentración de plasma o disminución del volumen sanguíneo. Una alteración en la secreción de esta hormona puede ser un factor en la polidipsia, observada en alrededor del 10 al 15% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Otros factores que están relacionados entre sí con este comportamiento incluyen efectos adversos de medicamentos psicotrópicos y características del trastorno de comportamiento en sí mismo. La ADH también tiene una función en el aprendizaje y la memoria, en el trastorno de la respuesta al dolor, y en la modificación de patrones de sueño.

OXITOCINA. La oxitocina estimula la contracción del útero al final de la gestación y provoca la liberación de leche de las glándulas mamarias (Scanlon y Sanders, 2007), aunque también es liberada en situaciones de estrés y durante la excitación sexual. Su función en el comportamiento no es clara, pero es posible que la oxitocina pueda actuar en ciertas situaciones para estimular la liberación de hormona adrenocorticotrópica (ACTH), por tanto

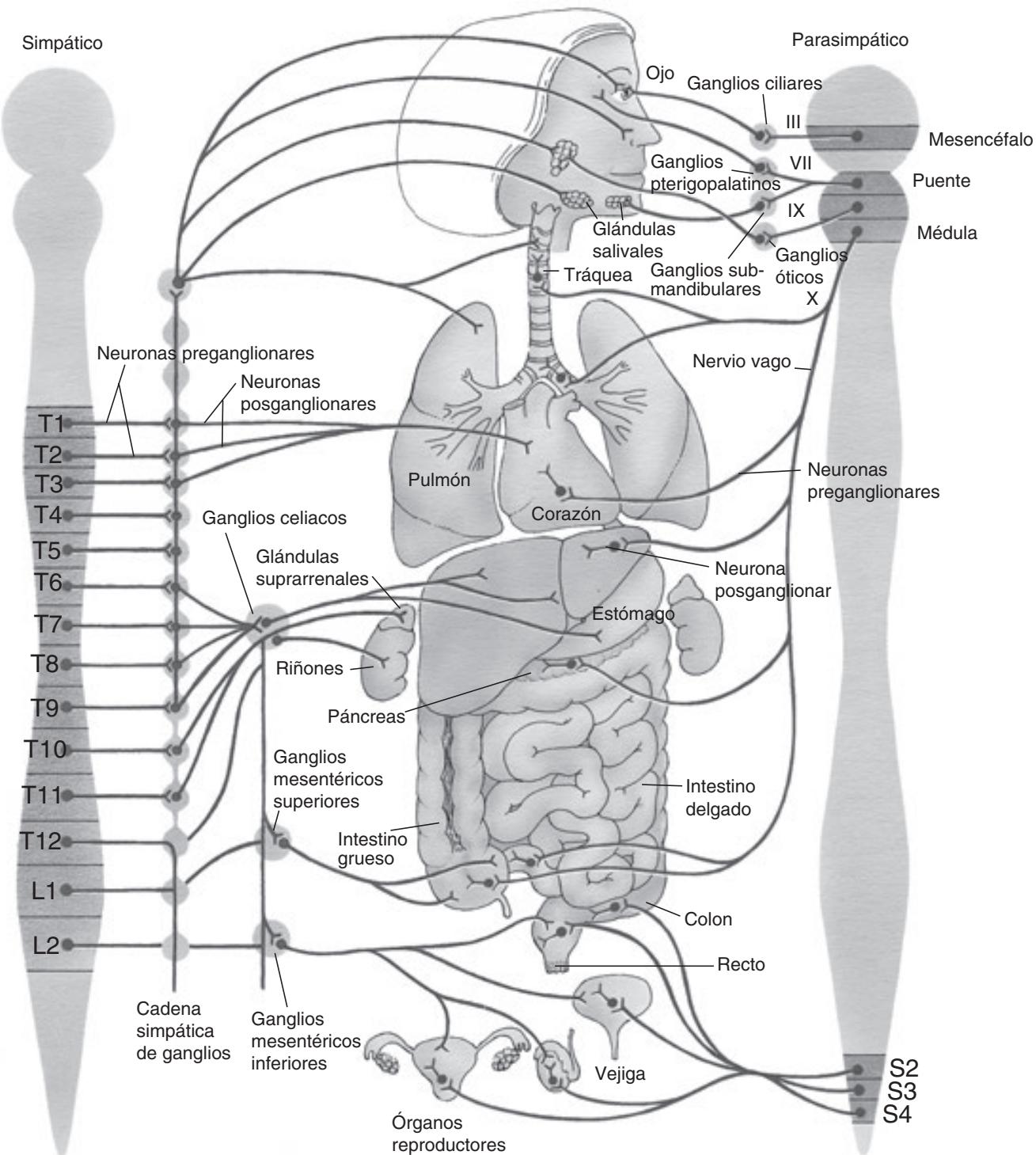


FIGURA 3-5 Sistema nervioso autónomo. (Fuente: Scanlon, VC y Sanders, T: *Essentials of Anatomy and Physiology*, ed. 5. F.A. Davis, Philadelphia, 2007, con autorización.)

tiene una función muy importante en toda la respuesta hormonal al estrés.

Adenohipófisis

El hipotálamo produce las *hormonas liberadoras* que pasan por los capilares y venas del sistema portal hipofisario a

los capilares en la hipófisis anterior, donde estimulan la secreción de hormonas especializadas; esta vía se presenta en la figura 3-6. Las hormonas de la glándula hipofisaria anterior regulan múltiples funciones del organismo e incluyen la hormona estimulante del crecimiento (GH), hormona estimulante de la tiroideas (TSH), ACTH, pro-

CUADRO 3 – 1 Hormonas del Sistema Neuroendocrino

Hormona	Localización y Estimulación para Liberación	Órgano Blanco	Función	Possible Correlación del Comportamiento y Secreción Alterada
Hormona antidiurética	Hipófisis posterior; liberación estimulada por deshidratación, dolor, estrés	Riñones (causa aumento de reabsorción)	Conservación del agua corporal y mantenimiento de la presión arterial	Polidipsia; respuesta alterada al dolor; modificación de los patrones de sueño
Oxitocina	Hipófisis posterior; liberación estimulada al término de la gestación, estrés, excitación sexual	Útero y glándula mamaria	Contracción del útero para el parto; liberación de leche	Puede participar en la respuesta al estrés por estimulación de ACTH
Hormona del crecimiento	Hipófisis anterior; liberación estimulada por la hormona liberadora de la hormona del crecimiento del hipotálamo	Huesos y tejidos	Crecimiento en niños; síntesis de proteínas en adultos	Anorexia nerviosa
Hormona estimulante de la tiroídes	Hipófisis anterior; liberación estimulada por hormona liberadora de la tirotropina del hipotálamo	Glándula tiroídes	Estimulación de la secreción de las hormonas tiroídeas necesarias para el metabolismo de los alimentos y regulación de la temperatura	Aumento de concentración: insomnio, ansiedad, inestabilidad emocional; concentraciones disminuidas: depresión y fatiga
Hormona adrenocorticotrópica	Hipófisis anterior; liberación estimulada por hormona liberadora de corticotropina del hipotálamo	Corteza suprarrenal	Estimulación de la secreción de cortisol, la cual es importante en la respuesta al estrés	Incremento en los niveles: desórdenes de la conducta, psicosis; decremento en los niveles: depresión, apatía y fatiga
Prolactina	Hipófisis anterior; liberación estimulada por hormona liberadora de prolactina del hipotálamo	Glándula mamaria	Estimulación de la producción de leche	Concentraciones aumentadas: depresión, ansiedad, libido disminuida, irritabilidad
Hormona gonadotrópica	Hipófisis anterior; liberación estimulada por hormona liberadora de gonadotropinas del hipotálamo	Ovarios y testículos	Estimulación de la secreción de estrógeno, progesterona y testosterona; participa en la ovulación y producción de espermatozoides	Concentraciones disminuidas: depresión y anorexia nerviosa; Aumento de testosterona: mayor actividad sexual y agresividad
Hormona estimulante de los melanocitos	Hipófisis anterior; liberación estimulada por inicio de la oscuridad	Glándula pineal	Estimulación de la secreción de melatonina	Concentraciones aumentadas: depresión

lactina, hormona estimulante de gonadotropinas, y la hormona estimulante de los melanocitos (MSH) son reguladas por un mecanismo de *retroalimentación negativa*, es decir, una vez que la hormona ha ejercido sus efectos, la información es “regresada” a la hipófisis anterior, lo que inhibe su liberación, y a su vez se disminuyen los efectos de las hormonas estimulantes.

HORMONA DEL CRECIMIENTO. La liberación de GH, también llamada somatotropina, es estimulada por la hormona liberadora de la hormona del crecimiento (GHRH), proveniente del hipotálamo. Su liberación es inhibida por la hormona inhibidora de la hormona del crecimiento (GHIH), o somatostatina, también proveniente del hipotálamo. La GH es responsable del crecimiento de los niños y la síntesis continua de proteínas durante toda la vida. Durante períodos de ayuno, estimula

la liberación de grasa del tejido adiposo para aumentar la energía. La liberación de GHIH es estimulada en respuesta a los períodos de hiperglucemia. La GHRH es estimulada como respuesta a la hipoglucemia y situaciones estresantes. Durante situaciones de estrés prolongado, la GH tiene efecto directo en el metabolismo de proteínas, carbohidratos y lípidos, lo que ocasiona una mayor cantidad de glucosa en suero y ácidos grasos para aumentar la energía. Ha habido cierta indicación de una posible correlación entre la secreción anormal de la hormona del crecimiento y la anorexia nerviosa.

HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES. La hormona liberadora de la tirotropina proveniente del hipotálamo, estimula la liberación de TSH o de tirotropina de la hipófisis anterior. La TSH estimula la glándula tiroídes para que ésta secrete triyodotironina (T_3) y tiroxi-

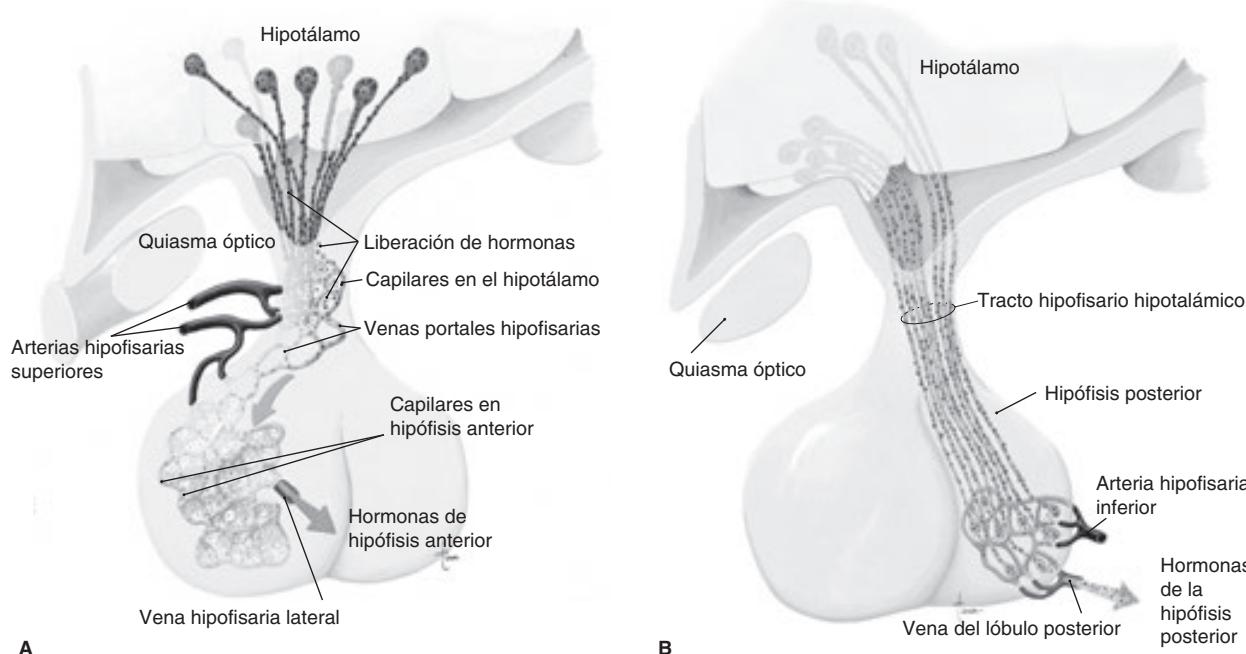


FIGURA 3-6 Regulación hipotalámica de las hormonas hipofisarias. (A) Se liberan las hormonas del hipotálamo a la circulación directamente hacia la hipófisis anterior. (B) Almacenamientos hipofisarios posteriores de hormonas producidas en el hipotálamo. (Fuente: Scanlon, VC y Sanders, T: *Essentials of Anatomy and Physiology*, ed. 5. F.A. Davis, Philadelphia, 2007, con autorización.)

na (T_4), esenciales para el metabolismo de los alimentos y la regulación de la temperatura.

Se ha observado una correlación entre la disfunción de la tiroides y algunas alteraciones en el funcionamiento del comportamiento; el hipertiroidismo se caracteriza por irritabilidad, insomnio, ansiedad, inquietud, pérdida de peso e inestabilidad emocional. En algunos casos, los síntomas psiquiátricos graves, tales como alteraciones en la memoria y orientación, excitación maníaca, delirios y alucinaciones, son evidentes (Sadock y Sadock, 2007). La fatiga, sobrepeso, intolerancia al frío, depresión, hipermania, pensamiento lento y delirio se han relacionado con hipotiroidismo. Por otra parte, existen estudios que han tenido varias formas de disfunción tiroidea con alteraciones del ánimo, ansiedad, trastornos de alimentación, esquizofrenia y demencia.

HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA. La hormona liberadora de la corticotropina (CRH) proveniente del hipotálamo estimula la liberación de ACTH que surge de la hipófisis anterior, que, a su vez, estimula la corteza suprarrenal para secretar cortisol, y cuya función en el comportamiento en humanos no está bien entendida, aunque parece secretarse en situaciones de estrés. Los trastornos de la corteza suprarrenal pueden ocasionar hiposecreción o hipersecreción de cortisol.

La enfermedad de Addison es el resultado de hiposecreción de las hormonas de la corteza suprarrenal, y los síntomas de comportamiento de ésta incluyen cambios de

humor con retraimiento y apatía social, alteraciones del sueño, concentración disminuida y fatiga. La hipersecreción de cortisol provoca enfermedad de Cushing y se relaciona con comportamientos de depresión, manía, psicosis e ideas suicidas; también se observan con frecuencia alteraciones cognitivas.

PROLACTINA. Las concentraciones de prolactina en suero están reguladas por las hormonas liberadora e inhibidora de la prolactina provenientes del hipotálamo. Esta hormona estimula la producción de leche en las glándulas mamarias en presencia de grandes concentraciones de estrógeno y progesterona durante la gestación. Los síntomas de comportamientos relacionados con la hipersecreción de prolactina incluyen depresión, disminución de libido, intolerancia al estrés, ansiedad y mayor irritabilidad.

HORMONAS GONADOTRÓPICAS. Las hormonas gonadotrópicas son llamadas así porque producen efectos en las gónadas, o sea, ovarios y testículos. Las gonadotropinas incluyen la hormona estimulante de folículos (FSH) y hormona luteinizante (LH), su liberación de la hipófisis anterior es estimulada por la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) proveniente del hipotálamo. En las mujeres, la FSH inicia la maduración de los folículos ováricos en ovocitos y estimula la secreción por parte de los folículos de estrógeno. La LH estimula la ovulación y la secreción de progesterona por parte del cuerpo lúteo.

En los hombres, la FSH estimula la producción de espermatozoides en los testículos; la LH aumenta la

secreción de testosterona en las células intersticiales del testículo (Scanlon y Sanders, 2007). Las gonadotropinas están reguladas por una retroalimentación negativa de las hormonas gonadales en el hipotálamo o en la hipófisis.

Existe evidencia limitada para correlacionar las gonadotropinas con el comportamiento, aunque se han hecho algunas observaciones desde el punto de vista hipotético. Existen estudios que indican concentraciones bajas de testosterona, LH y FSH en hombres deprimidos; asimismo, se ha relacionado mayor actividad sexual y agresividad, tanto en hombres como en mujeres, con elevadas concentraciones de testosterona. Las bajas concentraciones en plasma de LH y FSH se observan con frecuencia en pacientes con anorexia nerviosa; por otra parte, el tratamiento con estrógeno mejora el estado de ánimo en algunas mujeres deprimidas.

HORMONA ESTIMULANTE DE MELANOCITOS. La hormona estimulante de melanocitos (MSH) proveniente del hipotálamo estimula la glándula hipofisaria para que secrete melatonina, cuya liberación aumenta en la oscuridad y es suprimida por la luz. Estudios con esta hormona indican que la luz ambiental puede afectar la actividad neuronal e influir en los ritmos circadianos. La correlación entre la secreción anormal de melatonina y los síntomas de depresión ha llevado a implicarla en la etiología de alteraciones del estado de ánimo con patrones estacionales, en los cuales el individuo se deprime sólo durante los meses de otoño e invierno, cuando la luz de día disminuye.

IMPLICACIONES PARA LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Se piensa que cierto número de trastornos mentales tienen bases biológicas, como se estableció con anterioridad; esto no significa que se descarten por completo las influencias psicosociales y socioculturales, ya que los sistemas biológico, psicológico y sociológico están interactuando. Esto ha sido señalado con claridad, por el hecho de que los individuos experimentan cambios biológicos en respuesta a varios eventos ambientales. En verdad, son sólo una explicación etiológica para las enfermedades psiquiátricas.

Esquizofrenia

Anomalías del Cerebro

Algunos estudios han demostrado un aumento significativo en el tamaño ventricular cerebral en individuos con esquizofrenia, también se ha observado dilatación del “sulci” y de las fisuras. Muchos estudios han indicado que el tamaño del lóbulo temporal también puede estar disminuido en la esquizofrenia (Ho, Black, y Andreasen, 2003).

Las asimetrías cerebrales funcionales se presentan de manera normal, pues están relacionadas con la comprensión del lenguaje y la producción del habla. Estudios computarizados realizados en poblaciones de esquizofrénicos han sugerido que algunos individuos con el trastorno muestran asimetría cerebral anormal, volumen cerebelar reducido y cambios en la densidad cerebral (Sadock y Sadock, 2003).

Cierto número de estudios han informado la neuropatología identificada en los cambios histológicos de los cerebros de individuos con esquizofrenia (Ho, Black y Andreasen, 2003). Es notable que las regiones que presentan cambios incluyan el sistema límbico, el tálamo, los ganglios basales, el hipocampo y la corteza frontal.

Hipótesis del Neurotransmisor

La hipótesis del neurotransmisor sugiere que la esquizofrenia (o los síntomas semejantes) pueden ser causados por un exceso de actividad neuronal dependiente de dopamina en el cerebro (Sadock y Sadock, 2003). Esto puede relacionarse con el aumento en la producción o liberación de la sustancia en terminales nerviosas, mayor sensibilidad de receptores o actividad reducida del antagonista de dopamina.

Otros bioquímicos han sido implicados en la predisposición a la esquizofrenia, esto es, han sugerido anomalías en los neurotransmisores de norepinefrina, serotonina, acetilcolina y GABA, así como en los neuropeptídos, tales como las prostaglandinas y endorfinas.

Possible Correlación Endocrina

Aunque se desconoce el mecanismo exacto puede existir una correlación entre las bajas concentraciones de la hormona prolactina y la esquizofrenia. El neurotransmisor dopamina, elevado en la esquizofrenia, actúa como el factor inhibidor de la prolactina. Por otra parte, debido a la disminución de dopamina, los medicamentos antipsicóticos aumentan la síntesis de prolactina y su liberación. Los síntomas negativos en la esquizofrenia pueden estar relacionados con las bajas concentraciones de prolactina (Sadock y Sadock, 2003).

Alteraciones del Estado de Ánimo

Consideraciones Neuroquímicas

Los síntomas de los trastornos del ánimo, al igual que los hallazgos en las investigaciones biológicas, apoyan la hipótesis de que este tipo de trastornos incluyen la patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003). El sistema límbico tiene una función muy importante en la descarga de emociones.

La postura encorvada, lentitud motora y las alteraciones cognitivas leves de la depresión, indican que están afectados los ganglios basales. Por otro lado se sugiere disfunción del hipotálamo debido a alteraciones del sueño, del apetito y del comportamiento sexual.

Hipótesis del Neurotransmisor

Los primeros estudios han relacionado los síntomas de depresión con una deficiencia funcional de norepinefrina y dopamina; y la manía con un exceso funcional de estas aminas. El neurotransmisor serotonina parece estar en bajas concentraciones en ambos padecimientos. Se ha identificado la norepinefrina como el componente clave en la movilización del cuerpo para tratar situaciones estresantes. Las neuronas que contienen serotonina están críticamente afectadas en la regulación de diversas funciones como el sueño, la temperatura, la sensibilidad al dolor, el apetito, la actividad locomotora, las secreciones endocrinas y los estados de ánimo. Se cree que la concentración de dopamina en el sistema mesolímbico del cerebro ejerce una fuerte influencia en el ánimo y el comportamiento. Un aporte disminuido de estas aminas biogénicas inhibe la transmisión de impulsos desde una fibra neuronal a otra, lo cual causa una falla de las células para activar o ser activada.

Possible Correlación Endocrina

En pacientes con depresión, el sistema normal de inhibición de hormonas falla provocando una hipersecreción de cortisol. Esta elevación de cortisol en el suero es la base para la prueba de supresión de dexametasona utilizada algunas veces para determinar si un individuo tiene depresión tratable de manera somática.

El hipotiroidismo también se relaciona con depresión, observándose disminución de TSH proveniente de la hipófisis anterior en respuesta a la administración del factor liberador de tirotropina en aproximadamente 25% de las personas deprimidas. El hipertiroidismo ha sido relacionado con síntomas de manía aguda.

Puede existir una correlación entre la secreción anormal de melatonina de la glándula hipofisaria y trastornos del estado de ánimo con patrón estacional, en el cual los individuos se deprimen sólo durante los meses de otoño e invierno, cuando la secreción de melatonina aumenta en respuesta a cantidades disminuidas de luz diurna.

Alteraciones de Ansiedad

Consideraciones Neuroanatómicas

El sistema límbico ha sido el foco de estudio en la correlación de la patología del cerebro y los trastornos de ansiedad. La estimulación de esta área ha producido res-

puestas de ansiedad y miedo en primates no humanos (Sadock y Sadock, 2003). Se considera que el giro del cíngulo del sistema límbico participa en la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); también se ha relacionado la corteza temporal como sitio fisiopatológico en alteraciones de ansiedad, en particular en trastorno obsesivo-compulsivo.

Hipótesis del Neurotransmisor

Los neurotransmisores más relacionados con trastornos de ansiedad incluyen la norepinefrina, serotonina y GABA. La primera causa hiperexcitación y ansiedad, así como concentraciones elevadas en la etiología del trastorno de pánico. La serotonina puede tener una función en los comportamientos relacionados con alteraciones obsesivas-compulsivas; esta hipótesis se apoya en la observación de los efectos cuando se trata a los pacientes con SSRI, como fluoxetina y clomipramina. El GABA es un neurotransmisor que inhibe la excitación postsináptica que interrumpe el progreso del impulso eléctrico en la unión sináptica. El aumento del sistema GABA es el mecanismo de acción por el cual las benzodiacepinas producen su efecto calmante en el tratamiento de alteraciones de ansiedad.

Possible Correlación Endocrina

Se ha observado elevación de los niveles de TSH y prolactina en individuos con trastorno de ansiedad. Algunos individuos con trastornos obsesivos-compulsivos presentan un incremento de los niveles de cortisol (similares a aquellos vistos en desórdenes depresivos). La función de la desregulación neuroendocrina en la etiología de desórdenes de ansiedad no ha sido bien determinada.

Anorexia Nerviosa

Consideraciones Neuroanatómicas

Algunos estudios con tomografía computarizada (CT) han revelado aumento de los espacios de líquido cefalorraquídeo (LCR) (agrandamiento de sulci y de los ventrículos) durante períodos de ayuno en individuos con anorexia nerviosa (Sadock y Sadock, 2003). Este hallazgo parece revertirse por sí mismo al aumentar el peso corporal.

Hipótesis del Neurotransmisor

Estudios preliminares han indicado que probablemente se presente falta de regulación de la dopamina, serotonina y norepinefrina en los individuos con anorexia nerviosa (Halmi, 2003). Se han encontrado niveles bajos de producción de serotonina en pacientes con bulimia, anorexia y concentraciones bajas de norepinefrina. En pacientes

con anorexia de largo plazo se ha ganado peso en al menos 15% de su rango normal.

Possible Correlación Endocrina

Se han dado algunas especulaciones en relación con la disfunción hipotalámica primaria en anorexia nerviosa; estudios consistentes con esta hipótesis han revelado elevación del cortisol en LCR y tal vez alteraciones de la regulación dopaminérgica en personas con anorexia (Halimi, 2003). La participación etiológica de la disfunción hipotalámica se considera evidencia adicional, por el hecho de que muchas pacientes con anorexia experimentan amenorrea antes de mostrar inanición y pérdida de peso significativa.

Enfermedad de Alzheimer

Consideraciones Neuroanatómicas

La observación del cerebro de un individuo con Alzheimer revela atrofia difusa grave con agrandamiento del sulci y de los ventrículos cerebrales (Cummings y Mega, 2003). Los hallazgos microscópicos incluyen placas seniles, tramas neurofibrilares y pérdida neuronal.

Hipótesis del Neurotransmisor

De acuerdo con algunas investigaciones, en el cerebro de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer la enzima necesaria para producir acetilcolina está disminuida, lo

cual lleva a una reducción en la cantidad de este neurotransmisor a las células de la corteza y del hipocampo. Se cree que la norepinefrina y la somatostatina disminuyen cuando se manifiesta este padecimiento. Se han relacionado concentraciones disminuidas de estos neurotransmisores en la fisiopatología de esta enfermedad.

Possible Correlación Endocrina

Se ha informado que la hormona corticotrópica está reducida en la enfermedad de Alzheimer (Sadock y Sadock, 2003).

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO PARA DETECTAR ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN CEREBRAL

Se utilizan varios procedimientos para descubrir alteraciones en la función biológica que pueden contribuir para los trastornos psiquiátricos. La explicación de varios exámenes, la técnica utilizada, el propósito del examen y los posibles hallazgos se resumen en el cuadro 3-2.

Electroencefalografía

Técnica

Para un electroencefalograma (EEG) se colocan electrodos en el cuero cabelludo en una posición estandarizada.

CUADRO 3 – 2 Procedimientos de Diagnóstico Utilizados para Detectar Funcionamiento Cerebral Alterado

Examen	Propósito	Técnica
<i>Electroencefalografía (EEG)</i>	Medir actividad eléctrica del cerebro	Los electrodos se colocan en el cuero cabelludo para medir la amplitud y frecuencia de las ondas cerebrales. Los resultados se registran gráficamente.
<i>Mapeo cerebral</i>	Medir actividad eléctrica cerebral. Utilizado principalmente en investigación	Los trazos de EEG se resumen. Se identifican las regiones del cerebro y su funcionamiento es interpretado por un código de colores y sombreado gris.
<i>Tomografía computarizada (CT)</i>	Medir con exactitud la estructura cerebral	Se toman rayos X de varios planos transversos del cerebro. El análisis por computadora reconstruye la imagen de cada segmento.
<i>Imagen por resonancia magnética (MRI)</i>	Medir estado anatómico y bioquímico de varios segmentos del cerebro	Se libera energía dentro de un fuerte campo magnético, la cual es computarizada y transformada en una imagen.
<i>Tomografía de emisión de positrones (PET)</i>	Medir actividad específica y funcionamiento del cerebro	Se inyecta una sustancia radioactiva. Los detectores de la misma registran los datos en una computadora que interpreta las señales y produce la imagen. Los diferentes colores indican el grado de actividad cerebral.
<i>Tomografía computarizada por emisión de un solo fotón (SPECT)</i>	Medir actividad y funcionamiento del cerebro	La técnica es similar a PET, pero utiliza una sustancia de acción prolongada y diferentes detectores.

Se registra la amplitud y frecuencia de las ondas cerebrales beta, alfa, teta y delta en papel con marcadores de tinta en varias áreas de la superficie cerebral.

Propósito/Posibles Hallazgos

El EEG mide la actividad eléctrica del cerebro e identifica disritmias, asimetrías o la supresión de los ritmos cerebrales. Se utiliza en el diagnóstico de la epilepsia, ataques, enfermedades neoplásicas, metabólicas o degenerativas.

Planificación del EEG Computarizado

Técnica

Los trazos del EEG, también llamados mapeo cerebral, se resumen en sistemas asistidos por computadora, en los cuales se identifican varias regiones del cerebro, y su función es interpretada por el código de color o el sombreado gris.

Propósito/Posibles Hallazgos

La planificación del EEG computarizado mide la actividad eléctrica del cerebro y se utiliza en gran parte para relacionar estadísticas entre individuos y grupos, o entre dos poblaciones de sujetos (p. ej., pacientes con esquizofrenia contra sujetos control).

Exploración con Tomografía Computarizada

Técnica

La exploración con tomografía computarizada (CT) puede ser utilizada con o sin medio de contraste. Las películas de rayos X se toman de varios planos transversos del cerebro mientras que el análisis produce una imagen precisa reconstruida de cada segmento.

Propósito/Posibles Hallazgos

La exploración con CT mide la exactitud de la estructura cerebral para mostrar posibles lesiones, abscesos, áreas de infarto o aneurismas. Esta tecnología también ha sido usada para identificar diferencias anatómicas en pacientes con esquizofrenia, alteraciones mentales orgánicas y trastorno bipolar.

Imagen por Resonancia Magnética

Técnica

En la técnica de imagen por resonancia magnética (MRI), dentro de un fuerte campo magnético los núcleos de átomos de hidrógeno se absorben y se reemite energía electromagnética computarizada y transformada en una

imagen de información. No se utiliza radiación ni medios de contraste.

Propósito/Posibles Hallazgos

La MRI mide el estado anatómico y bioquímico de varios segmentos del cerebro. También detecta edema cerebral, isquemia, infección, neoplasias, trauma y otros cambios tales como la desmielinización. También se observan las diferencias morfológicas entre cerebros de pacientes con esquizofrenia y sujetos control.

Tomografía por Emisión de Positrones

Técnica

Con la tomografía por emisión de positrones (PET), el paciente recibe una inyección intravenosa de una sustancia radioactiva (el tipo depende de la actividad cerebral a ser visualizada). Los detectores alrededor de la cabeza registran los datos en una computadora que interpreta las señales y produce una imagen.

Propósito/Posibles Hallazgos

La PET mide el funcionamiento cerebral específico, como el metabolismo de glucosa, utilización de oxígeno, flujo sanguíneo y, de particular interés en psiquiatría, la interacción de receptores y neurotransmisores.

Tomografía Computarizada por Emisión de un Solo Fotón

Técnica

La tomografía computarizada por emisión de un solo fotón (SPECT) es similar a la PET, pero se debe utilizar una sustancia radioactiva de acción prolongada para dar tiempo a que la cámara de rayos gamma rote alrededor de la cabeza y registre los datos en una computadora para crear una imagen del cerebro.

Propósito/Posibles Hallazgos

Esta técnica mide varios aspectos del funcionamiento cerebral, igual que la PET; también ha sido utilizada para tomar imágenes de la actividad o de la circulación del LCR.

IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería en salud mental/psiquiátrica siempre se ha mencionado por su papel en el cuidado holístico de la salud, pero una revisión histórica revela que se ha hecho énfasis en los acercamientos de tratamiento que se enfocan en factores sociales y psicológicos.

Las enfermeras psiquiátricas deben integrar el conocimiento de las ciencias biológicas en su práctica si quieren asegurar la vida y el cuidado de las personas con enfermedades mentales. En el Surgeon General's Report on Mental Health (U.S. Department of Health and Human Services, 1999), el doctor David Satcher escribe:

El campo de la salud mental está lejos de comprender totalmente las bases biológicas, psicológicas y socioculturales del desarrollo, pero el progreso claramente involucra la participación de estas influencias. El entendimiento del proceso de desarrollo requiere del conocimiento, que varía del nivel más fundamental —proveniente de las expresiones de genes y las interacciones entre moléculas y células— hasta los niveles más elevados de cognición, memoria, emoción y lenguaje. El desafío requiere la integración de conceptos de muchas disciplinas diferentes. Un mayor entendimiento de desarrollo no es sólo importante en su propio derecho, sino que se espera que allane el camino para nuestro entendimiento final de la salud mental y enfermedad mental, y como factores diferentes forman su expresión en distintas etapas de la vida.

Para asegurar una fácil transición del enfoque psicosocial a uno con énfasis biopsicosocial, las enfermeras deben tener un claro entendimiento de lo siguiente:

- **Neuroanatomía y neurofisiología:** La estructura y el funcionamiento de varias partes del cerebro y su correlación con el comportamiento humano y la psicopatología.
- **Procesos neuronales:** Las diferentes funciones de las células nerviosas incluyen la función de los neurotransmisores, receptores, actividad sináptica y vías de información.
- **Neuroendocrinología:** La interacción de los sistemas endocrino y nervioso, y la función que tienen las glándulas endocrinas y sus respectivas hormonas en el comportamiento.
- **Ritmos circadianos:** La regulación del funcionamiento bioquímico en los períodos de ciclos rítmicos y su influencia en la predicción de ciertos comportamientos.
- **Influencias genéticas:** Los factores hereditarios que predisponen a los individuos a ciertos trastornos psiquiátricos.
- **Psicoimmunología:** La influencia del estrés en el sistema inmunitario y su función en la susceptibilidad a la enfermedad.
- **Psicofarmacología:** El incremento en el uso de psicotrópicos en el tratamiento de la enfermedad mental, demanda mayor conocimiento de los principios psicofarmacológicos y las intervenciones por parte del personal de enfermería para un manejo seguro y eficiente.

- **Tecnología de diagnóstico:** La importancia de estar bien informado sobre los últimos procedimientos para diagnosticar alteraciones en la estructura cerebral y su función.

¿Por qué son importantes estos conceptos para la práctica de la enfermería en salud mental/psiquiátrica? Ya se ha establecido la interrelación entre la adaptación psicosocial y el funcionamiento físico, por lo que es esencial integrar los conceptos biológicos y de comportamiento en la práctica psiquiátrica para que el personal de enfermería esté al tanto de las necesidades de los pacientes con enfermedades mentales. Se deben incorporar las perspectivas psicobiológicas en la práctica de enfermería, educación e investigación para que los resultados basados en evidencia se realicen de manera competente.

RESUMEN

Se ha presentado una transformación neurobiológica en psiquiatría. El personal de enfermería debe reconocer la interacción entre los factores físicos y mentales en el desarrollo y manejo de las enfermedades psiquiátricas. Estas tendencias son esenciales para que el personal de enfermería aumente su conocimiento sobre la estructura y funcionamiento del cerebro. Esto incluye el proceso de neurotransmisión y la función de varios neurotransmisores, lo que es de especial importancia en la medicación psicotrópica para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Debido al mecanismo de acción de muchos de estos fármacos que se presenta en la transmisión sináptica, deben entender dicho proceso para poder predecir los resultados y el manejo seguro de administración de medicamentos psicotrópicos.

El sistema endocrino tiene una función importante en el comportamiento a través del eje hipotálamo-hipófisis. Las hormonas y su ritmo circadiano de regulación incluyen un número de fenómenos psicológicos en el ciclo de vida, tales como estados de ánimo, sueño-despertar, respuesta al estrés, apetito, libido y fertilidad.

Es importante para el personal de enfermería mantenerse al día en lo que a técnicas de diagnóstico disponibles se refiere para descubrir alteraciones en el funcionamiento psicobiológico. Las tecnologías tales como imagen de resonancia magnética (MRI) y tomografía por emisión de positrones (PET) facilitan el conocimiento que relaciona a la enfermedad mental con alteraciones en el cerebro.

El concepto holístico de enfermería nunca ha sido tan importante como en la actualidad. El conocimiento integrado para ampliar el enfoque biológico en la enfermería psiquiátrica es fundamental si el personal de enfermería se enfrenta a las necesidades cambiantes de los pacientes psiquiátricos.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Relacione las siguientes partes del cerebro con las funciones descritas en la columna derecha:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Lóbulo frontal | a. Algunas veces se le llama el “cerebro emocional”; está relacionado con múltiples sentimientos y comportamientos. |
| <input type="checkbox"/> 2. Lóbulo parietal | b. Participa en la recepción visual e interpretación. |
| <input type="checkbox"/> 3. Lóbulo temporal | c. Movimiento voluntario del cuerpo; pensamiento y juicio, expresión de sentimientos. |
| <input type="checkbox"/> 4. Lóbulo occipital | d. Integra todos los estímulos sensoriales (excepto los olfativos) en su camino a la corteza. |
| <input type="checkbox"/> 5. Tálamo | e. Parte de la corteza que trata con la percepción sensorial y su interpretación. |
| <input type="checkbox"/> 6. Hipotálamo | f. Sentido de la audición, memoria a corto plazo y sistema nervioso autónomo. Regula el apetito y la temperatura. |
| <input type="checkbox"/> 7. Sistema límbico | g. Tiene control de la glándula hipofisaria y el sistema nervioso autónomo. Regula el apetito y la temperatura. |

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

8. En la sinapsis, la activación de la transmisión del impulso se lleva a cabo por medio de:
 - a. Iones de potasio
 - b. Interneuronas
 - c. Neurotransmisores
 - d. Cubierta de mielina
9. ¿La disminución de los siguientes neurotransmisores se ha relacionado con la depresión?
 - a. GABA, acetilcolina y aspartato
 - b. Norepinefrina, serotonina y dopamina
 - c. Somatostatina, sustancia P y glicina
 - d. Glutamato, histamina y péptidos opioides
10. ¿Cuál de las siguientes hormonas se ha relacionado con la etiología de trastorno del ánimo con patrones estacionales?
 - a. Aumento de concentraciones de melatonina
 - b. Disminución de concentraciones de oxitocina
 - c. Disminución de concentraciones de prolactina
 - d. Aumento de concentraciones de tirotropina

R E F E R E N C I A S

- Cummings, J.L., & Mega, M.S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Dubovsky, S.L., Davies, R., & Dubovsky, A.N. (2003). Mood disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Halmi, K.A. (2003). Eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical*

- psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hamosh, A. (2005). Glycine encephalopathy. In *GeneReviews at GeneTests: Medical Genetics Information Resource* (database online). © University of Washington, Seattle, 1997–2005. Retrieved February 21, 2007 from <http://www.genetests.org>

- Ho, B.C., Black, D.W., & Andreasen, N.C. (2003). Schizophrenia and other psychotic disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scanlon, V.C., & Sanders, T. (2007). *Essentials of anatomy and physiology* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General—Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

4

CAPÍTULO

TEMAS ÉTICOS Y LEGALES

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

CONSIDERACIONES ÉTICAS

CONSIDERACIONES LEGALES

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

asalto
autonomía
agresión
beneficencia
ética cristiana
ley civil
ley común
ley criminal
difamación de carácter

dilema ético
egoísmo ético
falso encarcelamiento
consentimiento informado
justicia
libelo
kantismo
mala práctica
teoría de la ley natural

negligencia
no maleficencia
comunicación privilegiada
difamación
ley estatutaria
agravio (acusado)
utilitarismo
veracidad

CONCEPTOS CENTRALES

ética
bioética

comportamiento moral
valores

clarificación de valores
derecho

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Diferenciar entre ética, moral, valores y derechos.
2. Discutir teorías éticas que incluyen el utilitarismo, kantismo, ética cristiana, teorías de la ley natural y egoísmo ético.
3. Definir *dilema ético*.
4. Discutir los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y veracidad.
5. Utilizar un modelo de toma de decisiones ético.
6. Describir temas éticos relevantes para la enfermería en salud mental/psiquiátrica.

7. Definir *ley estatutaria* y *ley común*.
8. Diferenciar entre ley civil y ley criminal.
9. Discutir temas legales importantes para la enfermería en salud mental/psiquiátrica.

10. Diferenciar entre *mala práctica* y *negligencia*.
11. Identificar comportamientos relevantes para la salud mental/psiquiátrica por los cuales se pudiera tomar como mala práctica específica.

INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería enfrenta de manera constante el desafío de tomar decisiones difíciles en relación con el bien y el mal, vida o muerte; con frecuencia surgen situaciones complejas en el cuidado de los individuos con enfermedades mentales, y el personal de enfermería es quien soporta la responsabilidad tanto ética como legal en su práctica profesional.

Este capítulo presenta un análisis de la teoría ética como base sobre la cual tomar decisiones. La *American Nurse's Association* (ANA) ha establecido un código de ética (ANA, 2001) para que las enfermeras lo utilicen como marco de referencia para hacer elecciones y tomar decisiones (recuadro 4-1).

Debido a que la legislación determina lo que es *correcto* o *está bien* en la sociedad, en este capítulo se abordan los conceptos legales propios de la enfermería en salud mental/psiquiátrica. Las definiciones se presentan con base en los derechos de pacientes psiquiátricos de los cuales las enfermeras deben estar a cargo. La competencia del personal de enfermería y la responsabilidad en el cuidado de los pacientes se ven comprometidos cuando la enfermera tiene un conocimiento inadecuado acerca de las leyes que regulan su práctica.

El conocimiento de los conceptos éticos y legales presentados en este capítulo realza la calidad de los cuidados provistos en la práctica de enfermería de salud mental/psiquiátrica, asimismo protege a la enfermera ante los parámetros de su responsabilidad legal. De hecho, el objetivo es desarrollar los cuidados correctos en la práctica de enfermería y su responsabilidad para mantener un nivel específico de competencia en concordancia con la certeza ética y los estándares legales vigentes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Perspectivas Teóricas

Una *teoría ética* es uno o una serie de principios morales que pueden ser utilizados en la evaluación de lo que es moralmente correcto o incorrecto (Ellis y Hartley, 2004). Estos principios proporcionan guías para tomar decisiones éticas.

Concepto Central

La **ética** es la ciencia que trata con lo correcto e incorrecto de las acciones (Aiken, 2004). La **bioética** es el término aplicado a estos principios cuando se refieren a conceptos en el ámbito de la medicina, la enfermería y afines a la salud.

Comportamiento moral se define como la conducta que resulta de pensamientos críticos sobre cómo los individuos deben tratar a otros. Refleja la forma en que una persona interpreta el respeto básico por otras personas, como el respeto por la autonomía, la libertad, la justicia, la honestidad y la confidencialidad (Pappas, 2003).

Los **valores** son ideales o conceptos que dan significado a la vida de un individuo (Aiken, 2004). La **clarificación de valores** es un proceso de autoexploración a través del cual los individuos identifican y varían valores personales. Este proceso aumenta la conciencia sobre porqué los individuos se comportan de determinada manera; es importante en la enfermería para tener un mayor entendimiento en relación con la toma de ciertas opciones y decisiones sobre otros y cómo afectan los valores en los resultados de la práctica de enfermería.

Un **derecho** se define como “una demanda válida, legalmente reconocida, que abarca tanto la libertad de la interferencia del gobierno o trato discriminatorio y un derecho a un beneficio o servicio”. (Levy y Rubenstein, 1996). Un derecho es *absoluto* cuando no hay restricción alguna para el individuo. Un derecho legal es aquel con el cual la sociedad está de acuerdo y se formaliza en la ley; tanto la *National League for Nursing* (NLN) como la *American Hospital Association* (AHA) han establecido guías de los derechos de los pacientes que, aunque no se consideran documentos legales, las enfermeras y los hospitales son considerados responsables de proteger los derechos de sus pacientes.

Utilitarismo

La base del **utilitarismo** es “el principio de la más grande felicidad”, que sostiene que las acciones son derecho en proporción, ya que tienden a promover la felicidad, y equivocadas cuando tienden a producir lo contrario a la felicidad. Por tanto, lo bueno es felicidad, y el derecho es lo que promueve lo bueno; por el contrario, lo equivoca-

RECUADRO 4–1 Código de Ética de la Asociación Americana de Enfermeras

1. La enfermera, en todas las relaciones profesionales, practica con compasión y respeto por la dignidad inherente, valiosa y excepcional de cada individuo, sin restricciones por consideración del estado social o económico, atributos personales o la naturaleza de problemas de salud.
2. La primera responsabilidad de la enfermera es para el paciente, ya sea un individuo, familia, grupo o comunidad.
3. La enfermera promueve, aboga y se esfuerza por proteger la salud, seguridad y derechos del paciente.
4. La enfermera es responsable para la práctica de enfermería individual y determina el encargo apropiado de tareas, consistente con la obligación de la enfermera para proveer el cuidado óptimo del paciente.
5. La enfermera se debe a las mismas obligaciones para con ella y para con los demás, incluso la responsabilidad de preservar la integridad y seguridad, mantener la competencia y continuar el crecimiento personal y profesional.
6. La enfermera participa en establecer, mantener y mejorar los ambientes de cuidado de la salud y las condiciones de empleo que conduzcan a la provisión de calidad de cuidado de la salud y consistentes con los valores de la profesión mediante la acción colectiva e individual.
7. La enfermera contribuye en el avance de la profesión por medio de aportaciones a la práctica, educación, administración y desarrollo del conocimiento.
8. La enfermera colabora con otros profesionales de la salud y público en la promoción de esfuerzos públicos, nacionales, internacionales para cubrir las necesidades de la salud.
9. La profesión de enfermería, al estar representada por asociaciones y sus miembros, es responsable de articular valores de enfermería, para mantener la integridad de la profesión y su práctica, además de dar forma a la política social.

Fuente: Reimpreso con permiso de la American Nurses Association. Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements, © 2001 American Nurses Publishing, American Nurses Foundation/American Nurses Association, Washington, DC.

do de una acción se determina por su tendencia a provocar infelicidad.

Un segundo principio de utilitarismo es “el fin justifica los medios”, que es una decisión ética con base en la visión utilitaria de los resultados de la decisión, es decir, se lleva a cabo una acción con base en los resultados que produce lo mejor (felicidad) para la mayoría.

Kantismo

Nombrado por el filósofo Immanuel Kant, el **kantismo** se opone de manera directa al utilitarismo. Este filósofo argüía que no son las consecuencias o los resultados finales los que hacen una acción correcta o equivocada, sino el principio o la motivación base de la acción, el factor moralmente decisivo. La filosofía de Kant sugiere que nuestras acciones están obligadas por un sentido del deber, esta teoría con frecuencia se le llama *deontología* (de la palabra griega *deon* que significa “lo que es obligado; deber”). Las decisiones éticas dirigidas por el *kantismo* se complementan en el respeto por la ley moral. Por ejem-

pto, “tomo esta decisión porque es moralmente correcta y mi deber es hacerlo así” (no es debido a la consideración de un resultado posible).

Ética Cristiana

Un principio básico que puede ser llamado una filosofía cristiana es la conocida como la regla de oro: “haz por los demás lo que quieras que hagan por ti”, y de manera alterna: “no hagas a otros lo que no quieras que te hagan a ti”. La demanda imperativa de la **ética cristiana** es tratar a los demás como iguales moralmente y reconocerlos permitiendo que actúen como nosotros cuando ellos ocupen una posición similar a la nuestra.

Teorías de Ley Natural

El precepto moral más general de la **teoría de la ley natural** es “haz el bien y evita el mal”; por tanto, sostiene que la ética debe basarse en el interés por el bien humanitario, aunque no se explique la naturaleza del “bien humanitario”. La teología católica ve la ley natural como la inscrita por Dios en la naturaleza de las cosas, como una especie de ley divina. De acuerdo con esta concepción, el Creador dota a todas las cosas con ciertas potencialidades o tendencias que sirven para definir su fin natural. La realización de las tendencias naturales de una cosa constituye su bien específico. Por ejemplo, la tendencia natural de una bellota es ser un roble. ¿Cuál es entonces el potencial o tendencia natural de los seres humanos? El foco de los teóricos de la ley natural lo atribuyen a que es distintivamente humano, como seres separados del resto de las criaturas del mundo; esto es, la capacidad de vivir de acuerdo con dictados de la razón. Es por esta capacidad de razonar que somos capaces de elegir el “bien” sobre el “mal”. En la ley natural, las malas acciones nunca son toleradas, incluso si son con la intención de alcanzar fines nobles.

Egoísmo Ético

El **egoísmo ético** expone que lo correcto y bueno es lo mejor para que el individuo tome una decisión; es decir, las acciones del sujeto se determinan por su mayor provecho, aunque la acción no sea lo mejor para otras personas involucradas y sólo hay consideración de quien toma la decisión.

Dilemas Éticos

Un **dilema ético** es una situación que requiere que un individuo tome una decisión entre dos alternativas igualmente desfavorables (Catalano, 2006). Existe evidencia que apoya tanto la “rectitud” moral como la “equivocación” moral relacionadas con cierta acción.

El individuo que hace la elección experimenta conflictos de conciencia en relación con la decisión.

Los dilemas éticos surgen cuando no hay razones explícitas que gobiernen una acción; por lo general crean una respuesta de sobrecarga emocional. Con frecuencia las razones que sostienen cada lado del argumento para dicha acción son lógicas y apropiadas; por consiguiente, las acciones asociadas con ambos sentidos son deseables en algunos aspectos e indeseables en otros. En casi todas las situaciones no llevar a cabo ninguna acción es considerada como una acción decidida.

Principios Éticos

Son guías fundamentales que influyen en la toma de decisiones. Por su parte los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, veracidad y justicia son utilizados con frecuencia por los trabajadores del cuidado de la salud para tomar decisiones éticas.

Autonomía

El principio de **autonomía** surge del deber kantiano de respeto por las personas como seres racionales. Este punto de vista enfatiza el estado de las personas como individuos morales, autónomos, cuyo derecho a determinar sus destinos siempre debe ser respetado; a su vez, esto presume que las personas son capaces de hacer por ellas mismas elecciones independientes, aunque quienes trabajan al cuidado de la salud saben que este no siempre es el caso, ya que los niños, individuos en coma y los enfermos mentales graves son ejemplos de pacientes incapaces de elegir. En muchos casos se pregunta a una persona en representación para intervenir y dar el consentimiento; sin embargo, las personas responsables del cuidado de estos pacientes se deben asegurar de respetar la autonomía del individuo a favor de que dicha persona vea por lo mejor para el paciente.

Beneficencia

La **beneficencia** se refiere al deber de uno en beneficiar o promover el bienestar de otros; las personas que trabajan para la salud que ven por los intereses de sus pacientes son benefactores, ya que realizan acciones para servir en el mejor interés del paciente. De hecho, parece que algunos deberes tienen preponderancia sobre otros; por ejemplo, el respetar la autonomía de un individuo puede ser desestimado cuando sea capaz de dañarse a sí mismo o a otros. Aiken (2004) establece que “la dificultad que surge en algunas ocasiones para llevar a cabo el principio de beneficencia, radica en determinar qué es bueno con exactitud para otro y quién puede tomar la mejor decisión en relación a este bien”.

Peplau (1991) reconoció la defensa del paciente como una función esencial para las enfermeras psiquiátricas. El término *defensa* significa actuar en representación del otro —ser un apoyo o defensor; y ser defensor de un paciente en enfermería psiquiátrica significa ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades que, sin ayuda y por enfermedad, no siempre son capaces de hablar por ellos mismos; esto es, el personal de enfermería sirve como defensor para proteger los derechos e intereses de los pacientes. Las estrategias incluyen la educación de los pacientes y sus familias sobre sus derechos legales, asegurarse que tengan suficiente información para tomar decisiones o dar consentimiento informado y ayudarlos a considerar alternativas y apoyándolos en las decisiones que tomen. Además, el personal de enfermería puede actuar como defensor al hablar en representación de individuos con enfermedad mental, para asegurar los servicios esenciales de salud mental.

No Maleficencia

No maleficencia es el requerimiento de que los responsables de cuidar la salud de los enfermos no dañarán a sus pacientes, ya sea intencionalmente o no (Aiken, 2004). Algunos filósofos sugieren que este principio es más importante que la beneficencia; es decir, apoyan la noción de que es más importante evitar hacer daño que hacer el bien. En cualquier situación, los dilemas éticos con frecuencia surgen cuando existe un conflicto entre los derechos del individuo (el deber de promover lo bueno) y lo que se piensa que representa mejor el bienestar del mismo (el deber de no dañar); un ejemplo de este conflicto puede presentarse cuando se administra quimioterapia a un paciente con cáncer, con el conocimiento de que se va a prolongar la vida del paciente, pero crea “daño” (efectos colaterales) a corto plazo.

Justicia

El principio de **justicia** se ha referido como el principio “justicia como equidad”; en algunas ocasiones ésta es referida como *justicia distributiva*, y su premisa básica radica en el derecho del individuo a ser tratado con igualdad sin importar raza, sexo, estado civil, diagnóstico médico, situación social, nivel económico o creencias religiosas (Aiken, 2004). El concepto de justicia refleja un deber de tratar a todos los individuos con igualdad e imparcialidad; cuando se aplica al cuidado de la salud sugiere que los recursos dentro de la sociedad (incluso los servicios del cuidado de la salud) deben ser distribuidos sin considerar la situación socioeconómica, por tanto, la gran disparidad en la calidad del cuidado dispensado en las diferentes clases sociales deben ser consideradas injustas. Por consiguiente, sería mejor una distribución más equitativa en el cuidado para todos los individuos.

Veracidad

El principio de **veracidad** se refiere al deber ser siempre sincero. Aiken (2004) establece que “la veracidad requiere que la enfermera diga la verdad y no engañe o confunda a los pacientes”; sin embargo, en algunas ocasiones debe haber ciertos límites en este principio, como cuando el saber la verdad produciría daño o interferiría con el proceso de recuperación. El ser honestos no siempre es fácil, pero mentir es raramente justificado. Los pacientes tienen el derecho a saber sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Modelo para Tomar Decisiones Éticas

Los siguientes pasos pueden ser utilizados para tomar decisiones éticas; los mismos son muy semejantes al proceso de enfermería.

1. **Evaluación.** Reunir los datos subjetivos y objetivos de la situación; considerar los valores personales, así como los valores de otras personas involucradas en el dilema ético.
2. **Identificación del problema.** Reconocer el conflicto entre dos o más acciones alternativas.
3. **Plan.** (a) Explore los beneficios y consecuencias de cada alternativa. (b) Considere principios de teorías éticas. (c) Seleccione una alternativa.
4. **Realización.** Actuar de acuerdo con la decisión tomada y comunicarla a otros.
5. **Evaluación.** Valorar los resultados.

En la figura 4-1 se presenta un esquema de este modelo y en el recuadro 4-2 un caso de estudio utilizando este mismo modelo. Si el resultado es aceptable, la acción continúa de la manera seleccionada; en caso contrario, se reexaminarán los beneficios y consecuencias de las alternativas restantes, y los pasos del 3 al 7 en el recuadro 4-2 se repiten.

Temas Éticos de Enfermería en Salud Mental/Psiquiátrica

El Derecho a Rechazar la Medicación

El AHA (1992) *Patient's Bill of Rights* establece lo siguiente: “el paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento, tanto como lo permita la ley, y de ser informado de las consecuencias médicas de su acción”. En psiquiatría, rechazar el tratamiento concierne primero a la administración de medicamentos psicotrópicos. En lo que se refiere “tanto como la ley lo permita”, puede definirse dentro de la Constitución de Estados Unidos, y varias de sus enmiendas (p. ej., la Primera Enmienda, que otorga los derechos de decir, pensar y expresarse; la Octava Enmienda, que garantiza el derecho a ser libre de残酷 o castigo

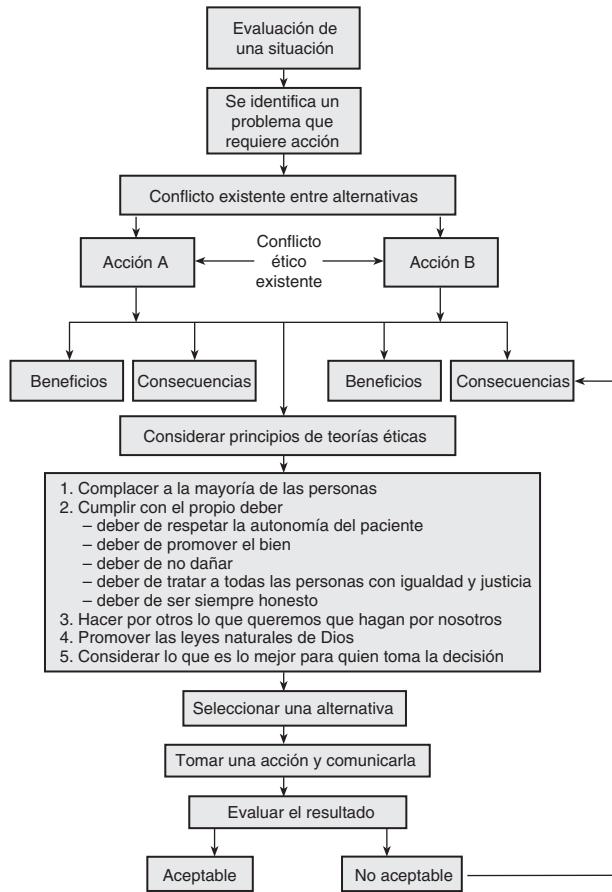


FIGURA 4-1 Modelo para toma de decisiones éticas.

inusual; y las Quinta y Decimocuarta Enmiendas; las cuales garantizan el proceso legal y protección para todos).

En psiquiatría, “las consecuencias médicas de su acción” incluyen pasos como compromiso involuntario, audiencia a la competencia legal o liberar al paciente del hospital.

Aunque muchas cortes apoyan el derecho de los pacientes a rechazar los medicamentos en el área psiquiátrica, existen limitaciones. Weiss-Kaffie y Purtell (2001) establecen:

El grupo de tratamiento debe determinar tres criterios para forzar la medicación sin consentimiento del paciente. El paciente exhibe una conducta peligrosa tanto para él como para otros; el medicamento ordenado por el médico tiene una razonable oportunidad de proveer ayuda al paciente; y los pacientes que rechazan el tratamiento deben ser declarados incompetentes para evaluar los beneficios del tratamiento en cuestión (p. 361).

Derecho a Tratamiento Alternativo Menos Restrictivo

El personal al cuidado de la salud debe intentar proporcionar el tratamiento de manera que restrinja lo menos

RECUADRO 4-2 Toma de Decisiones Éticas: un Caso de Estudio**Paso 1. Evaluación**

Tonja es una chica de 17 años de edad que está en la unidad psiquiátrica con diagnóstico de trastorno de la conducta; reporta que ha sido sexualmente activa desde los 14 años, que abortó a los 15, y después hace sólo seis semanas. La paciente dice que su mamá le dijo que “había tenido su último aborto” y que tenía que empezar a usar píldoras para control natal, por consiguiente Tonja le pidió a su enfermera, Kimberly, que le diera información sobre las píldoras y cómo conseguirlas. Kimberly cree que Tonja necesita desesperadamente información sobre las píldoras y sobre otros medios anticonceptivos, pero la unidad de psiquiatría es parte de un hospital católico y su política prohíbe la distribución de este tipo de información.

Paso 2. Identificación del Problema

Existe un conflicto entre la necesidad del paciente al pedir información, el deseo de la enfermera de proporcionar dicha información, y las políticas de la institución al prohibir la provisión de esa información.

Paso 3. Alternativas: Beneficios y Consecuencias

1. Alternativa 1. Dar la información a la paciente y arriesgarse a perder el empleo.
2. Alternativa 2. No dar la información a la paciente y comprometer sus propios valores de enfermería holística.
3. Alternativa 3. Referir al paciente a otra fuente externa del hospital y arriesgarse a una reprimenda por parte del supervisor.

Paso 4. Considerar los Principios de Teorías Éticas

1. Alternativa 1. Dar la información a la paciente ciertamente respetaría la autonomía del mismo y lo beneficiaría al disminuir las posibilidades de embarazarse otra vez. No sería ventajoso para Kimberly, ya que perdería su trabajo. Y de acuerdo con las creencias del hospital católico, las leyes naturales de Dios serían violadas.
2. Alternativa 2. No dar la información restringe la autonomía de la paciente. Existe el potencial de hacer daño al no usar los anticonceptivos, la paciente se embarazaría otra vez (lo que

implica que esto no es lo que quiere). La ética cristiana de Kimberly es violada pues esta acción no es lo que ella quiere.

3. Alternativa 3. La referencia respitaría la autonomía de la paciente, promovería el bienestar, no dañaría (excepto tal vez el ego de Kimberly al recibir una posible reprimenda), y por último la decisión cumple con la ética cristiana de Kimberly.

Paso 5. Seleccionar una Alternativa

Se selecciona la alternativa con base en las teorías éticas de utilitarismo (hacer el mayor bien para la mayoría), la ética cristiana (la creencia de Kimberly de “no hagas a otros lo que no quieras que te hagan”), y del *kantismo* (cumplir con el deber), y también los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. El éxito de esta decisión depende de que la paciente vaya al lugar referido y tome los anticonceptivos.

Paso 6. Tomar Acción y Comunicarla

Llevar a la práctica la decisión tomada incluye proporcionar la información por escrito a Tonja, tal vez haciendo una llamada telefónica y una cita para ella con Maternidad Planeada. La comunicación sugiere compartir información con la madre de Tonja, y se agrega la documentación de los registros de referencia del paciente.

Paso 7. Evaluar los Resultados

Un resultado aceptable podría indicar que Tonja sí cumplió con su cita en Maternidad Planeada y está comprometida con el régimen anticonceptivo prescrito. También puede incluir la aportación de Kimberly en el proceso de cambio en su institución para llevar a cabo la referencia de otros pacientes que lo requieran.

Un resultado inaceptable se indicaría porque Tonja no fue a su cita con Maternidad Planeada o que no tiene el compromiso para usar los anticonceptivos, lo que provocaría quedar embarazada. Por otra parte, Kimberly también puede ver la reprimenda para ella por parte de su supervisor como un resultado inaceptable, en particular si le dijeron que debiera elegir otras alternativas si se presenta esta situación en el futuro; lo que a su vez, puede motivar a Kimberly a tomar otra decisión, es decir, que busque empleo en una institución que apoye una filosofía más consistente con la propia.

possible la libertad de los pacientes. La “restricción” del tratamiento psiquiátrico puede describirse en el contexto de continuidad, con base en la gravedad de la enfermedad, es decir, los pacientes deben ser tratados como pacientes externos en hospitales de día, o en hospitalización voluntaria o involuntaria. Los síntomas pueden ser tratados con técnicas de rehabilitación verbal, intervenciones químicas, restricciones mecánicas o terapia de electroconvulsiones. Sadock y Sadock (2003) establecen:

La distinción entre estas intervenciones con base en la restricción prueba ser un ejercicio meramente subjetivo cargado de prejuicios personales. Además, cada una de estas tres intervenciones es más o menos restrictiva, que cada una de las otras dos. No obstante, se debe hacer el esfuerzo de pensar

en términos de restricción cuando se decide cómo tratar a los pacientes (p. 1358).

CONSIDERACIONES LEGALES

En 1980, el 96 Congreso de Estados Unidos, aprobó el *Mental Health Systems Act*, que incluye **Patient's Bill of Rights**, para recomendación de los Estados. En el recuadro 4-3 se presenta una adaptación de estos derechos.

Acta de Práctica de Enfermería

Los parámetros legales de la enfermería profesional y práctica están definidos en cada Estado por el acta de práctica de enfermería. Estos documentos están aprobados

RECUADRO 4–3 Carta de Derechos para Pacientes Psiquiátricos

1. El derecho al tratamiento apropiado y servicios relacionados con el escenario que sea de más apoyo y lo menos restrictivo para la libertad personal.
2. El derecho a la individualidad, tratamiento escrito o planes de servicio; el derecho al tratamiento con base en dicho plan; y el derecho a revisiones periódicas del plan con base en las necesidades del tratamiento.
3. El derecho, consistente con las capacidades propias, para participar y recibir una explicación del cuidado y proceso de tratamiento.
4. El derecho de rechazar el tratamiento excepto en una situación de urgencia o permitido por la ley.
5. El derecho a no participar en experimentos en ausencia de consentimiento informado, voluntario y por escrito.
6. El derecho a la libertad de contención o aislamiento excepto en una situación de urgencia.
7. El derecho a un ambiente de trato humanitario que proporcione protección razonable del daño y con privacidad apropiada.
8. El derecho a la confidencialidad de registros médicos (también aplicable después del alta del paciente).
9. El derecho de acceso a los registros médicos, excepto información recibida de terceras partes bajo promesa de confidencialidad, y cuando el acceso puede ser perjudicial para la salud del paciente (también aplicable después de la alta del paciente).
10. El derecho de acceso al uso del teléfono, correo personal y visitas, a menos que se considere inapropiado para los propósitos del tratamiento.
11. El derecho a estar informado de estos derechos en un lenguaje que sea comprensible.
12. El derecho a poner quejas si son infringidos sus derechos.
13. El derecho a ser referido a otros servicios de salud mental después de ser dado de alta.

Fuente: Adaptado de Mental Health Systems Act (1980).

por la legislatura estatal y en general se refieren a tales provisiones de la manera siguiente:

- La definición de términos importantes, incluso la de enfermería y varios tipos de enfermeras reconocidas.
- Una declaración de la educación y otros entrenamientos o requerimientos para la licenciatura y reciprocidad.
- Amplios estatutos que describan el alcance de la práctica para los diferentes niveles de enfermería (APN, RN, LPN).
- Condiciones bajo las cuales una licencia de enfermería puede ser suspendida o revocada, y las instrucciones para apelar.
- La autoridad general y los poderes del comité estatal de enfermería (Fedorka y Resnick, 2001).

Casi todas las actas de la práctica de enfermería son generales en su terminología, y no proporcionan guías específicas para la práctica. El personal de enfermería debe entender los alcances de la práctica que están prote-

gidas por su licencia, y buscar ayuda legal si no están seguras sobre la interpretación apropiada del acta de práctica de enfermería.

Tipos de Ley

Existen dos categorías generales o tipos de ley que son de importancia para el personal de enfermería: ley estatutaria y ley común, que se definen por su fuente u origen.

Ley Estatutaria

Ésta es una ley promulgada por el cuerpo legislativo, como un ayuntamiento o condado, legislatura estatal, o el Congreso de Estados Unidos; un ejemplo de ley estatutaria es el acta de práctica de enfermería.

Ley Común

Se deriva de decisiones hechas con casos previos. Dichas leyes se aplican a un cuerpo de principios que se desarrollan por decisiones en la corte, resolviendo varias controversias. Debido a que la ley común en Estados Unidos se ha desarrollado con base en un estado, la ley sobre sujetos específicos puede diferir de un estado a otro; un ejemplo de ley común puede ser cómo diferentes estados tratan con la negación de una enfermera a proporcionar cuidado a un paciente específico.

Clasificaciones dentro de la Ley Estatutaria y Ley Común

De manera general, existen dos clases de actos ilegales: civil y criminal, y tanto la ley estatutaria como la ley común tienen componentes civiles y criminales.

Ley Civil

La **ley civil** protege los derechos privados y de propiedad de individuos y negocios, lo que significa que personas o grupos privados pueden ejercer acción legal por incumplimiento de la ley civil. Estas acciones legales son de dos tipos: *agravios* y contratos.

Agravios

Un **agravio** es una violación a una ley civil, en la cual un individuo está equivocado. En una acción de *agravio*, una parte acepta la conducta equivocada que en la otra parte ha causado algún daño, y busca compensar. Un *agravio* puede ser *intencional* o *no intencional*; los segundos son la mala práctica y acciones negligentes. Un ejemplo de *agravio intencional* es tocar a la otra persona (p. ej., en un tratamiento médico) sin el consentimiento del paciente, lo cual puede ocasionar una carga en agresión, un *agravio intencional*.

Contrato

En una acción de contrato una parte afirma que la otra no cumple por completo una obligación, ha faltado al contrato, y se demanda una compensación o el cumplimiento de la obligación como remedio. Un ejemplo es la acción de un profesional de la salud mental cuyos privilegios han sido reducidos o terminados en violación de un contrato implícito entre el profesional y un hospital.

Ley Criminal

La **ley criminal** brinda protección de conducta considerada perjudicial al bienestar público, y proporciona castigo a los que sean encontrados relacionados con dicha conducta. Esto, por lo general, incluye prisión, condición bajo palabra, pérdida de privilegios (como la licencia), una multa, o una combinación de las anteriores (Ellis y Hartley, 2004). Un ejemplo de una violación a la ley criminal es el robo de provisiones o medicamentos a un hospital.

Temas Legales de Enfermería en Salud Mental/Psiquiátrica

Confidencialidad y Derecho a la Privacidad

La privacidad de un individuo está protegida por la Cuarta, Quinta y Decimocuarta Enmiendas de la Constitución de Estados Unidos. Muchos estados tienen estatutos que protegen la confidencialidad de los registros del paciente y de sus conversaciones. Las únicas personas que tienen el derecho de observar a un paciente o tener acceso a la información médica son las involucradas en su cuidado médico.

HIPAA

La confidencialidad del paciente en cuanto a los registros médicos no estaba protegida por la ley federal, pero en agosto de 1996 el presidente Clinton firmó el acta *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) en la ley. Bajo ésta, los individuos tienen derecho a acceder a sus registros médicos para hacer correcciones y decidir con quién compartir su información; el documento real pertenece al hospital o al terapeuta, pero la información contenida en él pertenece al paciente.

Esta regla de privacidad federal relacionada con los datos se llama *información de salud protegida* (PHI) y aplica a casi todos los individuos e instituciones involucrados en el cuidado de la salud. Se deben notificar las políticas de privacidad a los pacientes al entrar al sistema de cuidado de la salud. La PHI es un indicador de información identificable de manera individual y “relacionada al pasado, presente y futuro de la condición de salud física o mental del individuo; o el pago pasado, presente o futuro

por la provisión de cuidado de la salud a un individuo; además (1) eso identifica al individuo; o (2) con respecto a lo que es una base razonable para creer que la información pueda ser utilizada para identificar a un individuo” (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2003), dichos identificadores específicos se enlistan en el recuadro 4-4.

La información médica pertinente puede ser liberada cuando se ponga en peligro la vida; esto es, si la información se libera en una urgencia, la siguiente se debe buscar en el registro del paciente: fecha de apertura, persona a quien se le dio la información, razón para dar la misma, por qué no se pudo obtener el consentimiento escrito y la información específica proporcionada.

Comunicación Privilegiada

Casi todos los estados tienen estatutos que se relacionan con la doctrina de **comunicación privilegiada**; aunque los códigos difieren mucho de un estado a otro, la mayor parte garantiza ciertos privilegios profesionales bajo los cuales pueden rechazar información sobre conversaciones o comunicaciones con sus pacientes. En la mayoría de los estados, la doctrina de comunicación privilegiada aplica a

RECUADRO 4-4 Información de Salud Protegida (PHI): Identificadores Identificables Individualmente

- Nombres
- Información de dirección postal (excepto estado), incluyendo calle, ciudad, condado, distrito y código
- Todos los elementos de fechas (excepto año) para fechas relacionadas con un individuo, incluso fecha de nacimiento, fecha de admisión, fecha de alta, fecha de fallecimiento; y todas las edades de más de 89 años y todos los elementos de fechas (incluso año) indicativos de tal edad, excepto para las edades y elementos que puedan ser agregados a una sola categoría de edad de 90 o más
- Números telefónicos
- Números de fax
- Direcciones de correo electrónico
- Números de seguridad social
- Números de registro médico
- Números de beneficiarios de plan de salud
- Números de cuenta
- Números de certificados/licencias
- Identificadores de vehículo y números seriales, incluso números de placa
- Identificadores de dispositivos y números seriales
- Web Universal Resource Locators (URL)
- Números de direcciones de protocolo de Internet (IP)
- Identificadores biométricos, incluso huellas dactilares y de voz
- Imágenes fotográficas de cara completa y cualquier imagen comparable
- Cualquier otro número de identificación, característico o de codificación

los psiquiatras y abogados; en algunos casos también están incluidos psicólogos, clérigos y enfermeras.

En ciertos casos, el personal de enfermería puede ser llamado para testificar en situaciones en las cuales el registro médico se utiliza como evidencia. En casi todos los estados, el derecho a la privacidad de estos registros está exento de procedimientos civiles o criminales; por tanto, es importante que el personal de enfermería se documente sobre estas posibilidades. Por consiguiente, hacer registros estrictos utilizando declaraciones que sean objetivas y no críticas, con atención a los planes de cuidado específicos en sus intervenciones prescriptivas y con la documentación que describa dichas intervenciones, además de que la subsecuente evaluación sirve a los mejores intereses del paciente, el personal de enfermería y la institución en relación con las preguntas que surgieran en cualquier caso. La documentación es muy importante en la toma de decisiones en casos de mala práctica.

El derecho a la confidencialidad es una base única, en especial en psiquiatría, pues aunque las actitudes de la sociedad están mejorando, las personas han experimentado discriminación en el pasado por tener una historia de enfermedad emocional; por consiguiente, el personal de enfermería que trabaja en psiquiatría debe guardar la privacidad de sus pacientes con gran diligencia.

Consentimiento Informado

De acuerdo con la ley, todos los individuos tienen el derecho a decidir si aceptan o rechazan el tratamiento (Guido, 2006). Una persona al cuidado de la salud puede ser acusada por asalto y agresión por proporcionar tratamiento para salvar la vida de un paciente cuando éste no está de acuerdo. La razón para la doctrina de **consentimiento informado** es la preservación y protección de la autonomía individual para determinar lo que suceda o no con el cuerpo de la persona (Guido, 2006).

El consentimiento informado es un permiso del paciente que autoriza al médico para llevar a cabo un procedimiento terapéutico, antes del cual se le ha presentado la información con tiempo suficiente para considerar los pros y los contras. El paciente debe recibir la información sobre los tratamientos alternativos disponibles; por qué el médico piensa que este tratamiento es el más apropiado; los posibles resultados, riesgos y efectos adversos; el resultado posible si el paciente elige otro tratamiento alternativo, y el resultado posible si el paciente elige no recibir ninguno. Un ejemplo de tratamiento en el área psiquiátrica que requiere consentimiento informado es la terapia de electroconvulsiones.

No obstante, existen algunas condiciones bajo las cuales el tratamiento puede ser llevado a cabo sin obtener el consentimiento informado. La negación de un paciente a aceptar tratamiento puede ser omitido en las siguientes

circunstancias (Aiken, 2004; Cournos y Petrila, 1992; Guido, 2006; Levy y Rubenstein, 1996):

- Cuando un paciente es mentalmente incompetente para tomar decisiones y el tratamiento es necesario para preservar su vida o evitar graves daños.
- Cuando el rechazo del tratamiento pone en peligro la vida o la salud de otros.
- Durante una urgencia, en la cual el paciente no está en condiciones de ejercer su juicio.
- Cuando el paciente es un niño (se obtiene el consentimiento de padres o tutores).
- En el caso de privilegio terapéutico, la información sobre un tratamiento puede ser retenida si el médico demuestra que al proporcionarla podría dificultar o complicar el tratamiento necesario, causar daño psicológico grave o ser tan perturbador que el sujeto no pueda tomar una decisión razonable.

Aunque casi todos los pacientes en instituciones de salud mental/psiquiátricas son competentes y capaces de dar consentimiento informado, los que padecen graves enfermedades psiquiátricas con frecuencia no tienen la capacidad cognitiva de hacerlo. Si un individuo se califica como mentalmente incompetente de manera legal, el consentimiento lo otorgará su cuidador legal.

La dificultad surge cuando no se ha tomado una determinación legal, pero el estado mental presente del individuo prohíbe tomar una decisión informada (p. ej., la persona que es psicótica, inconsciente o está alcoholizada), en cuyo caso y, por lo general, se obtiene el consentimiento informado del pariente más cercano. Si no existe alguno y el tiempo lo permite, el médico puede pedir a la corte lo señale como cuidador. Cuando el tiempo no permite la intervención de la corte, el permiso lo puede otorgar el administrador del hospital.

Un paciente o cuidador siempre tiene el derecho de retirar el consentimiento después de haberlo dado; cuando sucede esto, el médico debe informar (o volver a informar) al paciente sobre las consecuencias de rechazar el tratamiento. Si ya se ha iniciado, el médico debe terminar el procedimiento de tal manera que cause el menor daño posible e informar al paciente o cuidador de los riesgos asociados con la interrupción del mismo (Guido, 2006).

La función del personal de enfermería es obtener la aprobación que se define generalmente por la política del hospital o institución; también puede firmar el consentimiento como testigo del paciente. Sin embargo, la responsabilidad legal para el consentimiento informado recae en el médico; el personal de enfermería actúa como defensor del paciente para asegurar que se señalen los siguientes tres elementos principales del consentimiento informado:

1. *Conocimiento.* El paciente ha recibido información adecuada sobre cuál decisión tomar.

2. *Competencia.* Las capacidades cognitivas del paciente no están alteradas al grado de interferir con su decisión o, si es así, el paciente puede tener un representante legal.
3. *Libre voluntad.* El paciente ha dado su consentimiento de manera voluntaria sin presiones o coerción de otros.

Contenciones y Aislamiento

La privacidad de un individuo y la seguridad personal están protegidas por la Constitución de EUA, y apoyadas por el *Mental Health Systems Act* de 1980, de las cuales surgió *The Bill of Rights* para pacientes psiquiátricos. Éstos incluyen “el derecho a la libertad de contención o aislamiento en una situación de urgencia”.

En psiquiatría, el término *contención* en general se refiere a las correas de cuero que se utilizan para sujetar las extremidades de un individuo cuyo comportamiento está fuera de control y presenta un riesgo inherente a la seguridad física y al bienestar psicológico del paciente y del personal (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* [JCAHO], 2000). Las contenciones nunca se utilizan como castigo o a conveniencia del personal. Por lo general, antes de recurrir a lo anterior se utilizan otras medidas que disminuyen la agitación, tales como “conversar para calmar al paciente” (intervención verbal) y contención química (medicación con tranquilizantes). Si estas intervenciones no funcionan se utiliza la contención mecánica.

El *aislamiento* es otro tipo de contención física en la cual el paciente se confina en solitario en un cuarto del que no puede salir. La habitación en general está apenas amueblada con objetos que calmen y proporcionen comodidad al paciente.

Las organizaciones de acreditación para la salud han proporcionado una serie de revisiones a estándares previos de contención y aislamiento, con el fin de reducir el uso de este tipo de intervenciones, así como proporcionar mayor seguridad y protección a los pacientes que lo requieren por razones relacionadas a trastornos psiquiátricos o abuso de sustancias (Medscape, 2000). Además de otras, estas provisiones proporcionan los siguientes lineamientos:

- En el evento de una urgencia, la contención o aislamiento se puede iniciar sin la orden del médico.
- Tan pronto como sea posible, pero no por más de una hora después de iniciada la contención o aislamiento, un miembro del personal calificado debe notificar al médico sobre la condición física y psicológica del paciente, y obtener una orden escrita o verbal.
- Las órdenes para contención deben revisarse por un médico cada cuatro horas para adultos de 18 años de

edad en adelante, cada dos horas para niños y adolescentes de nueve a 17 años de edad y cada hora para niños menores de nueve años.

- Se debe hacer una evaluación en las cuatro horas de iniciada la contención o aislamiento en un adulto de 18 años de edad en adelante, y a las dos horas para niños y adolescentes de 17 años y menores.
- Los tiempos mínimos para las reevaluaciones en persona por un médico, incluyen ocho horas para individuos de 18 años en adelante, y cuatro horas para personas de menos de 17 años de edad.
- Si un individuo ya no está en contención o aislamiento cuando expira una orden verbal original, el médico debe realizar una evaluación del paciente a las 24 horas de haber iniciado la intervención.

Los pacientes en contención o aislamiento deben ser observados y evaluados cada 10 a 15 minutos con atención a la circulación, respiración, nutrición, hidratación y eliminación; se debe documentar en el registro del paciente.

Falso aprisionamiento es el confinamiento deliberado y no autorizado de una persona dentro de límites fijos por medios verbales o físicos (Ellis y Hartley, 2004). El personal al cuidado de la salud puede ser demandado por falso aprisionamiento por contención o aislamiento —contra los deseos del paciente— sin haber sido ingresado en el hospital voluntariamente. Un paciente admitido de manera voluntaria debería aceptar, hasta cierto punto, la contención o aislamiento para protección de sí mismo y de otros; en caso necesario, se requiere la intervención de la corte para determinar competencia y el compromiso involuntario para preservar los derechos del paciente de privacidad y libertad.

Asuntos de Compromiso

Admisiones Voluntarias

Cada año se admiten más de un millón de personas en instituciones de cuidado de la salud para tratamiento psiquiátrico, de los cuales alrededor de dos terceras partes son considerados voluntarios. Una persona se registra directamente en la institución para recibir atención de manera voluntaria, y puede permanecer para el tratamiento tanto tiempo como se estime necesario. La persona puede firmar su salida del hospital en cualquier momento, a menos que el personal determine lo contrario después de hacer un examen del estado mental determinando que el paciente puede dañarse a sí mismo o a otros, y recomienda que el estado de admisión cambie de voluntario a involuntario. Aunque este tipo de admisiones se consideran voluntarias es importante asegurar que el paciente comprende el significado de sus acciones, no ha sido coaccionado de ninguna manera, y tiene la voluntad de proceder con la admisión.

Compromiso Involuntario

Debido a que la hospitalización involuntaria da como resultado restricciones sustanciales de los derechos del individuo, el proceso de admisión está sujeto a garantizar la Cuarta Enmienda de la Constitución de EUA, que otorga a los ciudadanos protección contra la pérdida de la libertad y asegura el derecho procesal (Weiss-Kaffie y Purtell, 2001). Los compromisos involuntarios se hacen por varias razones; casi todos los estados citan con mayor frecuencia los siguientes criterios:

- En una situación de urgencia (para un paciente peligroso para sí mismo y para otros).
- Para observación y tratamiento de personas mentalmente enfermas.
- Cuando una persona es incapaz de cubrir sus necesidades personales básicas (“los gravemente discapacitados”).

Bajo la Cuarta Enmienda, las personas están protegidas de investigaciones ilegales y detenciones sin causa probable, por tanto, el individuo que busca el compromiso involuntario debe probar causa probable por la cual el paciente debe ser hospitalizado en contra de sus deseos; esto significa que la persona debe probar una causa donde se cree que podría ser peligrosa para ella misma o para los demás, está mentalmente enferma y necesita tratamiento, o está discapacitada de modo grave.

COPROMISOS DE URGENCIA. Los compromisos de urgencia se procuran cuando un individuo manifiesta comportamiento peligroso para sí mismo y para otros. Estas admisiones, por lo general se promueven por familiares o amigos del individuo, oficiales de policía, la corte o profesionales al cuidado de la salud. Los compromisos de urgencia son de tiempo limitado y se programa una corte de audiencia para el individuo a las 72 horas. En ese momento, la corte puede decidir que el paciente no tiene cargos; o si lo considera necesario, es rechazada la admisión voluntaria por el paciente y se puede ordenar un periodo adicional de compromiso involuntario. En casi todos los casos se programa otra audiencia para un tiempo especificado (por lo general en siete a 21 días).

PERSONA MENTALMENTE ENFERMA EN NECESIDAD DE TRATAMIENTO. Un segundo tipo de compromiso involuntario es la observación y tratamiento de personas mentalmente enfermas que necesitan ser tratadas. Casi todos los estados han establecido definiciones de lo que constituye “mentalmente enfermo” para propósitos de estatuto de admisión involuntaria. Algunos ejemplos incluyen a las personas quienes, debido a graves enfermedades mentales:

- Son incapaces de tomar decisiones informadas en relación al tratamiento.

- Están en posibilidad de causar daño a ellos mismos o a los demás.
- Son incapaces de satisfacer sus necesidades personales básicas necesarias para la salud y la seguridad.

Para determinar si se requiere el compromiso, la corte debe revisar evidencia sustancial de conducta anormal que no pueda ser explicada como el resultado de una causa física; debe ser “clara y convincente” como también “causa probable” para justificar la necesidad del compromiso involuntario y asegurar que sean protegidos los derechos del individuo bajo la Constitución. En *O'Connor v. Donaldson*, la Suprema Corte de EUA sostiene que la existencia de enfermedad mental por sí sola no justifica la hospitalización involuntaria. Los estándares del estado requieren un impacto específico o consecuencia para establecer que a partir de la enfermedad exista peligro o incapacidad de cuidar de las propias necesidades. Estas personas son llamadas a cortes de audiencia con representación, en cuyo momento se considera la determinación de compromiso y duración de la estancia. Los compromisos involuntarios gobernados por estatutos legislativos varían de un estado a otro.

COMPROMISO DEL PACIENTE EXTERNO INVOLUNTARIO (IOC). Es un mecanismo ordenado por la corte que se usa para obligar a una persona con enfermedad mental a someterse a tratamiento como paciente externo. Se han citado algunos criterios de elegibilidad para el compromiso como tal (Appelbaum, 2001; Maloy, 1996; Torrey y Zdanowicz, 2001). Algunos de estos criterios incluyen los siguientes:

- Una historia de descompensaciones (readmisiones) que requieren hospitalización involuntaria.
- Probabilidad de que sin tratamiento la persona empeore al punto de requerir compromiso de internamiento.
- Presencia de severas y persistentes enfermedades mentales (p. ej. esquizofrenia o trastorno bipolar) y conocimiento limitado de las enfermedades o necesidad de tratamiento.
- Padecer enfermedad mental grave y persistente que contribuya a poner en riesgo a la persona de convertirse en desamparado, delincuente, violento o suicida.
- Un plan de tratamiento individualizado que sea eficaz y proporcionarlo a quien esté de acuerdo.

Casi todos los estados tienen legislación IOC o presentan resoluciones que se refieren a este tema en sus agendas. De manera más frecuente, los pacientes que admiten el compromiso en programas IOC presentan enfermedad mental grave y persistente, como esquizofrenia. La razón detrás de esta legislación es reducir el número de readmisiones y estancias en el hospital. Existe la posibilidad de violación a los derechos individuales de pacientes psiquiátricos

sin mejora significativa en los resultados del tratamiento. En un estudio en el Hospital Bellevue en Nueva York no se encontraron diferencias en los resultados de tratamientos entre pacientes externos ordenados por la corte y los de pacientes externos voluntarios (Steadman y col., 2001).

Otros estudios han demostrado resultados positivos con IOC, que incluyen la disminución de readmisiones hospitalarias (Ridgely, Borum y Petrala, 2001; Swartz y col., 2001). Se necesita investigación continua para determinar si IOC puede mejorar el acatamiento de los tratamientos y aumentar la calidad de vida en la comunidad para individuos con enfermedades mentales graves y persistentes.

PACIENTES GRAVEMENTE DISCAPACITADOS. Algunos estados tienen estatutos que definen de manera específica al paciente “gravemente discapacitado”; para aquellos que no utilizan esta terminología, es la descripción del individuo quien, por enfermedad mental, es incapaz de cuidar de sus necesidades personales básicas.

La discapacidad grave por lo general se describe como una condición en la cual la persona, como resultado de una enfermedad mental, está en peligro de sufrir graves daños físicos resultantes de la incapacidad de proveerse en sus necesidades básicas como alimentación, ropa, refugio, cuidado médico y seguridad personal. La incapacidad de cuidar de sí mismo no se puede establecer porque el individuo carece de recursos para satisfacer las necesidades de vida, sino porque no puede utilizar los recursos disponibles.

Se debería determinar que cuando un individuo está gravemente discapacitado, la corte señale un cuidador o comité, que asegure el manejo de dicha persona y de su estado. Se requiere otra audiencia en la corte que revierta la regla anterior, es decir, restaurar la competencia legalmente; y el individuo cuya competencia será determinada tiene el derecho de ser representado por un abogado.

Responsabilidad de Enfermería

Los profesionales en salud mental —psiquiatras, psicólogos, enfermeras de psiquiatría y trabajadores sociales— tienen el deber de proporcionar cuidado con base en los estándares de sus profesiones y de los establecidos por la ley. En el capítulo 7 se presentan los estándares de cuidado para enfermería en salud mental/psiquiátrica.

Mala Práctica y Negligencia

Los términos **mala práctica** y **negligencia** se utilizan con frecuencia de manera intercambiable; *negligencia* se define como sigue:

La falla para ejercer el estándar de cuidado que una persona razonablemente prudente habría ejercido en una situación similar; cualquier conducta que no cumpla con los estándares legales establecidos para proteger a otros contra riesgos no razonables de daño, excepto por la conducta que es intencio-

nal, sin motivo, voluntariamente indiferente a los derechos de otros (Garner, 1999).

Desde el punto de vista legal, cualquier persona puede ser considerada negligente, en cambio, la mala práctica es una forma especializada de negligencia aplicable sólo a profesionales.

El *Black's Law Dictionary* define mala práctica como:

Un caso de negligencia o incompetencia por parte de un profesional; para tener éxito en una demanda de mala práctica, el demandante debe probar causa aproximada y los daños (Garner, 1999).

En ausencia de cualquier estatuto del estado, la ley común es la base de la responsabilidad por las lesiones ocasionadas en pacientes por actos de mala práctica y negligencia por parte de practicantes individuales. En otras palabras, casi todas las decisiones de negligencia en el ambiente profesional se basan en precedentes legales (decisiones tomadas con anterioridad en casos similares) más que cualquier acción específica considerada por la legislatura.

Para resumir, cuando el incumplimiento de deber se caracteriza por mala práctica, la acción pesa contra el estándar profesional; cuando se trata como negligencia, la acción se contrasta con que un profesional razonablemente prudente ha hecho lo mismo en circunstancias iguales o similares.

Marchand (2001) cita los siguientes elementos básicos de una demanda de mala práctica en enfermería:

- La existencia de un deber; la obligación de la enfermera hacia un paciente, para ajustarse a un estándar reconocido de cuidado.
- Una falla para amoldarse al estándar de cuidado de enfermería requerido.
- Lesión real.
- Una conexión causal razonablemente cercana entre la conducta de la enfermera y la lesión del paciente.

Para que el paciente insista en su demanda de mala práctica se deben probar cada uno de estos elementos; las decisiones de los jurados generalmente se basan en el testimonio de expertos, debido a que los miembros del jurado no son personas con conocimientos sobre la ley y no pueden esperar a saber qué intervenciones de enfermería deben ser implicadas. Sin el testimonio de testigos expertos, por lo general el veredicto es favorable para la defensa del personal de enfermería.

Tipos de Demandas que se Presentan en Enfermería Psiquiátrica

Casi todas las demandas de mala práctica en contra del personal de enfermería son acciones civiles, esto es, se

considera que no cumplen con las acciones de conducta como profesionales, por lo cual se pide una indemnización. La enfermera en psiquiatría debe estar alerta de los tipos de comportamiento que puedan resultar en demandas por mala práctica.

Algo básico en la hospitalización de pacientes psiquiátricos es su derecho a la confidencialidad y privacidad, lo que significa que una enfermera puede enfrentar cargos por *incumplimiento de confidencialidad* si esa persona puede demostrar que la divulgación de esta información ocasiona algún daño, incluso sólo por informar que el paciente ha sido hospitalizado.

Cuando la información compartida es perjudicial para la reputación del paciente, la persona que proporciona dicha información puede ser responsable por **difamación de carácter**; cuando es oral se conoce como **calumnia**. Cuando esta información es por escrito, la acción se llama **libelo**. La difamación de carácter incluye cualquier comunicación maliciosa y falsa (Ellis y Hartley, 2004). En ocasiones, el libelo surge de aseveraciones de crítica o de juicio escritas en el registro médico del paciente, razón por la cual, el personal de enfermería debe ser muy objetivo en sus registros, apoyándolos siempre con evidencia de hecho.

La *invasión de la privacidad* es un cargo que puede levantar un paciente por registro sin causa probable. Muchas instituciones llevan a cabo registros corporales en pacientes mentales como intervención sistemática; en estos casos, debe existir una orden del médico y razón escrita que demuestre la causa probable para la intervención; por tal motivo, dichas instituciones reexaminan sus políticas en relación con este procedimiento.

El **asalto** es un acto que resulta del miedo genuino y aprensión de una persona de ser tocado sin consentimiento. **Agresión** es llevarlo a cabo. Estos cargos pueden presentarse cuando un tratamiento es administrado al paciente contra sus deseos y fuera de una situación de urgencia; no es necesario que se lesione o se presenten daños para que estos cargos sean legítimos.

Por el confinamiento de un paciente contra sus deseos y fuera de una situación de urgencia, el personal de enfermería puede enfrentar cargos por falso aprisionamiento; algunos ejemplos de estas acciones incluyen encerrar al paciente en un cuarto, tomar las ropas del paciente con el fin de retenerlo contra su voluntad y la contención mecánica de un paciente competente quien exige de manera voluntaria ser liberado.

Evasión de Responsabilidad

Hall y Hall (2001) sugieren las siguientes acciones proactivas por parte del personal de enfermería en un esfuerzo por evitar la mala práctica:

- Responder al paciente.
- Educar al paciente.
- Cumplir con el estándar de cuidado.
- Cuidado supervisado.
- Apegarse al proceso de enfermería.
- Documentar.
- Seguimiento.

Además, una práctica positiva para desarrollar y mantener una buena relación interpersonal con el paciente y su familia. Algunos pacientes parecen ser “más propensos” que otros; estos pacientes con frecuencia son muy críticos, se quejan mucho, no cooperan e incluso son hostiles. Una respuesta natural por parte del personal que los cuida es ponerse a la defensiva o alejarse, cualquiera de estos comportamientos aumenta la posibilidad de que surja una demanda legal (Ellis y Hartley, 2004). No importa qué tan alto sea el grado de competencia técnica y habilidades del personal de enfermería, su insensibilidad a las quejas de un paciente y no reconocer las necesidades emocionales del mismo, con frecuencia influyen en que se genere una demanda; en gran parte depende de las habilidades psicosociales del profesional en el cuidado de la salud.

RESUMEN

En este capítulo se analizaron algunos de los temas éticos y legales relevantes para la práctica de enfermería en salud mental/psiquiátrica, en un esfuerzo por promover el mejoramiento de la calidad en el cuidado del paciente, como también proporcionar protección al personal de enfermería dentro de los parámetros de responsabilidad legal. La ética es una rama de la filosofía que trata los valores relacionados con la conducta humana, los derechos y equivocaciones de ciertas acciones, lo bueno y lo malo de los motivos y las finalidades de tales acciones.

Los pacientes tienen ciertos derechos que son otorgados por la Constitución de Estados Unidos; también son observados por la AHA, NLN, *American Civil Liberties Union* (Unión de Libertades Civiles Americanas) y el *Mental Health Systems Act* (Acta de Sistemas de Salud). Las actas de práctica de enfermería y los estándares de práctica profesional, guían el campo de acción legal de la práctica de enfermería. La ANA ha establecido un código para el personal de enfermería en el cual pueda guiarse y practicar su profesión con ética.

Las teorías éticas y principios son guías fundamentales que influyen en la toma de decisiones. Incluyen el utilitarismo, *kantismo*, ética cristiana, teorías de la ley natural y egoísmo ético. Los principios son: autonomía, beneficencia, no maleficencia, veracidad y justicia. La filosofía ética de un individuo afecta la toma de decisiones y de manera eventual los resultados de dichas decisiones.

Los temas éticos en enfermería en salud mental/psiquiátrica incluyen el derecho a rechazar la medicación y a recibir tratamientos menos restrictivos y alternativos. Se presentó un modelo ético para toma de decisiones junto con un caso de estudio para la aplicación del proceso.

Las leyes estatutarias son las que han sido promulgadas por cuerpos legislativos, y las leyes comunes son derivadas de decisiones hechas en casos previos. La ley civil protege la privacidad y los derechos de propiedad y negocios de los individuos, y la ley criminal provee protección a conductas consideradas perjudiciales para el bienestar público. Tanto las leyes estatutarias como la ley común tienen componentes civiles y criminales.

Los temas legales en enfermería de la salud mental/psiquiátrica se centran en la confidencialidad y el derecho a la privacidad, consentimiento informado, contenciones y aislamiento, y temas de compromiso. Las enfermeras son responsables de sus propias acciones en relación con estos temas, y la violación de estos derechos puede provocar la presentación de demandas contra el médico, el hospital y la enfermera. Por tal motivo, el personal de enfermería debe estar consciente de los comportamientos que den lugar a riesgo en actos de mala práctica. El desarrollar y mantener una buena relación interpersonal con el paciente y su familia, parece ser un factor positivo cuando se presenta una situación en la que se considere mala práctica.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Relacione los siguientes ejemplos de toma de decisiones con la teoría ética apropiada:

- ___ 1. Carol (una enfermera) decide ir contra los deseos de la familia e informa al paciente de su estado terminal debido a que, si fuera paciente, ella quisiera saberlo.
 - ___ 2. Carol decide respetar los deseos de la familia y no informar al paciente de su estado terminal, porque eso satisface a las personas.
 - ___ 3. Carol decide no decirle al paciente sobre su estado terminal, sería muy incómodo para ella.
 - ___ 4. Carol resuelve informar al paciente de su estado terminal porque su razonamiento le dice que lo contrario sería malvado.
 - ___ 5. Carol decide informar al paciente de su estado terminal porque piensa que es su deber hacerlo.
- a. Utilitarismo
 - b. Kantismo
 - c. Ética cristiana
 - d. Teorías de la ley natural
 - e. Egoísmo ético

Relacione las siguientes acciones de enfermería con la posible acción legal por la cual puede recibir una demanda:

- ___ 6. La enfermera ayuda al médico con terapia electroconvulsiva en un paciente que no ha dado su consentimiento.
 - ___ 7. Cuando llama el periódico local para preguntar por qué fue admitido el alcalde en el hospital, la enfermera contesta: "ha sido internado porque es alcohólico".
 - ___ 8. Un paciente competente que se ha internado de manera voluntaria quiere dejar el hospital, la enfermera le esconde su ropa en un esfuerzo por evitar que se vaya.
 - ___ 9. Jack acaba de perder a su esposa y está muy deprimido. Está pasando por las reelecciones para el Senado y le pide al personal que su hospitalización sea confidencial. La enfermera se emociona al tener al Senador en la unidad y le dice a su novio sobre su admisión, lo que pronto llega a saberse, Jack pierde las elecciones.
 - ___ 10. Joe es muy inquieto y se pasea mucho, la enfermera le dice —"si no te sientas en la silla y te quedas quieto, te voy a poner en contención"—.
- a. Incumplimiento de confidencialidad
 - b. Difamación de carácter
 - c. Asalto
 - d. Agresión
 - e. Falso aprisionamiento

R E F E R E N C I A S

- Aiken, T.D. (2004). *Legal, ethical, and political issues in nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- American Hospital Association (AHA). (1992). *A Patient's Bill of Rights*. Chicago: American Hospital Association.
- American Nurses' Association (ANA). (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington, DC: ANA.
- Appelbaum, P.S. (2001, March). Thinking carefully about outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 52(3), 347–350.
- Catalano, J.T. (2006). *Nursing now! Today's issues, tomorrow's trends* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Cournos, F., & Petrila, J. (1992). Legal and ethical issues. In F.I. Kass, J.M. Oldham, & H. Pardes (Eds.), *The Columbia University College of Physicians and Surgeons complete guide to mental health*. New York: Henry Holt.
- Ellis, J.R., & Hartley, C.L. (2004). *Nursing in today's world: Challenges, issues, and trends* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fedorka, P., & Resnick, L.K. (2001). Defining nursing practice. In M.E. O'Keefe (Ed.), *Nursing practice and the law: Avoiding malpractice and other legal rights*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Garner, B.A. (Ed.). (1999). *Black's law dictionary*. St. Paul, MN: West Group.
- Guido, G.W. (2006). *Legal and ethical issues in nursing* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Hall, J.K., & Hall, D. (2001). Negligence specific to nursing. In M.E. O'Keefe (Ed.), *Nursing practice and the law: Avoiding malpractice and other legal risks*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2000). *Restraint and Seclusion Standards for Behavioral Health*. Retrieved on May 16, 2000 from http://www.jcaho.org/standard/restraint_stds.html
- Levy, R.M., & Rubenstein, L.S. (1996). *The rights of people with mental disabilities*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press.
- Maloy, K.A. (1996). Does involuntary outpatient commitment work? In B.D. Sales & S.A. Shah (Eds.), *Mental health and law: Research, policy and services*. Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Marchand, L. (2001). Legal terminology. In M.E. O'Keefe (Ed.), *Nursing practice and the law: Avoiding malpractice and other legal risks*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Medscape Wire (2000). *Joint Commission Releases Revised Restraints Standards for Behavioral Healthcare*. Retrieved February 22, 2007 from <http://psychiatry.medscape.com/MedscapeWire/2000/0500/medwire.0509.Joint.html>
- Mental Health Systems Act. P.L. 96-398, Title V, Sect. 501.94 Stat. 1598, Oct 7, 1980.
- Pappas, A. (2003). Ethical issues. In J. Zerwekh & J.C. Claborn (Eds.), *Nursing today: Transition and trends* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.
- Ridgely, M.S., Borum, R., & Petrila, J. (2001). *The effectiveness of involuntary outpatient Treatment: Empirical evidence and the experience of eight states*. Santa Monica, CA: Rand Publications.
- Schwarz, M., Swanson, J., Hiday, V., Wagner, H.R., Burns, B., & Borum, R. (2001). A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services*, 52(3), 325–329.
- Steadman, H., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M., & Robbins, P. (2001). Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services*, 52(3), 330–336.
- Torrey, E.F. (2001). Outpatient commitment: What, Why, and for Whom. *Psychiatric Services*, 52(3), 337–341.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2003). *Standards for privacy of individually identifiable health information*. Washington, DC: USDHHS.
- Weiss-Kaffie, C.J., & Purtell, N.E. (2001). Psychiatric nursing. In M.E. O'Keefe (Ed.), *Nursing practice and the law: Avoiding malpractice and other legal risks*. Philadelphia: F.A. Davis.

5

CAPÍTULO

CONCEPTOS CULTURALES Y ESPIRITUALES RELEVANTES PARA LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

CONCEPTOS CULTURALES

¿CÓMO SE DIFERENCIAN LAS CULTURAS?

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

CONCEPTOS ESPIRITUALES

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES
Y RELIGIOSAS

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

síndromes relacionados a cultura

curandera

curandero

densidad

distancia

medicina tradicional

chamán

estereotipia

territorialidad

yin y yang

cultura

etnicidad

espiritualidad

religión

CONCEPTOS CENTRALES

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir y diferenciar entre *cultura* y *etnicidad*.
2. Describir seis fenómenos en los cuales se identifican diferencias culturales.
3. Identificar variantes culturales con base en los seis fenómenos, para
 - a. Americanos del norte de Europa

- b. Afroamericanos
- c. Americanos Nativos
- d. Americanos de las islas del Pacífico/Asia
- e. Latinoamericanos
- f. Americanos del oeste de Europa
- g. Americanos Árabes
- h. Americanos Judíos

- 4. Aplicar el proceso de enfermería en el cuidado de individuos de varios grupos culturales.
- 5. Definir y diferenciar entre *espiritualidad* y *religión*.
- 6. Identificar las necesidades espirituales y religiosas del paciente.
- 7. Aplicar los seis pasos del proceso de enfermería a los individuos con necesidades espirituales y religiosas.

CONCEPTOS CULTURALES

¿Qué es *cultura*? ¿Cómo se diferencia la *etnicidad*? ¿Por qué estas dos preguntas son importantes? Las respuestas se encuentran en la faceta cambiante de América (figura 5-1). La inmigración no es nueva en Estados Unidos, en realidad, casi todos los ciudadanos en este país son inmigrantes o descendientes de inmigrantes; este patrón continúa debido a que muchos individuos quieren aprovechar el crecimiento tecnológico y las oportunidades de mejorar socialmente ofrecidas por el país. Griffin (2002) dice:

Casi todos los investigadores concuerdan que Estados Unidos, como anhelo de destino de inmigrantes, continúa creciendo culturalmente. Según la oficina de censos de EUA, el número de residentes nacidos en el exterior del país aumentó de 19.8 millones a poco más de 28 millones entre los años 1900 y 2000. Lo que es más, los expertos predicen que los caucásicos, quienes representan alrededor de 70% de la población de este país, serán poco más de 50% para el año 2050 (p. 14).

¿Cuál es su importancia? Las influencias culturales afectan el comportamiento humano, su interpretación y respuesta; por lo tanto, es esencial para el personal de

Concepto Central

Cultura describe una forma completa de vivir de una sociedad particular, que comprende patrones de creencias compartidos, sentimientos y conocimientos que guían la conducta de las personas y son transmitidas de generación en generación. **Etnicidad** es un término menos amplio, se refiere a personas que se identifican unas a otras por una herencia compartida (Griffith, Gonzalez y Blue, 2003).

enfermería entender los efectos de estas influencias culturales si van a trabajar de manera eficaz con esta población tan diversa. Se debe tener cuidado en no asumir que todos los individuos quienes comparten una cultura o etnia son idénticos; esta manera de pensar se considera una **estereotipia** que debe ser evitada, pues existen muchas variaciones y subculturas dentro de una cultura. Estas diferencias se pueden relacionar con el estado, antecedentes étnicos, residencia, religión, educación y otros factores (Purnell y Paulanka, 2003), por lo que cada individuo debe ser apreciado por su individualidad.

Este capítulo explora las formas en que difieren varias culturas. El proceso de enfermería se aplica a la enferme-

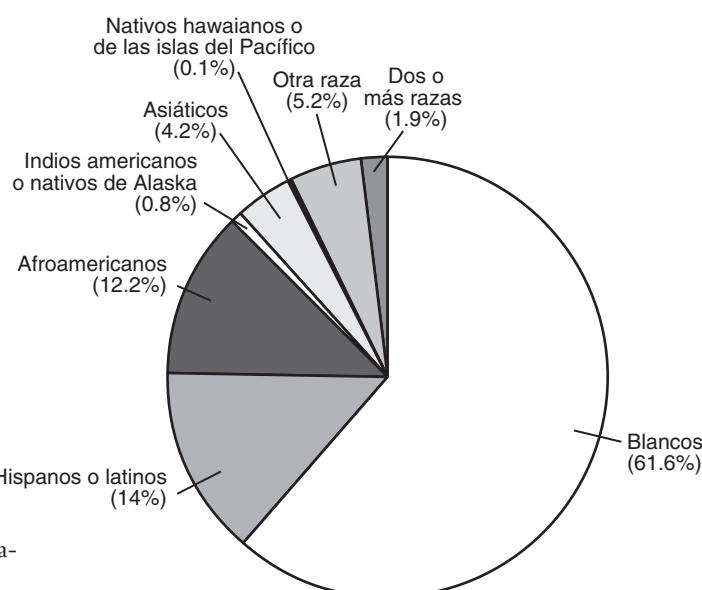


FIGURA 5-1 Desglose de los grupos culturales en Estados Unidos. Fuente: U.S. Census Bureau (2006).

ría en salud mental/psiquiátrica para individuos de los siguientes grupos culturales: americanos noreuropeos, afroamericanos, americanos nativos, americanos de las islas del Pacífico/Asia, latinoamericanos, americanos del oeste de Europa, americanos árabes y americanos judíos.

¿CÓMO SE DIFERENCIAN LAS CULTURAS?

Es difícil generalizar sobre cualquier grupo específico en un país que se caracteriza por su heterogeneidad. En la “olla americana de mezclas” cualquiera o todas las características podrían aplicarse a individuos dentro de cualquiera o de todos los grupos culturales representados. Debido a que estas diferencias continúan integrándose, eventualmente surgirá una cultura americana. Hoy en día esto ya es evidente en ciertas regiones, en particular en las áreas costeras urbanas; sin embargo, todavía existen algunas diferencias, de las cuales es importante que el personal de enfermería esté consciente pues pueden afectar el comportamiento y creencias de un individuo, en particular cuando se aplican al cuidado de la salud.

Giger y Davidhizar (2004) sugieren seis fenómenos culturales que varían con la aplicación y el uso, pero son evidentes entre todos los grupos: (1) comunicación, (2) espacio, (3) organización social, (4) tiempo, (5) control ambiental y (6) variaciones biológicas.

Comunicación

Todo el comportamiento verbal y no verbal en conexión con otro individuo es comunicación. Ésta se expresa a través del lenguaje (vocabulario hablado), paralenguaje (calidad de la voz, entonación, ritmo y velocidad en el habla), y gestos (tocar, expresión facial, movimiento de los ojos, postura corporal y apariencia física). El personal de enfermería que planea el cuidado de la salud debe tener conocimiento de las necesidades y expectativas del paciente cuando se comunican. Un intérprete, al ser una tercera persona, con frecuencia complica las cosas, pero puede ser necesario cuando paciente y enfermera no hablan el mismo idioma. Sin embargo, la interpretación es un proceso muy complejo que requiere sensibilidad a los matices culturales, no sólo traducir las palabras a otro lenguaje. Véase recuadro 5-1 para más información.

Espacio

Los determinantes del espacio se relacionan con el lugar donde se da la comunicación y abarca los conceptos de **territorialidad, densidad y distancia**. La primera se refiere a la tendencia innata a mantener el espacio propio, la cual se presenta sólo si el individuo tiene el control de

RECUADRO 5-1 Con el Uso de Intérprete

Cuando se utiliza un intérprete se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Diríjase de manera directa al paciente en lugar de hablar con el intérprete; mantenga el contacto visual para asegurar la participación del paciente.
- No interrumpa al paciente ni al intérprete; habrá momentos que la interacción sea más prolongada debido a la necesidad de hacer aclaraciones, y las descripciones pueden requerir más tiempo debido a las diferencias de dialecto o a la atención del intérprete a la necesidad del paciente que necesite más preparación antes de contestar una pregunta en particular.
- Pida al intérprete traducciones literales para que pueda evaluar lo que el paciente está pensando y entendiendo.
- Evite utilizar términos médicos que el intérprete o el paciente no entiendan.
- Evite hablarle o comentarle al intérprete, el paciente puede sentirse excluido y estresado.
- Esté consciente de que al hacer preguntas íntimas o cargadas emocionalmente pueden ser difíciles tanto para el paciente como para el traductor; conduzca estas preguntas con lentitud. Siempre pida permiso para hablar de estos temas primero, y prepare al intérprete para el contenido del cuestionario.
- Cuando sea posible, permita al paciente y al intérprete conocerse para establecer una buena compenetración. Si es posible trate de que sea el mismo intérprete para las siguientes entrevistas.
- Si es posible, pida que los intérpretes sean del mismo género que los pacientes y de la misma edad. Para hacer el mejor uso del tiempo del intérprete, decida de antemano qué preguntas hará; hable con el intérprete brevemente antes de ver al paciente para que el intérprete sepa lo que planea preguntar. Durante la sesión, enfrente al paciente, y dirija sus preguntas al paciente y no al intérprete.

Fuente: Gorman, L.M., Raines, M.L., & Sultan, D.F. (2002). *Psychosocial Nursing for General Patient Care*, ed 2. Philadelphia: F.A. Davis. Con autorización.

un espacio y puede establecer reglas para el mismo (Giger y Davidhizar, 2004). La densidad se refiere al número de personas dentro de un ambiente determinado, cuya influencia ha sido demostrada a través de la interacción. La distancia es el medio por el cual varias culturas utilizan el espacio para comunicarse. Hall (1966) identificó tres dimensiones primarias de espacio de interacción interpersonal en la cultura occidental: el espacio íntimo (de 0 a 46 cm), la zona personal (de 46 cm a 1 m), y la zona social (de 1 a 3 m aproximadamente).

Organización Social

El comportamiento cultural social se adquiere a través de un proceso llamado *aculturación*, el cual incluye la adquisición del conocimiento e interiorización de los valores (Giger y Davidhizar, 2004). Los niños son culturizados por observar a los adultos dentro de sus organizaciones sociales, que incluyen a las familias, grupos religiosos y grupos étnicos.

Tiempo

Estar consciente del concepto del tiempo es un proceso de aprendizaje gradual, algunas culturas dan gran importancia a los valores que se miden por él; por ejemplo, la puntualidad y la eficiencia son muy valorados en Estados Unidos, pero de poca importancia en otros países; en cambio, los campesinos en Argelia llaman al reloj el “molinillo del diablo” (Giger y Davidhizar, 2004) y no tienen noción del tiempo para establecer citas o para comer, son indiferentes por completo al paso de las horas en el reloj y desprecian la prisa en todos los esfuerzos humanos.

Control Ambiental

La variable del control ambiental tiene relación con el grado en el cual los individuos perciben haber sido controlados por su ambiente, es decir, las creencias culturales y las prácticas influyen en la respuesta al ambiente durante períodos de bienestar y enfermedad. Para proporcionar cuidado apropiado culturalmente, el personal de enfermería no sólo debe respetar las creencias únicas del individuo, sino entender cómo éstas pueden ser utilizadas para promover la salud óptima en el ambiente del paciente.

Variaciones Biológicas

Existen diferencias biológicas entre las personas en varios grupos raciales. Giger y Davidhizar (2004) mencionan lo siguiente:

El mayor argumento para incluir conceptos en las variaciones biológicas en la educación en enfermería y, de manera subsecuente, en su práctica, es que los hechos científicos sobre variaciones biológicas pueden ayudar a la enfermera a dar un cuidado de salud apropiado de manera cultural (p. 136).

Estas diferencias incluyen estructura corporal (tanto tamaño como forma), color de piel, respuestas psicológicas a la medicación, patrones de electrocardiografía, susceptibilidad a enfermedades, así como preferencias y deficiencias nutricionales.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Datos de Evaluación de Antecedentes

En el recuadro 5-2 se presenta un formato para evaluación cultural utilizado para obtener información relacionada con la cultura y etnicidad, importante para planear el cuidado del paciente.

Americanos del Norte de Europa

Los americanos del norte de Europa tienen su origen en Inglaterra, Irlanda, Gales, Finlandia, Suiza, Noruega y los estados bálticos de Estonia, Latvia y Lituania. Su lenguaje tiene raíces en el de los primeros colonos de Estados Unidos, con la influencia de inmigrantes de todo el mundo cuyos descendientes forman en la actualidad lo que se considera el grupo cultural dominante en Estados Unidos. Los dialectos específicos y la variación del habla son comunes para varias regiones del país. Los americanos del norte de Europa valoran el territorio, esto significa que el espacio personal es de aproximadamente 50 cm a un metro.

Con la llegada de la tecnología y la mayor movilidad se ha hecho menos énfasis en la unión de la familia; los datos de matrimonios, divorcios y nuevos matrimonios en Estados Unidos muestran que 43% de los primeros terminan en separación o divorcio a los 15 años (*Centers for Disease Control [CDC]*, Centros para el Control de Enfermedades, 2001). El valor que antes tenía la religión parece haber disminuido, con la excepción de que pocos meses después de los ataques terroristas del 11 de septiembre del 2001, aumentó la asistencia a las iglesias; pero se había informado una disminución en la misma desde 1991 (*Barna Research Online*, 2007). La puntualidad y la eficiencia son muy valorados en la cultura que promueve el trabajo ético, y la mayoría dentro de este grupo cultural tienden a orientarse al futuro (Murray y Zentner, 2001).

Los americanos originarios del norte de Europa, en particular los de clase media, valoran la medicina preventiva y los cuidados primarios de la salud; estos valores van junto con el nivel educacional del grupo socioeconómico, éxito logrado y capacidad financiera para mantener un estilo de vida sano; la mayoría reconoce la importancia del ejercicio físico regular. Este grupo tiene una estructura corporal media y piel blanca, lo que se considera un resultado de evolución por vivir en el norte de Europa, frío y nuboso (Giger y Davidhizar, 2004).

La carne y ciertos mariscos, como la langosta, son considerados de estatus elevado entre muchas personas (Giger y Davidhizar, 2004); sin embargo, los hábitos de alimentación cambiantes pueden traer buenas y malas noticias; una buena es que la gente aprende a comer de manera más sana, al disminuir la cantidad de grasa y aumentar los nutrientes en la dieta; una mala es que disfrutan la comida rápida, esto conforma su estilo de vida rápido.

Americanos Africanos

El dialecto de muchos afroamericanos es diferente del considerado el estándar del inglés. Su origen no se entiende con claridad, pero se piensa que es una combinación de

RECUADRO 5–2 Herramienta de Evaluación Cultural

Nombre del paciente _____ Origen étnico _____
 Dirección _____
 Fecha de nacimiento _____
 Nombre de alguien significativo _____ Relación _____
 Primer idioma hablado _____ Segundo idioma hablado _____
 ¿Cómo se comunica el paciente por lo general con personas que hablan otro idioma? _____
 Necesita intérprete _____
 Disponibilidad _____
 Grado de escolaridad _____
 Ocupación _____
 Problema que presenta _____
 ¿Se ha presentado este problema con anterioridad? _____
 Si es así, ¿de qué manera se manejó? _____
 ¿En qué forma enfrenta el paciente el estrés? _____
 ¿Quién o quiénes le dan apoyo al paciente? _____
 Describa los convenios de vida de la familia _____

 ¿Quién toma las decisiones en la familia? _____
 Describa los roles de los miembros de la familia del paciente dentro de la misma _____
 Describa las creencias y prácticas religiosas _____

 ¿Existe algún requerimiento o restricción que ponga limitantes al cuidado del paciente? _____
 Si es así, describa cuáles son _____

 ¿Quién en la familia toma la responsabilidad en lo relacionado con la salud? _____
 Describa cualquier creencia y práctica especial en relación a la salud _____

 ¿A quién busca la familia cuando necesita asistencia médica? _____
 Describa la respuesta emocional y/o de comportamiento usual a:
 Ansiedad _____
 Enojo _____
 Pérdida/cambio/fracaso _____
 Dolor _____
 Miedo _____
 Describa cualquier tópico particularmente delicado o que el paciente se niegue a discutir (debido a tabú cultural) _____

 Describa cualquier actividad en la cual el paciente se niegue a participar (debido a cuestiones culturales o tabú)

 ¿Cuáles son los sentimientos del paciente en relación a ser tocado? _____
 ¿Cuáles son los sentimientos del paciente en relación con el contacto visual? _____
 ¿Cuál es la orientación personal del paciente en relación con el tiempo (pasado, presente, futuro)? _____
 Describa cualquier enfermedad particular a la que el paciente pueda ser susceptible bioculturalmente (p. ej., hipertensión y anemia drepanocítica en individuos de raza negra) _____
 Describa cualquier deficiencia nutricional a la cual el paciente sea bioculturalmente susceptible (p. ej., intolerancia a la lactosa en americanos asiáticos) _____
 Describa los alimentos favoritos del paciente _____
 ¿Hay algún alimento que el paciente requiera o rechace por creencias culturales relacionados con esta enfermedad (p. ej., “caliente” y “frío” para los latinoamericanos y para los asiáticos)? Si es así, describa cuáles son: _____
 Describa la percepción del paciente del problema y las expectativas del cuidado de la salud _____

varios lenguajes africanos y de otros grupos culturales (p. ej., danés, francés, inglés y español) presentes en Estados Unidos en el momento de su colonización. El espacio personal tiende a ser más pequeño que para la cultura dominante.

Los patrones de discriminación provienen de los años de esclavitud, hacen evidente la segregación aún existente, lo cual puede observarse en barrios, iglesias y escuelas en algunas ciudades. Algunas personas de raza negra encuentran demasiado difícil tratar de adaptarse a la cultura prin-

cipal y eligen permanecer dentro de su propia organización social.

En el 2005, el 31% de los hogares de afroamericanos eran dirigidos por una mujer (*U.S. Census Bureau*, 2006). Los sistemas de apoyo social pueden ser amplios e incluyen hermanas, hermanos, tíos, primos, novios, novias, vecinos y amigos. Muchos tienen una fuerte orientación religiosa, la mayoría practica alguna forma de protestantismo (Harris, 2004).

Los afroamericanos adaptados a la cultura dominante parecen ser bien educados, profesionales y orientados al futuro; en cambio, los que no se han llegado a incorporar, consideran la planeación para el futuro como sin esperanza, con base en experiencias previas y encuentros de racismo y discriminación (Cherry y Giger, 2004). Pueden estar sin empleo o tener empleos mal pagados, con pocas expectativas de mejoramiento. Este grupo no parece valorar el tiempo o la puntualidad, lo que con frecuencia se señala como irresponsabilidad por el grupo dominante.

Algunos americanos negros, en particular los de la parte rural del sur, pueden alcanzar la adultez sin haber ido nunca al médico, pues reciben cuidados clínicos de practicantes de medicina tradicional local llamados “granny” (abuelita), o “la anciana”, o de un “espiritualista”. La incorporación al sistema de **medicina tradicional** está basada en la creencia de que la salud es un regalo de Dios, mientras la enfermedad es un castigo o una retribución por el pecado y el demonio. De manera histórica, los individuos de raza negra se han volcado a la medicina tradicional ya sea porque no pueden pagar el tratamiento médico de la corriente principal, o por la insensibilidad por parte de los profesionales del sistema de cuidado de la salud.

La talla de los afroamericanos varía muy poco de sus contrapartes americanos del norte de Europa; el color de la piel varía de blanco a café muy oscuro a negro, lo que ofrecía a los ancestros de este grupo protección del sol y del calor tropical.

Con frecuencia se presenta hipertensión y anemia drepanocítica; en el caso de la hipertensión lleva un factor de riesgo fuertemente hereditario, mientras que la anemia se deriva genéticamente. El alcoholismo es un grave problema entre la comunidad negra, esto conduce a una elevada incidencia de enfermedades relacionadas con el mismo y la muerte (Cherry y Giger, 2004).

La dieta de casi todos los de raza negra difiere poco de los miembros de la cultura dominante; sin embargo, algunos siguen su herencia y todavía disfrutan lo que se ha llegado a conocer como comida con “alma”, lo que incluye ensalada de poke, col verde, frijoles, maíz, pollo frito, guisantes de ojo negro, maíz molido, quingombó y pan de maíz; estos alimentos se consideran ahora comida típica sureña, se consumen de manera regular.

Americanos Nativos

El Departamento de Asuntos Indios (BIA) reconoció 563 tribus indias y grupos nativos de Alaska en Estados Unidos (Wikipedia, 2007). Se hablan alrededor de 250 lenguas tribales y muchas son escritas (Oficina de Justicia Tribal, 2007). Menos de la mitad de estas personas todavía viven en reservaciones, pero la mayoría regresa a su hogar para participar en la vida familiar y tribal, algunas veces para retirarse con ellos. El tocar es un aspecto de comunicación que difiere en los americanos nativos de la cultura dominante americana, algunos ven el saludo tradicional de estrechar la mano como algo agresivo; en cambio, si se le ofrece la mano a alguien, puede ser aceptable un toque ligero o sólo pasar las manos (Still y Hodgins, 2003). Algunos americanos nativos no tacarán a una persona fallecida (Hanley, 2004).

Los americanos nativos pueden parecer silenciosos, reservados e incómodos si expresan sus emociones, debido a que su cultura valora el mantener los pensamientos para sí mismos.

El concepto de espacio es muy concreto, con frecuencia está saturado de miembros de familias nucleares y extensas, ya que para ellos una gran red de parientes es muy importante; sin embargo, existe una necesidad por espacios extensos, como se demuestra en la distancia de muchos metros entre los hogares individuales o los campamentos.

Las organizaciones sociales primarias de los nativos americanos son la familia y la tribu; desde la infancia se les enseña su importancia; las tradiciones son transmitidas por los ancianos, a los niños se les enseña a respetar la tradición y a honrar la sabiduría.

Están muy orientados “al ahora”, las secuencias importantes de tiempo son: presente, pasado y futuro, pero con poco énfasis en el último (Still y Hodgins, 2003). Este grupo no está condicionado por el reloj, algunos ni siquiera tienen. El concepto del tiempo es muy casual, se cumple con las tareas sin una noción particular en mente, sino sólo orientados a un marco presente.

Las prácticas religiosas y de salud están interrelacionadas en la cultura de los nativos americanos. Al sanador se le llama **chamán**; puede utilizar gran variedad de métodos en su práctica, algunos dependen de “observar cristales” para diagnosticar la enfermedad, otros cantan y realizan ceremonias elaboradas de sanación, algunos utilizan hierbas y otras plantas o raíces para preparar remedios con propiedades curativas. Los sanadores nativos americanos y el Servicio de Salud India de EUA han trabajado juntos con respeto mutuo por muchos años. Hanley (2004) relaciona que un sanador puede consultar un médico en relación al cuidado de un paciente en el hospital. Los pacientes pueden recibir en algunas ocasiones pases hos-

pitalarios para participar en ceremonias de sanación que se llevan a cabo fuera del hospital. Los estudios de investigación han continuado mostrando la importancia de cada uno de estos sistemas de cuidado de salud para el bienestar de la gente nativa americana.

Los nativos americanos son típicamente de talla promedio con tintes rojizos en la piel que pueden parecer ligeramente café medio; los huesos de los pómulos por lo general sobresalen y su nariz presenta grandes puentes, tal vez es el resultado evolutivo de vivir en climas muy secos.

Los riesgos de enfermedad y muerte prematura por alcoholismo, diabetes, tuberculosis e influenza son mayores para los americanos nativos que para el resto de la población en EUA (*Indian Health Service [IHS]*, 2001). El alcoholismo es un problema muy diseminado entre este grupo (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]*, 2004); se piensa que es un síntoma de depresión en muchos casos y que contribuye a otros problemas graves tales como accidentes automovilísticos, homicidios, abuso de la esposa e hijos y suicidios.

Las frutas y vegetales verdes, con frecuencia escasean en muchas de las regiones geográficas indias definidas federalmente. Se identifican la carne y los productos del maíz como los alimentos preferidos; la ingestión de fibra es baja, mientras que la de grasa es de la variedad saturada. Una gran parte vive en o cerca de las reservaciones reconocidas por el gobierno federal o estatal, y reciben alimentos aportados por el Departamento de Agricultura de EUA a través de un programa de distribución de alimentos (*U.S. Department of Agriculture*, 2004).

Americanos de las Islas del Pacífico/Asia

Los americanos asiáticos componen alrededor del 4% de la población de EUA; esta cultura incluye poblaciones (y sus descendientes) de Japón, China, Vietnam, Filipinas, Tailandia, Camboya, Corea, Laos y las islas del Pacífico. Aunque aquí se agrupan como una sola cultura, es importante tener en mente que existe una multiplicidad de diferencias en relación con actitudes, creencias, valores, prácticas religiosas y lenguaje.

Muchos americanos asiáticos, en particular los japoneses, son la tercera e incluso cuarta generación, quienes se han acoplado a la cultura de EUA. Ng (2001) describe tres patrones comunes para los americanos asiáticos en su intento por ajustarse a la cultura americana:

1. Los tradicionalistas son la generación más vieja de asiáticos quienes conservan muy arraigado los valores y prácticas de su cultura nativa. Su mayor lealtad es para su familia biológica.
2. Las personas marginales rechazan los valores tradicionales abrazando por completo la cultura occidental,

con frecuencia son miembros de las generaciones más jóvenes.

3. Los americanos asiáticos incorporan los valores tradicionales con los valores y creencias occidentales. Llegan a integrarse a la cultura americana, mientras mantienen una conexión con su cultura ancestral.

Los lenguajes y dialectos de los americanos asiáticos son muy diversos, en general, comparten una creencia similar en la interacción armoniosa, levantar la voz es interpretado como signo de pérdida del control. El inglés es muy difícil para hablarlo con fluidez e, incluso los americanos asiáticos bilingües pueden tener problemas de comunicación por las diferencias en el significado designado a ideas no verbales tales como gestos faciales, entonación verbal y movimientos corporales. Por otra parte, en la cultura asiática el tocarse durante la comunicación ha sido considerado históricamente inaceptable. Sin embargo, con el inicio de la culturización occidental, las generaciones más jóvenes aceptan tocarse como algo apropiado; se evita el contacto visual por tener una connotación grosera y falta de respeto en algunas culturas asiáticas. Los espacios personal y social son más grandes que para la cultura americana dominante. Algunas personas tienen gran dificultad en expresar emociones y debido a su reservado comportamiento público, son percibidos como tímidos, fríos o desinteresados.

La familia es su máxima organización social, por lo que se enfatiza la lealtad a la misma por encima de todo lo demás; se espera que los niños obedezcan y honren a sus padres, la desobediencia se percibe como un motivo de deshonor. La piedad filial (la obligación social de uno o el deber para con los padres) es altamente considerada, no cumplir con estas obligaciones puede crear una gran carga de culpa y vergüenza en una persona. Existe también una jerarquía cronológica en la cual los mayores tienen las posiciones de autoridad, al grado que varias generaciones o familias extensas comparten un solo patriarca.

Aunque la educación es muy valorada entre los americanos asiáticos, pueden permanecer subeducados. Las creencias religiosas y las prácticas son muy diversas y muestran influencias de religiones como taoísmo, budismo, confucionismo, islamismo y cristianismo (Giger y Davidhizar, 2004).

Muchos están orientados tanto al pasado como al presente, le dan énfasis a poner sus deseos en las manos de sus ancestros mientras se ajustan a las demandas del presente. Se le da poco valor a apegarse a esquemas o estándares rígidos de actividades.

El restaurar el equilibrio del **yin** y el **yang** es el concepto fundamental de las prácticas de salud asiáticas (Spector, 2004). El **yin** y el **yang** representan fuerzas opuestas de energía, tales como positivo/negativo, obscuridad/luz,

frío/calor, duro/suave y femenino/masculino, por consiguiente cuando hay una alteración en el equilibrio de estas fuerzas de energía se presenta la enfermedad. En medicina, los opuestos se expresan como “caliente” y “frío”, cuyo equilibrio tiene como resultado la salud (Wang, 2003); además, los alimentos, medicinas y hierbas se clasifican de acuerdo a sus cualidades de frío o caliente y se utilizan para restaurar el equilibrio entre el yin y el yang (frío y caliente), por lo tanto, restauran la salud.

Los americanos asiáticos por lo general son pequeños y de estructura fuerte. La obesidad es muy poco común, los colores de piel van desde blanco a café medio con tonos amarillos. Otras características físicas incluyen los ojos en forma de almendra con una ligera inclinación de los párpados y poco pelo en el cuerpo, en particular los hombres no presentan pelo en el pecho, y el de la cabeza con frecuencia es áspero, grueso, liso y negro.

Los alimentos principales son arroz, vegetales y pescado; la leche casi no se consume ya que la mayoría son intolerantes a la lactosa. Con la culturización occidental, su dieta está cambiando, consumen más carne y el porcentaje de grasa en la dieta está aumentando.

Muchos americanos asiáticos creen que la enfermedad mental es sólo un comportamiento que se salió de control, lo ven con mucha vergüenza para el individuo y su familia, por lo que con frecuencia tratan de curar a la persona enferma ellos mismos hasta que la situación se sale de sus manos. Es poco frecuente para las personas de este grupo somatizar, expresando angustia a través de varias molestias físicas que pueden ser vistas con mayor aceptación que expresando verdaderas emociones (Ishida y Inouye, 2004).

La incidencia en la dependencia del alcohol es baja entre los asiáticos, lo cual puede ser resultado de una posible intolerancia genética, es decir, algunos desarrollan síntomas desagradables como enrojecimiento, cefalea y palpitaciones. Las investigaciones indican que los síntomas se deben a una variante de una isoenzima que convierte al alcohol rápidamente en acetaldehído y la ausencia de una isoenzima que es necesaria para oxidar el acetaldehído, esto provoca una acumulación rápida del alcohol, causante de estos desagradables síntomas (Wall y col., 1997).

Latinoamericanos

Los latinoamericanos son el grupo de crecimiento más rápido en Estados Unidos, comprenden el 14% de la población (*U.S. Census*, 2006), y representan el grupo étnico minoritario más grande.

Los ancestros de los latinoamericanos provienen de México, España, Puerto Rico, Cuba así como de otros países de América Central y Sudamérica. El lenguaje

común es el español, hablado con cierto número de dialectos de diferentes etnias; el tocarse es una forma común de comunicarse entre los latinos; sin embargo, son muy modestos y se vuelven retraídos si se daña su modestia (Murray y Zentner, 2001). Tienden a ser muy diplomáticos y considerados, con frecuencia parecen agradecidos de la cortesía de la persona con quien se comunican; es sólo después de la interacción que queda claro el verdadero contexto.

Los latinoamericanos están muy orientados al grupo, es muy importante para ellos interactuar con sus parientes, donde se abrazan y tocan mucho. La familia es la organización social primaria e incluye familia nuclear así como miembros de familias numerosas; la familia nuclear está dominada por el hombre, el padre representa la máxima autoridad.

Los latinoamericanos tienden a estar orientados al presente; el concepto de ser puntual y dar atención a actividades que se relacionan con el futuro es percibido como menos importante que aquellas actividades orientadas al presente que no pueden ser recuperadas más allá del momento actual.

La religión predominante para este grupo es el catolicismo romano; la mayoría se identifica con la iglesia católica romana, incluso aunque no asistan. Las creencias religiosas y prácticas parecen tener una influencia fuerte en sus vidas, en especial en momentos de crisis, tales como enfermedad y hospitalización; cuentan con el sacerdote y la familia para llevar a cabo importantes rituales religiosos tales como hacer promesas, ofrecer velas, visitar santuarios y ofrecer oraciones (Spector, 2004).

Las creencias tradicionales en relación con la salud son una combinación de elementos que incorporan aspectos del catolicismo romano, de los ancestros indios y de los españoles. Al sanador tradicional se le llama *curandero* o *curandera*. Entre los latinoamericanos tradicionales se cree que el curandero tiene el don de Dios para sanar al enfermo y, con frecuencia, es el primer contacto cuando se presenta alguna enfermedad. Los tratamientos incluyen masajes, descanso, sugerencias, práctica de consejos, hierbas indígenas, oraciones, magia y rituales sobrenaturales (Gonzalez y Kuipers, 2004). Muchos todavía creen en la “teoría de caliente y frío” de la enfermedad, lo cual es similar al concepto asiático del yin y el yang discutido con anterioridad. Las enfermedades, los alimentos y medicinas utilizados para tratarlas se clasifican como “calientes” y “frías”, y la intención es restaurar el estado de equilibrio.

Los latinoamericanos por lo general son de menor estatura que el promedio de la cultura americana dominante; el color de la piel puede variar de claro a café oscuro. Las investigaciones indican menos enfermedades mentales entre los latinos que en la población general;

esto puede ser por la fuerte unión de la familia y el apoyo dado durante momentos de estrés. Como los patrones de conducta están definidos con claridad, se presentan menos conflictos dentro de la familia.

Americanos del Oeste de Europa

Los americanos provenientes del oeste de Europa tienen su origen en Francia, Italia y Grecia. Cada una de estas culturas presenta su propio lenguaje con cierto número de dialectos notables en cada lengua. Se conocen por ser cálidos y afectuosos, tienden a ser expresivos físicamente, utilizan mucho el lenguaje corporal, incluso abrazar y besar.

Como los latinoamericanos, este grupo está muy orientado a la familia, interactúan en grandes grupos, y es frecuente que varias generaciones vivan juntas o con proximidad unas de otras. Existe una fuerte fidelidad a la herencia cultural, a menudo, en particular entre los italianos, se encuentran colonizaciones que permanecen juntas.

Los papeles dentro de la familia están bien definidos, con el hombre a la cabeza; por su parte, las mujeres ven su función como madre y ama de casa, los niños son muy apreciados y queridos. Los adultos mayores se mantienen en posiciones de respeto, con frecuencia son cuidados dentro del hogar en lugar de llevarlos a asilos.

La religión predominante es el catolicismo romano para los franceses e italianos; y la ortodoxa griega para los griegos. Tienen ciertas tradiciones religiosas alrededor de los momentos de transición; se observan misas y rituales para los nacimientos, primeras comuniones, matrimonios, aniversarios y muertes.

Los europeos del oeste tienden a estar orientados al presente con un punto de vista de fatalidad hacia el futuro; se le da prioridad al aquí y al ahora, dejando el futuro a la voluntad de Dios.

Casi todos siguen creencias y prácticas de salud de la cultura dominante americana, pero todavía continúan algunas creencias y supersticiones tradicionales. Spector (2004, p. 285) informa las siguientes supersticiones y prácticas de los italianos que se relacionan con la salud y enfermedad:

- Las anomalías congénitas pueden ser atribuidas a deseos insatisfechos de alimentos durante la gestación.
- Si a una embarazada no se le da el alimento que ella ansía o huele, el feto se moverá en su interior y puede provocar un aborto.
- Si una mujer gestante se flexiona, gira o se mueve en cierta forma, el feto puede no desarrollarse de manera normal.
- Una mujer no puede estirarse durante la gestación debido a que el estiramiento puede dañar al feto.

- Sentarse a “tomar el aire fresco” puede causar frío y favorecer una neumonía.

Este autor recuerda a su propia abuela italiana inmigrante calentar grandes coles y colocarlas en sus glándulas parótidas durante un brote de paperas; las verduras no hicieron nada de manera indudable, ¡pero éstas (junto con el tierno y amoroso cuidado) se sintieron maravillosas!

Los europeos del oeste son de estatura promedio; el color de la piel varía de blanca a café medio; el pelo por lo general es negro, pero algunos italianos tienen ojos azules y cabello rubio. La comida es muy importante, en el mundo es famosa la cocina italiana, la griega y la francesa, además es utilizada de una manera social, como también con propósitos nutricionales; todos consumen vino (incluso los niños) y es la bebida de elección con los alimentos; por lo contrario, entre los griegos americanos, la embriaguez provoca desgracias en el individuo y en las familias (Tripp-Reimer y Sorofman, 1998).

Americanos Árabes*

Los americanos árabes encuentran a sus ancestros y tradiciones en las tribus nómadas del desierto de la Península Arábiga; los países árabes incluyen Argelia, Bahrein, Islas Comores, Yibuti, Egipto, Irak, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Mauritania, Marruecos, Omán, Palestina, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, Siria, Túnez, Emiratos Árabes Unidos y Yemen. La primera ola de inmigrantes, principalmente cristianos, llegaron a Estados Unidos entre 1887 y 1913 buscando oportunidades económicas, éstos y sus descendientes típicamente residen en centros urbanos del noreste; la segunda ola entró a EUA después de la Segunda Guerra Mundial, casi todos refugiados de países acosados por la guerra y la inestabilidad política. Muchos de ellos se asentaron en Texas y Ohio. Este grupo incluye un gran número de profesionistas e individuos que buscan grados académicos, quienes de manera subsecuente se quedan en Estados Unidos. La mayoría es musulmana y prefiere las ocupaciones profesionales.

El árabe es el lenguaje oficial, el inglés es la segunda lengua; sin embargo, la comunicación puede dar grandes problemas en la atención a la salud debido a que es altamente contextual, donde las expectativas no habladas son, en realidad, más importantes que las palabras. Las personas conversan paradas cerca uno del otro, mantienen un firme contacto visual, y tocan (sólo miembros del mismo sexo) la mano o el hombro del otro.

El diálogo es en voz alta y expresivo, se caracteriza por la repetición y gesticulación, en particular cuando son dis-

*Tomado de Purnell, L.D. & Paulanka, B.J. *Guide to Culturally Competent Health Care* (2005). © F.A. Davis. Con autorización.

cusiones serias; los observadores que atestiguan la conversación desapasionadamente pueden asumir de manera incorrecta que los árabes son argumentativos, confrontativos o agresivos. Se valora la privacidad, muchos se resisten a abrir la información personal a extraños, en especial cuando se relaciona con las condiciones de enfermedad de algún familiar. Entre amigos y parientes, los árabes expresan sus sentimientos con libertad; los musulmanes devotos pueden no estrechar la mano de las mujeres, y cuando un hombre árabe es presentado con una mujer árabe, espera a que ella extienda la mano.

La puntualidad no es tomada en serio excepto en casos de negocios o reuniones profesionales. Los eventos sociales y las citas tienden a no tener una hora fija de inicio o término.

Los papeles de cada género están claramente definidos; el hombre es la cabeza de la casa, la mujer está subordinada; aquellos son proveedores, protectores y toman las decisiones. Las mujeres son responsables del cuidado y educación de los hijos y de conservar un matrimonio exitoso al atender las necesidades del cónyuge.

La familia es la organización social primaria, los niños son amados y consentidos; el padre los disciplina mientras la madre es una aliada y mediadora. La lealtad a la familia tiene prevalencia sobre las necesidades personales y, en su momento, los hijos son responsables del apoyo a los padres.

Las mujeres valoran la modestia, en especial las musulmanas devotas, para quienes se expresa con su atuendo, muchas ven el *bijab*, “cubrir el cuerpo excepto la cara y las manos”, como protección en situaciones en que se mezclan los sexos.

Casi todos los árabes tienen la piel oscura o de color oliva, pero algunos tienen pelo rubio o castaño rojizo y ojos azules. Las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, paludismo, tracoma, tifus, hepatitis, fiebre tifoidea, disentería, e infecciones parasitarias son comunes entre los nuevos inmigrantes; la anemia drepanocítica y la talasemia son frecuentes en personas provenientes del este del Mediterráneo. El estilo de vida sedentario y la gran ingestión de grasa entre los americanos árabes los coloca en gran riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Los índices de exámenes de cáncer de mama, mamografías y pruebas de Papanicolaou son bajos debido al pudor.

Su cocina comparte muchas características generales, las especias y hierbas incluyen canela, hierbas de olor, clavo, jengibre, comino, menta, perejil, hojas de laurel, ajo y cebollas; el pan acompaña cada alimento y es considerado como un regalo de Dios; los alimentos más populares son el cordero y el pollo. Los musulmanes tienen prohibido comer carne de cerdo y productos porcinos. Los alimentos se toman con la mano derecha debido a que se consi-

dera limpia, beber y comer al mismo tiempo se ve como algo no sano. Se cree que comer de manera apropiada, consumir alimentos nutritivos y ayunar cura las enfermedades. El motivo más frecuente por el que buscan los servicios de salud son los problemas gastrointestinales, la intolerancia a la lactosa es común.

La mayoría de los árabes son musulmanes; el Islam es la religión de casi todos los países árabes. No hay separación de la iglesia y el estado, así que, en cierta medida, la participación religiosa es obligatoria. Muchos musulmanes creen en combinar la medicina espiritual, por lo que llevan a cabo oraciones diarias y leen o escuchan al Corán con tratamientos médicos convencionales; en el caso de pacientes devotos, pueden pedir que su silla o cama esté orientada hacia la Meca, y disponer de una vasija para el lavado ritual o abluciones antes de rezar. Algunas veces se considera la enfermedad como un castigo por los pecados cometidos.

La enfermedad mental se considera un gran estigma social, los signos psiquiátricos pueden ser negados o atribuidos a que están “mal de los nervios” o a espíritus malignos. Cuando los individuos sufren de alguna enfermedad mental buscan cuidado médico, parecen presentar una gran variedad de quejas vagas tales como dolor abdominal, debilidad, anorexia y dificultad respiratoria. Con frecuencia, los pacientes esperan y pueden insistir en tratamientos sintomáticos, tales como “vitaminas y tónicos”; cuando aceptan el diagnóstico de enfermedad mental, prefieren el tratamiento con medicamentos más que de consejería.

Americanos Judíos

Ser judío es pertenecer a un grupo definido de personas y a una religión específica; el término *judío* no se refiere a una raza. Llegaron a Estados Unidos predominantemente de España, Portugal, Alemania y del este de Europa (Swartz, 2004), por esto hay más de cinco millones de judíos americanos, localizados principalmente en grandes áreas urbanas.

Existen cuatro grupos religiosos principales de judíos en la actualidad: ortodoxos, reformados, conservadores y reconstruccionistas. Los primeros se adhieren a la interpretación estricta y aplicación de las leyes y ética judías; ellos creen que las leyes descritas en la Toráh (los cinco libros de Moisés), son divinas, eternas e inalterables. El judaísmo reformado es el grupo religioso más grande en Estados Unidos, creen en la autonomía del individuo para interpretar el código de la ley judía, es decir, son liberales. Los conservadores también aceptan una interpretación menos estricta, creen que el código de leyes proviene de Dios, pero tienen la flexibilidad y adaptación para absorber algunos aspectos de la cultura, mientras que permane-

cen fieles a sus valores. Los reconstruccionistas tienen puntos de vista modernos que por lo general sobrepasan las leyes judías tradicionales, no creen que los judíos sean el pueblo escogido de Dios, rechazan la noción de intervención divina y hay una aceptación general por los matrimonios interreligiosos.

La primera lengua de los judíos americanos es el inglés; el hebreo, la lengua oficial de Israel y la Toráh, se utiliza para hacer oración y se enseña en la educación religiosa. Los primeros inmigrantes hablaban el dialecto judío-alemán llamado *yiddish*, algunas de estas palabras han llegado a ser parte del inglés americano (p. ej., *klutz, kosher, tush*).

Aunque la ley tradicional judía está claramente orientada por hombres, en la actualidad, con la culturización, se ve poca diferencia en relación con los papeles de género. La educación formal es un valor muy respetado, un gran porcentaje de judíos americanos alcanzan grados avanzados y se emplean como profesionistas (p. ej., en ciencia, medicina, leyes, educación) más que el total de la población blanca total de EUA.

Mientras que la mayoría de los judíos viven para el hoy, planean para y se preocupan por el mañana; son criados con historias de su pasado, en especial del holocausto; están advertidos sobre “nunca más”, para que no se repita la historia, por lo tanto, su orientación del tiempo es de manera simultánea hacia el pasado, el presente y el futuro (Purnell y Paulanka, 2005).

Los niños son valorados como tesoros, se consideran bendiciones, son tratados con respeto y se les provee con amor; tienen un papel activo en casi todas las celebraciones de fiesta y en los servicios. Respetar y honrar a los padres es uno de los Diez Mandamientos, se espera que los niños estén agradecidos por siempre a sus padres por darles el regalo de la vida (Purnell y Paulanka, 2005). El rito de entrada a la adultez ocurre con una ceremonia religiosa llamada *bar o bat mitzvah* (hijo o hija de los mandamientos), por lo general es una celebración familiar.

Los judíos difieren en gran medida en apariencia física, de acuerdo con el área del mundo de la cual provienen; los ancestros de la región del Mediterráneo y del este de Europa pueden tener piel blanca con pelo rubio o piel más oscura con pelo castaño; los descendientes asiáticos comparten características orientales, y los judíos etíopes (*falashas*) son negros (Schwartz, 2004).

Debido al respeto que sienten por los médicos y el énfasis en mantener la salud física y mental, son personas que cuidan su salud, en general, practican el cuidado preventivo de visitas al médico y al dentista, con exámenes de rutina. La circuncisión para los niños es tanto un procedimiento sistemático como un rito religioso, se lleva a cabo al octavo día de nacimiento. Es una festividad familiar que, por lo general, se realiza en casa y se invita a muchos parientes.

Cierto número de enfermedades genéticas es más común en la población judía. Incluye la enfermedad de Tay-Sachs, enfermedad de Gaucher, disautonomía familiar; otras enfermedades con elevada incidencia en la población judía incluyen síndrome de intestino irritable (colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn), cáncer colorectal, mamario y de ovarios. Los judíos tienen un elevado índice de efectos colaterales por el antipsicótico clozapina; alrededor del 20% desarrolla agranulocitosis, se ha identificado un gen específico responsable de este hallazgo (Purnell y Paulanka, 2005).

El alcohol, en especial el vino, es una parte esencial de las fiestas religiosas y ocasiones festivas. Se considera aceptable y apropiado, en la medida que se use con moderación. Los judíos que siguen las reglas de alimentación le ponen mucha atención al sacrificio, preparación y consumo de los alimentos, ya que existen reglas religiosas que dictan cuáles alimentos son permitidos y el término *kosher* significa “adecuado para comer”; el seguir esta regla es un mandamiento de Dios. La carne puede ser ingerida sólo si el animal permitido ha sido sacrificado, cocinado o servido de acuerdo a los lineamientos *kosher*. Los cerdos son considerados impuros, y tanto su carne como los subproductos están prohibidos. Además los productos lácteos y la carne no se pueden mezclar al cocinarlos, servirlos o comerlos.

El judaísmo se opone a la discriminación, por lo que la conservación de la salud mental se considera tan importante como la física. La incapacidad mental siempre se ha reconocido como fundamento para la excepción de todas las obligaciones bajo la ley judía (Purnell y Paulanka, 2005).

El cuadro 5-1 presenta un resumen de la información relacionada con los seis fenómenos culturales como se aplican a los grupos culturales discutidos aquí.

Síndromes Relacionados con la Cultura

El *Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales, 4^a edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)*, (Asociación de Psiquiatría Americana [APA], 2000) reconoce varios síntomas relacionados con culturas específicas que pueden expresarse de manera diferente a los de la cultura americana dominante. Aunque las presentaciones asociadas con las principales categorías del *DSM-IV-TR* pueden encontrarse en todo el mundo, muchas de las respuestas están influenciadas por factores culturales locales (APA, 2000). El *DSM-IV-TR* define los **síndromes relacionados con la cultura** como sigue:

Los patrones específicos recurrentes de comportamiento aberrante y de experiencia problemática que pueden o no relacionarse con una categoría de diagnóstico DSM-IV par-

CUADRO 5 – 1 Resumen de Seis Fenómenos Culturales Comparados con Varios Grupos Culturales

Grupo Cultural y Países de Origen	Comunicación	Espacio	Organización Social	Tiempo	Control Ambiental	Variaciones Biológicas
Americanos del norte de Europa (Inglaterra, Irlanda, Alemania, otros)	Lenguajes nacionales (aunque muchos aprenden a hablar inglés muy bien) Dialectos (con frecuencia regionales) Inglés Más verbal que no verbal	Se valora el territorio; el espacio personal es de 45 cm a tres metros; se sienten incómodos con el contacto personal	Familias: nuclear y extensa; religiones: judíos y cristianos; organizaciones: comunidad social	Orientados al futuro	Casi todos los valores preventivos médicos y cuidados primarios de la salud a través del cuidado de sistemas de atención a la salud convencionales; métodos alternativos en aumento	En relación con la salud: enfermedades cardíacas; cáncer; diabetes mellitus
Americanos de raza negra (África, islas del oeste de India, República Dominicana, Haití, Jamaica)	Lenguajes nacionales Dialectos (macarrónico, creole, gullah, francés, español) Muy verbales y no verbales	Espacio personal cercano; se sienten cómodos con el contacto personal	Grandes familias, extensas; muchas mujeres como cabeza de familia; fuerte orientación religiosa, principalmente protestante; organizaciones sociales comunitarias	Orientados al presente	Sistema de cuidado de la salud convencional; algunos individuos prefieren utilizar la medicina tradicional (la “abuela” o sanador vudú); remedios caseros	En relación con la salud: enfermedades cardíacas; hipertensión; enfermedad diabétopanocítica; diabetes mellitus; intolerancia a la lactosa
Nativos americanos (Norteamérica, Alaska, Islas Aleutianas)	250 lenguajes tribales reconocidos Se sienten cómodos con el silencio El contacto visual lo consideran grosero	Espacio grande, los espacios extensos son importantes; se sienten incómodos con el contacto	Familias: nuclear y extensa Se les enseña a los niños la importancia de las tradiciones; organizaciones sociales tribales y la familia como más importantes	Orientados al presente	Prácticas religiosas y de sanación interrelacionadas; el chamanismo; la medicina tradicional para sanar; el chamanismo puede trabajar con practicantes de medicina moderna	En relación con la salud: alcoholismo; tuberculosis; accidentes; diabetes mellitus; talasemia; intolerancia a la lactosa
Americanos Asiáticos/ de las islas del Pacífico (Japón, China, Corea, Vietnam, Filipinas, Tailandia, Camboya, Laos, islas del Pacífico, otros)	Más de 30 diferentes lenguajes hablados Se sienten cómodos con el silencio Se sienten incómodos con el contacto visual Connotaciones no verbales pueden ser malinterpretadas	Espacio personal grande; se sienten incómodos con el contacto	Familias: nuclear y extensas; se les enseña a los niños la importancia de la lealtad familiar y la tradición; muchas religiones: taoísmo, budismo, islamismo, cristianismo; organizaciones sociales comunitarias	Orientados al presente; el pasado es importante y valioso	Sistema de cuidado de la salud convencional; algunos prefieren utilizar las prácticas tradicionales (p. ej., yin y yang; medicina herbolaria; moxibustión energía)	En relación con la salud: hipertensión, cáncer, diabetes mellitus; talasemia, intolerancia a la lactosa
Latinoamericanos (Méjico, España, Cuba, Puerto Rico, países de centro y Sudamérica)	Español con muchos dialectos	Espacio personal cercano; se tocan y abrazan mucho; muy orientados al grupo	Familias: nuclear y familias extensas; fuertes lazos al catolicismo romano; organizaciones sociales comunitarias	Orientados al presente	Sistema de cuidado de la salud convencional; algunos prefieren utilizar las prácticas tradicionales con <i>curanderos</i> o <i>curanderas</i> ; las prácticas tradicionales incluyen remedios “calientes y fríos”	En relación con la salud: enfermedades cardíacas; cáncer; diabetes mellitus; accidentes; intolerancia a la lactosa

(continúa)

CUADRO 5 – 1 Resumen de Seis Fenómenos Culturales Comparados con Varios Grupos Culturales (*continuación*)

Grupo Cultural y Países de Origen	Comunicación	Espacio	Organización Social	Tiempo	Control Ambiental	Variaciones Biológicas
Americanos del oeste de Europa (Francia, Italia, Grecia)	Lenguajes nacionales Dialectos	Espacio personal cercano; se tocan y se abrazan mucho; muy orientados al grupo	Familias: nuclear y familias extensas; Francia e Italia, catolicismo romano; Grecia catolicismo ortodoxo griego	Orientados al presente	Sistema de cuidado de la salud convencional; muchos medios caseros y prácticas basadas en supersticiones	En relación a la salud: enfermedades cardíacas; cáncer; diabetes mellitus; talasemia
Americanos árabes (Argelia, Bahrain, Comoros, Djibouti, Egipto, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Mauritania, Marruecos, Omán, Palestina, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, Siria, Túnez, Emiratos Árabes Unidos, Yemen)	Árabe, inglés	Espacio personal grande entre personas de género opuesto fuera de la familia; el contacto es común entre miembros del mismo sexo	Familias: nuclear y extensa; religión: islamismo y cristianismo	Orientados al pasado y al presente	Sistema de cuidado de la salud convencional; algunas creencias supersticiosas; la autoridad del médico es rara vez desafiada o cuestionada; los resultados adversos se atribuyen a la voluntad de Dios; la enfermedad mental se ve como un estigma social	En relación con la salud: tuberculosis; paludismo; tracoma; tifus; hepatitis; fiebre tifoidea; disentería; infecciones parasitarias; drenanocitemia; talasemia; enfermedad cardiovascular
Americanos judíos (España, Portugal, Alemania, Este de Europa)	Inglés, hebreo, yiddish	El tocarse está prohibido entre géneros opuestos en la tradición ortodoxa; el espacio personal es cercano entre judíos no ortodoxos	Familias: nuclear y extensa; organizaciones sociales comunitarias	Orientados al pasado, presente y futuro	Gran respeto por los médicos; énfasis en mantener cuerpo y mente sanos; prácticas preventivas para el cuidado de la salud	En relación con la salud: enfermedad de Tay-Sachs; enfermedad de Gaucher; disautonomía familiar; colitis ulcerativa; enfermedad de Crohn; cancer colorrectal; cancer de mama; cancer ovárico

Fuente: Specter (2004); Purcell & Paulanka (2003; 2005); Murray & Zentner (2001); Geissler (1994); y Giger & Davidhizar (2004).

ticular. Muchos de estos patrones son considerados de manera ingeniosa como “enfermedades” o, por lo menos, aflicciones, y la mayor parte tienen nombres locales (p. 898).

Es importante para el personal de enfermería entender que los individuos de diversos grupos culturales pueden presentar estas manifestaciones físicas y de comportamiento. Los síndromes son vistos dentro de estos grupos como tradicionales, categorías diagnósticas con series específicas de experiencias y observaciones (APA, 2000). Los ejemplos de síndromes relacionados con las culturas se presentan en el cuadro 5-2.

Identificación del Resultado del Diagnóstico

Se seleccionan los diagnósticos de enfermería con base en la información reunida durante el proceso de evaluación. Con el conocimiento de los antecedentes de las variables culturales y la información sólo relacionada con el individuo, puede ser apropiado el siguiente diagnóstico:

- Comunicación verbal alterada relacionada con diferencias culturales evidenciadas por la incapacidad de hablar el lenguaje dominante.
- Ansiedad (moderada a grave) relacionada con la entrada a un sistema no familiar de atención de la salud y separación de los sistemas de apoyo que se observa por miedo y sospecha, inquietud y temblores.
- Nutrición desequilibrada, deficiente para los requerimientos corporales, relacionada con el rechazo de alimentos no conocidos proporcionados por la institución, se observa por la pérdida de peso.
- Angustia espiritual relacionada por la incapacidad de participar en las prácticas religiosas usuales, debido a hospitalización evidenciada por alteraciones de ánimo (p. ej., enojo, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, apatía, etc.).

El criterio resultante relacionado con estos diagnósticos puede incluir:

El paciente:

- Se han satisfecho sus necesidades básicas.
- Se ha comunicado con el personal a través de un intérprete.
- Continúa ansioso a un nivel manejable al permanecer miembros de la familia con él durante la hospitalización.
- Ha mantenido su peso corporal al comer los alimentos que le gustan traídos al hospital por miembros de la familia.
- Se ha restaurado su fortaleza espiritual mediante el uso de rituales culturales, creencias y visitas de su ministro espiritual.

Planeación/Realización

Las siguientes intervenciones tienen especiales implicaciones culturales para la enfermería:

- El uso de un intérprete, si es necesario, para asegurar que no haya barreras para la comunicación. Ser cuidadoso con la comunicación no verbal debido a que puede ser interpretada de manera diferente por distintas culturas (p. ej., para los asiáticos y nativos americanos puede ser incómodo que los toquen y el contacto visual directo, mientras los latinos y los europeos del oeste lo perciben como una señal de afecto).
- Ser permisivos con los individuos de otras culturas para tener a miembros de la familia alrededor e incluso participar en su cuidado. Varios miembros de la familia son muy importantes para los afroamericanos, americanos nativos, americanos asiáticos, latinoamericanos y americanos del oeste de Europa. Negar el acceso de estos sistemas de apoyo familiar podría interferir con el proceso de curación.
- Asegurarse que se están satisfaciendo las necesidades espirituales del paciente. La religión es una fuente importante de apoyo para muchos individuos, el personal de enfermería necesita respetar varios rituales que puedan conectarse con diferentes creencias culturales sobre la salud y la enfermedad.
- Estar consciente de las diferencias hacia el concepto tiempo. Casi todos los miembros de la cultura americana dominante están orientados al futuro y dan un alto valor a la puntualidad y a la eficiencia; otras culturas como las de los afroamericanos, americanos asiáticos, latinoamericanos y americanos del oeste de Europa están más orientadas al presente. El personal de enfermería debe estar atento al hecho de que estas personas no comparten el valor de la puntualidad, por lo que se pueden retrasar en sus citas y parecer indiferentes a algunos aspectos de su terapia. El personal de enfermería debe aceptar estas diferencias y abstenerse de permitir actitudes existentes que interfieran con la atención a la salud.
- Estar conscientes de diferentes creencias sobre el cuidado de la salud entre varias culturas, y reconocer su importancia para el proceso de curación. Si un individuo de otra cultura ha recibido atención por parte de un espiritualista, chamán, “abuela”, o curandero, es importante para el personal de enfermería escuchar lo que se ha hecho en el pasado e, incluso, consultar con estos sanadores culturales sobre el cuidado dado al paciente.
- Que el paciente vea como esencial el seguimiento de las prácticas del cuidado de la salud proporcionadas para no dañarlo ni para interferir con el proceso de curación del paciente. Por ejemplo, de manera respectiva los conceptos de yin y yang y la teoría de “caliente y frío”

CUADRO 5 – 2 Síndromes Relacionados con la Cultura

Síndrome	Cultura	Síntomas
<i>Amok</i>	Malasia, Laos, Filipinas, Polinesia, Papúa, Nueva Guinea, Puerto Rico	Es un episodio disociativo seguido por un estallido de comportamiento violento, agresivo u homicida dirigido a personas y objetos. Muchos pueden estar relacionados con episodios psicóticos.
<i>Ataque de nervios</i>	Latinoamérica, y grupos mediterráneos	Gritos, llanto y temblores incontrolables, agresión física o verbal, algunas veces acompañados por experiencias disociativas, episodios semejantes a ataques y gestos suicidas. Con frecuencia se presenta en respuesta a algún evento familiar estresante.
<i>Bilis y cólera (muina)</i>	Latinoamérica	Tensión nerviosa aguda, cefalea, temblores, gritos, trastornos estomacales, y algunas veces pérdida de la conciencia. Se cree que se presenta en respuesta a enojo o furia intensa.
<i>Boufee delirante</i>	Oeste de África y Haití	Explosión repentina de comportamiento agitado y agresivo, confusión y excitación motora. Puede estar acompañado de alucinaciones o paranoia.
<i>Brain fag</i>	Oeste de África	Dificultad para concentrarse, recordar y pensar. Dolor y presión alrededor de la cabeza y el cuello; visión borrosa. Relacionada con desafíos en la escuela.
<i>Dhat</i>	India	Ansiedad grave e hipocondriasis relacionada con la descarga de semen, decoloración blancuzca de la orina, y sentimientos de debilidad y fatiga.
<i>Falling out o blacking out</i>	Sur de EUA y el Caribe	Colapso repentino. Puede o no ser precedido de mareos. La persona puede escuchar, pero no moverse. Los ojos permanecen abiertos, pero la persona dice no ver.
<i>Ghost sickness</i>	Tribus indias americanas	Preocupación con la muerte y los difuntos. Sueños desagradables, debilidad, sentimientos de peligro, pérdida del apetito, desmayos, mareos, miedo, ansiedad, alucinaciones, pérdida de la conciencia, confusión, sentimientos de inutilidad y una sensación de sofocación.
<i>Hwa-byung (síndrome de enojo)</i>	Corea	Insomnio, fatiga, pánico, miedo a la muerte inminente, afecto disfórico, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones y dolores generalizados. Se atribuye a represión del enojo.
<i>Koro</i>	Sur y este de Asia	Ansiedad intensa y repentina de que el pene (en los hombres) o la vulva y pezones en las mujeres se introduzcan en el cuerpo y causen la muerte.
<i>Latab</i>	Malasia, Indonesia	Hipersensibilidad al miedo repentino, con frecuencia ecolalia, y comportamiento disociativo o de trance.
<i>Locura</i>	Latinos en Estados Unidos y Latinoamérica	Incoherencia, agitación, alucinaciones, interacción social ineficaz, comportamiento impredecible y posible violencia. Se atribuye a estrés genético o ambiental, o a una combinación de ambos.
<i>Mal de ojo (evil eye)</i>	Culturas mediterráneas	Se presenta principalmente en niños, sueño irregular, llanto, diarrea, vómito y fiebre.
<i>Nervios</i>	Latinos en EUA y Latinoamérica	Dolores de cabeza, irritabilidad, trastornos estomacales, dificultad para dormir, nerviosismo, ataques de llanto, incapacidad para concentrarse, temblores, sensaciones de cosquilleo y mareo. Se presenta en respuesta a experiencias estresantes en la vida.
<i>Pibloktoq</i>	Culturas esquimales	Episodio disociativo abrupto acompañado de extrema excitación y algunas veces seguidos por convulsiones y coma que dura más de 12 horas.
<i>Qi-gong reacción psicótica</i>	China	Síntomas disociativos, paranoïdes u otros psicóticos o no psicóticos que se presentan en individuos involucrados en la práctica china de mejoramiento de la salud que practican <i>qigong</i> (“ejercicio de energía vital”).
<i>Rootwork</i>	Americanos africanos, americanos europeos y culturas caribeñas	Ansiedad, trastornos gastrointestinales, debilidad, mareos, miedo a ser envenenado o asesinado. Los síntomas se relacionan con maleficios, brujería, embrujos o con la influencia malévolas de otra persona.
<i>Sangüe dormido (“sangre durmiente”)</i>	Islas portuguesas Cabo Verde	Dolor, entumecimiento, temblores, convulsiones, ataques, ceguera, ataque al corazón, infección y aborto.
<i>Shenjing shuairu (“neurastenia”)</i>	China	Fatiga mental y física, mareo, cefalea, otros dolores, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño, pérdida de la memoria, problemas gastrointestinales, disfunción sexual, irritabilidad, excitabilidad, y varios signos que sugieren alteraciones del sistema nervioso autónomo.

CUADRO 5 – 2 Síndromes Relacionados con la Cultura (*continuación*)

Síndrome	Cultura	Síntomas
<i>Shenkui (Shenkuei)</i>	China (Taiwán)	Ansiedad o pánico, con mareo, dolor de espalda, fatiga, debilidad general, insomnio, sueño frecuente y disfunción sexual. Atribuido a excesiva pérdida de semen.
<i>Shin-byung</i>	Corea	Ansiedad, debilidad, mareos, miedo, anorexia, insomnio, y problemas gastrointestinales, con subsecuente disociación y posesión de espíritus ancestrales.
<i>Hechizo</i>	Afroamericanos y europeos en el sur de Estados Unidos	Un estado de trance en el cual los individuos “se comunican” con parientes fallecidos o espíritus. No se considera una enfermedad tradicional, pero puede ser malinterpretada por los médicos como psicosis.
<i>Susto (“espantado” o “pérdida del alma”)</i>	Latinoamericanos, México, América Central y Sudamérica	Trastornos del apetito y del sueño, tristeza, dolores, cefalea, dolor de estómago y diarrea. Se atribuye a un evento que asustó a la persona que causa que el alma abandone el cuerpo, lo que ocasiona infelicidad y enfermedad.
<i>Taijin kyofusho</i>	Japón	Miedo de que el propio cuerpo, o partes del mismo, o sus funciones disgusten, violenten, o sean ofensivos para otras personas en apariencia, olor, expresiones faciales o movimientos.
<i>Zar</i>	Africanos del norte y sociedades del Medio Este	Episodios disociativos que incluyen gritar, reír, golpearse la cabeza contra la pared, cantar o llorar. La persona se puede retraer y rechazar la comida. Los síntomas se atribuyen a la posesión por un espíritu.

Fuente: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Text Revision. © 2000, American Psychiatric Association. Con autorización.

de la enfermedad son muy importantes para el bienestar de algunos asiáticos y latinos. Tratar de asegurar un equilibrio de alimentos relacionado con estos conceptos está incluido en la dieta como un reforzamiento importante para el cuidado médico tradicional.

- Estar consciente de los alimentos favoritos de las personas de diferentes culturas. El escenario de atención a la salud puede parecer extraño y algunas veces aislado, para algunos individuos los hace sentir bien tener cerca algo familiar, incluso pueden rechazar los alimentos con los cuales no estén relacionados. Si esto no interfiere con su cuidado, se puede permitir a los familiares proporcionar los alimentos favoritos al paciente.
- El personal de enfermería que trabaja en psiquiatría puede darse cuenta de que la enfermedad mental no es tolerada en algunas culturas. Los individuos que creen que expresar sus emociones no es aceptable (p. ej., asiáticos americanos y nativos americanos) presentarán problemas únicos cuando sus pacientes estén en una unidad psiquiátrica, en consecuencia el personal de enfermería debe ser paciente y trabajar con lentitud para establecer confianza, con el fin de proporcionar la ayuda que requieren.

Evaluación

La evaluación de las acciones de enfermería está dirigida a alcanzar los resultados establecidos. Parte de este proce-

so es una continua reevaluación para asegurarse de que las acciones elegidas son apropiadas y que tanto los objetivos como los resultados sean realistas. Se incluye a la familia y sistemas de apoyo en los procesos de evaluación como esenciales si se miden las implicaciones culturales en el cuidado. Se hacen las modificaciones para planear el cuidado como lo determinen las necesidades.

CONCEPTOS ESPIRITUALES

La espiritualidad es difícil de describir, pues tiene diferentes significados para las personas. Tal vez en parte, es la razón por la que ha sido ignorada en la literatura de enfermería; sin embargo, este aspecto está cambiando con las transformaciones que se están dando en este campo. La inclusión de la responsabilidad del personal de enfermería por el cuidado espiritual citado por el Consejo Internacional de Enfermeras en su Código de Ética; por la Asociación Americana de Enfermeras Holísticas en sus Estándares para la Práctica de Enfermería Holística; y a través del desarrollo de una categoría diagnóstica de enfermería, Angustia Espiritual por NANDA (Wright, 2005). Además, la investigación contemporánea ha producido evidencia de que la espiritualidad y la religión pueden hacer posible una diferencia positiva en la salud y la enfermedad.

Concepto Central

Espiritualidad

Cualidad humana que da significado y sentido de propósito a la existencia de un individuo. La espiritualidad existe dentro de cada individuo de manera independiente en el sistema de creencias y sirve como una fuerza para interconectarse entre el ser y los otros, el ambiente y un poder más elevado.

Smucker (2001) dijo:

La espiritualidad es el reconocimiento o experiencia de una dimensión de vida invisible, y tanto en nuestro interior como más allá o el mundo material, proporciona un sentido de conexión e interrelaciona con el universo (p. 5).

Smucker (2001) identifica los siguientes factores como tipos de necesidades espirituales relacionados con los seres humanos:

- Significado y propósito en la vida
- Fe o confianza en alguien o algo más allá de nosotros mismos
- Esperanza
- Amor
- Perdón

Necesidades Espirituales

Significado y Propósito en la Vida

Los humanos por naturaleza aprecian el orden y la estructuración en sus vidas, el tener un propósito en la misma les da sentido de control y sentimiento de que vale la pena vivir. Smucker (2001) establece: “el significado proporciona un entendimiento básico de la vida y nuestro lugar en ella”. (p. 6) Walsh (1999) describe “siete prácticas perennes” que él cree que proporcionan significado y propósito a la vida, sugiere además, la promoción de la iluminación, la transformación y el valor para crecer espiritualmente. Identifica las siete prácticas perennes como sigue:

1. **Transforma tu motivación:** Reduce las quejas y encuentra el deseo de tu alma.
2. **Cultiva la sabiduría emocional:** Escucha a tu corazón y aprende a amar.
3. **Vive con ética:** Siéntete bien haciendo el bien.
4. **Concéntrate y calma tu mente:** Acepta el desafío de educar tu atención.
5. **Despierta tu visión espiritual:** Ve con claridad y reconoce lo sagrado en todas las cosas.
6. **Cultiva la inteligencia espiritual:** Desarrolla la sabiduría y el entendimiento de la vida.

7. Expresa el espíritu en acción:

Abraza la generosidad y disfruta del servicio. (p. 14)

En el análisis final, cada individuo debe determinar su propia percepción de lo importante y qué le da significado a la vida. A través de la propia existencia, el significado de la vida indudablemente será desafiado muchas veces, un sólido fundamento espiritual puede ayudar a un individuo a enfrentar los desafíos que resultan de las experiencias de la vida.

Fe

Con frecuencia se piensa que la fe es la aceptación de una creencia en ausencia de evidencia física o empírica. Smucker (2001) menciona lo siguiente:

Para las personas, la fe es un concepto importante. Desde la niñez en adelante, nuestra salud psicológica depende de tener fe o confianza en algo o en alguien que nos ayude a satisfacer nuestras necesidades (p. 7).

Tener fe requiere que los individuos reaccionen ante lo que pueden experimentar sólo a través de los cinco sentidos. En realidad, la fe trasciende la apariencia del mundo físico.

Un aumento en la investigación científica y en medicina está demostrando que lo que los individuos creen que existe tiene un poderoso impacto como aquello que en realidad existe. Karren y colaboradores (2002) consideran que:

Las creencias personales nos dan un poder no visible que nos capacita para hacer lo imposible, realizar milagros —incluso sanarnos a nosotros mismos. Se ha encontrado que los pacientes que muestran fe se preocupan menos por sus síntomas, y los presentan con menos frecuencia por períodos más prolongados que los alivian, a diferencia de pacientes que carecen de fe (p. 485).

La evidencia sugiere que la fe, combinada con el tratamiento convencional y una actitud optimista, puede ser un poderoso elemento en el proceso de sanación.

Esperanza

La esperanza se ha definido como una clase especial de expectación positiva (Karren y col., 2002). Las personas con esperanza observan una situación y no les importa que tan negativa sea, encuentran algo positivo en qué enfocarse.

La esperanza funciona como una fuerza energizante, y las investigaciones indican que la esperanza puede promover la curación, facilita soluciones y aumenta la calidad de vida (Nekolaichuk, Jevne y Maguire, 1999).

Kübler-Ross (1969), en su estudio clásico de pacientes moribundos, enfatiza la importancia de la esperanza. Ésta

sugiere que, incluso en aquellos pacientes que no podían esperar una cura, tenían esperanza de un tiempo adicional de vida, estar con sus seres amados, liberarse del dolor o alcanzar una muerte pacífica con dignidad. Encontró, también que la esperanza es una satisfacción en sí misma, alcanzada o no; por último menciona que “si un paciente deja de expresar esperanza, por lo general, es un signo de muerte inminente” (p. 140).

Karren y colaboradores (2002) señalan lo siguiente:

Los investigadores en el campo de la psiconeuroinmunología han encontrado que lo que sucede en el cerebro —los pensamientos y emociones que experimentamos, las actitudes con las cuales enfrentamos el mundo— tiene un efecto definitivo en el cuerpo. Una actitud como la esperanza, no es sólo un estado mental; provoca cambios electroquímicos específicos en el cuerpo que influyen no sólo en la fuerza del sistema inmunitario, sino además intervienen en el funcionamiento de los órganos de manera individual en el cuerpo (p. 518).

La literatura médica cita innumerables ejemplos de individuos con enfermedades terminales quienes de manera repentina mejoran cuando encuentran una razón para vivir; asimismo, también hay muchos relatos de pacientes cuyas condiciones se deterioran cuando pierden la esperanza.

Amor

El amor puede identificarse como una proyección de los buenos sentimientos hacia otros. Para amar a los demás se debe experimentar amor por uno mismo, entonces será posible y se tendrá la voluntad de proyectar afecto y calidez hacia otras personas (Karren y col., 2002). Smucker (2001) dice al respecto:

El amor, en su forma pura, es tal vez la fuerza más poderosa de la vida y nuestra más grande necesidad espiritual. No sólo es importante recibir amor, también lo es darlo; el preocuparse por y cuidar de las necesidades de otros nos mantiene alejados de estar demasiado absortos en nosotros mismos y excluyendo nuestras necesidades. Todos hemos experimentado buenos sentimientos que surgen del cuidado y amor hacia otros (p. 10).

El amor puede ser una clave muy importante en el proceso de curación. Darren y colaboradores (2002) consideran que:

Las personas que son más amorosas y menos temerosas, que reemplazan pensamientos negativos con la emoción del amor, con frecuencia son capaces de curarse físicamente. La mayoría estamos familiarizados con los efectos emocionales del amor, la forma como nos hace sentirnos en nuestro interior. Pero... el verdadero amor —paciente, confiado, protector, optimista y amable— tiene efectos físicos reales también en el cuerpo (p. 479).

Algunos investigadores sugieren que el amor tiene un efecto positivo en el sistema inmunitario, esto se ha demostrado en adultos y niños, así como en animales (Fox y Fox, 1998; Ornish, 1998). El dar y recibir amor también da como resultado mayores concentraciones de endorfinas, por tanto contribuyen a una sensación de euforia y ayudan a reducir el dolor.

En una investigación a largo plazo, Werner y Smith (1992) estudiaron niños que fueron criados en ambientes de pobreza; en sus hogares había problemas de discordia, abandono o divorcio, padres alcohólicos o enfermedad mental. Los sujetos fueron estudiados desde el nacimiento hasta la adultez. Dos de tres de estos niños de alto riesgo desarrollaron graves problemas de aprendizaje, de comportamiento o ambos a la edad de 10 años, o tenían registros de delincuencia, problemas de salud mental y embarazos alrededor de los 18 años. La cuarta parte de ellos presentaron problemas físicos y psicosociales “muy serios”. Para el momento en que se volvieron adultos, más de tres cuartas partes sufrían profundos problemas psicológicos y de comportamiento, sus condiciones de salud física fueron más deficientes. Pero fue de interés particular para los investigadores que el 15 a 20% permaneció resistente a pesar de las condiciones de pobreza y existencia difícil, estos niños habían experimentado una relación cálida y amorosa con otra persona durante sus primeros años de vida, mientras que los niños que tuvieron graves problemas psicológicos y físicos carecían de esta experiencia. La investigación indica que mientras más pronto tengan el beneficio de una relación fuerte y amorosa, son más capaces de resistir los efectos de un estilo de vida difícil.

Perdón

Karren y colaboradores (2002) dicen que: “el perdón es esencial para una naturaleza espiritual —es la capacidad de liberar a la mente de heridas y errores pasados, de toda sensación de culpa y pérdida”. Los sentimientos de amargura y resentimiento tienen un efecto perjudicial físico en un individuo al generar hormonas de estrés que, mantenidas por largos períodos, pueden tener un efecto nocivo en la salud de una persona. El perdón capacita a la persona a eliminar el resentimiento e iniciar el proceso de curación.

Sin embargo, perdonar no es fácil. Con frecuencia los individuos tienen gran dificultad cuando se sugiere perdonar a otros, incluso existe una mayor dificultad para perdonarse a sí mismos. Muchas personas conservan toda su vida un sentimiento de culpa por haber cometido un error por el cual no creen merecer el perdón, o por el cual no se han perdonado a sí mismos.

No obstante, perdonar no es necesariamente condonar o excusar a uno mismo o a alguien por un comportamiento

to inapropiado. Karren y colaboradores (2002) sugieren que el perdón es,

... una decisión de ver más allá de los límites de otra personalidad; es estar dispuesto a aceptar la responsabilidad de nuestras propias percepciones; cambiarla de manera repetida; y transformar gradualmente a uno mismo de ser una víctima desvalida de nuestras circunstancias a ser un co-creador poderoso y amoroso de nuestra realidad (p. 451).

Conservar quejas de manera continua causa dolor, sufrimiento y conflicto. En cambio el perdón (de uno mismo y a otros) es un regalo para sí mismo, ofrece libertad y paz a la mente. Es importante para el personal de enfermería ser capaz de evaluar las necesidades espirituales de sus pacientes, pues aunque no tienen el papel de consejero profesional o guía espiritual, sí tienen una relación cercana, son parte del equipo de cuidado de la salud y, por tanto, a quienes los pacientes pueden revelar los detalles más íntimos de sus vidas. Smucker (2001) al respecto dice:

Sólo contestar una pregunta del paciente de manera honesta y con la información exacta y responder a sus necesidades en el momento adecuado y de una forma sensible comunica cuidado, como también el cuidado profesional de alta calidad llega más allá del cuerpo físico o la enfermedad, a la parte de la persona donde reside la identidad, la autoestima y el espíritu. En este sentido, un buen cuidado de enfermería también es un buen cuidado espiritual (pp. 11-12).

Religión

La religión es una forma en la cual un individuo puede expresar su espiritualidad. Existen más de 6 500 religiones en el mundo (Bronson, 2005). Algunos individuos exploran varias en el intento de encontrar respuestas a preguntas fundamentales que pueden tener sobre la vida y sobre su propia existencia; en cambio otros, aunque se consideran a sí mismos como espirituales, eligen no afiliarse a ningún grupo religioso. En cualquiera de estas situaciones es inevitable que preguntas relacionadas con la vida y la condición humana surjan durante el progreso de la maduración espiritual.

Brodd (2003) sugiere que todas las tradiciones religiosas manifiestan siete dimensiones: experiencia, mítica,

doctrinal, ética, ritual, social y material; explica que estas dimensiones están interrelacionadas y son complementarias, de acuerdo con la religión en particular, algunas se enfatizan más que otras. Por ejemplo, el budismo zen tiene una fuerte dimensión de experiencia, pero dice poco en cuanto a su doctrina; por su parte, el catolicismo romano es fuerte tanto en lo ritual como en la doctrina. La dimensión social es un aspecto significativo de la religión, que proporciona un sentido de comunidad, de pertenencia a un grupo, como una parroquia o una congregación que, además, enaltece a algunos individuos.

Se ha demostrado que la afiliación a un grupo religioso es un esfuerzo por mejorar la salud (Karren y col., 2002). Ciento número de estudios indican una correlación entre fe religiosa/asistencia a la iglesia y aumento en las oportunidades de sobrevivir después de una enfermedad grave, se presenta menos depresión y otras enfermedades mentales, más tiempo de vida, pero sobretodo, mejor salud física y mental. En una extensa revisión de la literatura, un psicólogo de Maryland, John Gartner (1998) encontró que individuos con compromiso religioso tenían un índice bajo de suicidio, menos uso y abuso de drogas, menos delincuencia juvenil, menor índice de divorcios, y mejores resultados en enfermedades mentales.

No se sabe cómo la participación religiosa protege la salud y promueve el bienestar, aunque algunas iglesias promueven de manera activa estilos de vida sanos y desalientan comportamientos que pudieran ser dañinos para la salud e interferir con el tratamiento de la enfermedad, algunos investigadores creen que la fuerte red de apoyo social que encuentran las personas en las iglesias puede ser la fuerza más importante en el cuidado de la salud y el bienestar de sus miembros. Sin embargo, no es sólo la afiliación, parece que los factores clave son la asistencia regular y la participación.

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES Y RELIGIOSAS

Es importante para el personal de enfermería considerar las necesidades religiosas y espirituales cuando se planea el cuidado de un paciente. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) requiere que el personal de enfermería señale las variables psicológicas, espirituales y culturales que influyen en la percepción de la enfermedad. Dossey (1998) ha desarrollado una herramienta de evaluación espiritual (recuadro 5-3) sobre el cual se establece lo siguiente:

La Herramienta de Evaluación Espiritual proporciona preguntas reflexivas para evaluar y aumentar la conciencia de la espiritualidad en los pacientes y sus otros significados. Las preguntas de reflexión de la herramienta pueden facilitar la

Concepto Central

Religión

Serie de creencias, valores, ritos y rituales adoptados por un grupo de personas. Prácticas por lo general fundadas en las enseñanzas de un líder espiritual.

RECUADRO 5–3 Herramienta de Evaluación Espiritual

Las siguientes preguntas de reflexión pueden ayudar en la evaluación, y aumentar la conciencia de la espiritualidad en usted mismo y en otros.

Significado y Propósito

Estas preguntas evalúan la capacidad personal para buscar un significado y satisfacción en la vida, manifestar esperanza, y aceptar la ambigüedad y la incertidumbre.

- ¿Qué le da significado a su vida?
- ¿Tiene un sentido de propósito en la vida?
- ¿Sus enfermedades interfieren con los objetivos en su vida?
- ¿Por qué se quiere sentir bien?
- ¿Qué tan esperanzado se siente sobre obtener cierto grado de salud?
- ¿Siente que tiene alguna responsabilidad en conservar su salud?
- ¿Será capaz de hacer los cambios necesarios en su vida para mantener su salud?
- ¿Está motivado para sentirse bien?
- ¿Qué es lo más importante o lo más poderoso en su vida?

Fortalezas Interiores

Estas preguntas evalúan la capacidad personal para manifestar gozo y reconocer fortalezas, opciones, objetivos y fe.

- ¿Qué le da placer y paz en su vida?
- ¿Qué hace para sentirse vivo y llenar su espíritu?
- ¿Qué características le gustan para usted mismo?
- ¿Cuáles son sus fortalezas personales?
- ¿Qué alternativas están disponibles para mejorar su salud?
- ¿Qué proyectos de vida ha dispuesto para usted?
- ¿Piensa que el estrés en cualquier forma ha causado su enfermedad?
- ¿Qué tan consciente estaba de su cuerpo antes de estar enfermo?
- ¿En qué cree usted?
- ¿La fe es importante en su vida?
- ¿Cómo ha influido la enfermedad en su fe?
- ¿La fe ha tenido alguna función en reconocer su salud?

Interconexiones

Estas preguntas evalúan un concepto de sí mismo; autoestima y sentido del ser; sentido de pertenecer al mundo con los demás; capacidad para tener intereses personales; y capacidad para demostrar amor por sí mismo y de perdonar.

- ¿Cómo se siente con usted mismo en este momento?
- ¿Cómo se siente cuando tiene un verdadero sentido de usted mismo?
- ¿Busca realizar cosas de interés personal?
- ¿Qué hace para mostrar amor por usted mismo?
- ¿Se puede perdonar a usted mismo?
- ¿Qué hace para sanar su espíritu?

Estas preguntas evalúan la capacidad personal de conectarse en formas vivaces con la familia, amigos, y grupos sociales y comprometerse en el perdón hacia los demás.

- ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?
- ¿Tiene amigos o familia en el barrio que estén disponibles para ayudarle?
- ¿Quiénes son las personas más cercanas a usted?
- ¿Pertenece usted a algún grupo?
- ¿Puede pedir ayuda cuando la necesita?
- ¿Puede compartir sus sentimientos con los demás?
- ¿Cuáles son algunas de las cosas más amorosas que otros hayan hecho por usted?
- ¿Cuáles son las cosas amorosas que usted hace por los demás?
- ¿Es usted capaz de perdonar a otros?

Estas preguntas evalúan la capacidad personal para encontrar significado en las actividades de devoción o religiosas y conexión con la divinidad.

- ¿La devoción es importante para usted?
- ¿Qué considera usted como el más importante acto de devoción en su vida?
- ¿Participa en alguna actividad religiosa?
- ¿Cree en Dios o en un poder más elevado?
- ¿Piensa que la oración es poderosa?
- ¿Alguna vez ha tratado de vaciar su mente de todos los pensamientos para ver cómo podría ser la experiencia?
- ¿Utiliza usted la relajación o cualidades imaginativas?
- ¿Medita?
- ¿Hace oración?
- ¿Cuál es su petición?
- ¿Cómo son contestadas sus oraciones?
- ¿Tiene la sensación de pertenecer a este mundo?

Estas preguntas evalúan la capacidad personal de experimentar un sentido de conexión con la vida y la naturaleza, una conciencia de los efectos del ambiente en la vida y bienestar, y una capacidad o interés por la salud del ambiente.

- ¿Alguna vez se ha sentido conectado con el mundo o el universo?
- ¿De qué manera el ambiente tiene impacto en su estado de bienestar?
- ¿Cuáles son los elementos estresantes ambientales en el trabajo y en el hogar?
- ¿Qué estrategias reducen los elementos estresantes en su ambiente?
- ¿Tiene usted algún interés por el estado de su ambiente inmediato?
- ¿Participa usted con asuntos ambientales como el reciclado de recursos ambientales en el hogar, trabajo o en su comunidad?
- ¿Está preocupado por la sobrevivencia del planeta?

Fuente: De Dossey, B.M. (1998). Holistic modalities and healing moments, *American Journal of Nursing*, 98 (6), 44–47. Con autorización de Burkhardt, M.A. (1989). Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*, 3 (3), 69–77.
Dossey, B.M. et al (Eds.), (1995). *Holistic nursing: A handbook for practice* (2nd ed.). Gaithersburg, MD: Aspen.

curación debido a que estimulan las iniciativas espontáneas, independientes y significativas para mejorar la capacidad del paciente para recuperar su salud (p. 45).

Diagnóstico/Identificación de Resultados/Evaluación

Los diagnósticos de enfermería pueden utilizarse para señalar necesidades religiosas y espirituales de los pacientes, incluyen:

- Riesgo de angustia espiritual.
- Angustia espiritual.
- Buena disposición para aumentar el bienestar espiritual.
- Riesgo de religiosidad alterada.
- Religiosidad alterada.
- Buena disposición para aumentar la religiosidad.

Los siguientes resultados pueden utilizarse como guías de cuidado y para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

El paciente podrá:

- Identificar el significado y propósito en la vida que refuerza la esperanza, paz y satisfacción.
- Verbalizar la aceptación de ser un humano valioso.
- Aceptar e incorporar el cambio en la vida de una forma saludable.
- Expresar entendimiento de la relación entre las dificultades en la situación de la vida presente y la interrupción en creencias religiosas y actividades previas.
- Discutir creencias y valores sobre temas espirituales y religiosos.
- Expresar el deseo y la capacidad de participar en creencias y actividades de la religión deseada.

Planeación/Realización

NANDA Internacional (2007) proporciona información relacionada con el diagnóstico de Riesgos para Angustia Espiritual y Riesgo para Religiosidad Alterada como sigue:

Riesgo para Angustia Espiritual

DEFINICIÓN. Riesgo de capacidad alterada para experimentar e integrar el significado y propósito en la vida a través de la conexión con el self, con otros, arte, música, literatura, naturaleza, y un poder más grande que uno mismo.

Factores de Riesgo

- *Físicos:* Enfermedad física/crónica; abuso de sustancias.
- *Psicosociales:* Baja autoestima; depresión, ansiedad, estrés; bloquear la experiencia del amor; incapacidad

para perdonar; conflictos raciales/culturales; cambio de rituales religiosos; cambio de prácticas espirituales.

- *Desarrollo:* Cambios de vida.
- *Ambientales:* Cambios de ambiente; desastres naturales.

Riesgo de Religiosidad Alterada

DEFINICIÓN. Riesgo de capacidad alterada para ejercer dependencia en creencias religiosas y participación de la fe tradicional particular o ambas.

Factores de Riesgo

- *Físicos:* Enfermedad/hospitalización; dolor.
- *Psicológicos:* Apoyo ineficiente/enfrentar/proveer cuidado; depresión; falta de seguridad.
- *Socioculturales:* Falta de interacción social; barreras culturales para practicar la religión; aislamiento social.
- *Espirituales:* Sufrimiento.
- *Ambientales:* Falta de transporte; barreras ambientales para practicar la religión.
- *Desarrollo:* Transiciones de vida.

En el cuadro 5-3 se presenta un plan de cuidado de las necesidades espirituales y religiosas del paciente; también se seleccionaron diagnósticos de enfermería, con las intervenciones apropiadas de la misma y las razones para cada una de ellas.

RESUMEN

La cultura abarca patrones compartidos de creencias, sentimientos y conocimiento que guían la conducta de las personas y se transmiten de generación en generación; por su parte los grupos étnicos están unidos porque comparten una herencia. Las enfermeras deben entender los conceptos que se relacionan con varios grupos culturales, mientras que siendo cuidadosas evitan estereotipar, ya que cada persona sin importar sus lazos culturales se debe considerar como única.

Los grupos culturales difieren en términos de comunicación, espacio, organización social, tiempo, control del ambiente y variaciones biológicas. Los americanos del norte de Europa son los descendientes de los primeros inmigrantes a Estados Unidos, y conforman el grupo cultural dominante actual. Valoran la puntualidad, la responsabilidad en el trabajo y el estilo de vida saludable. El índice de divorcios es elevado en este grupo, y la estructura de la familia es cambiante; además de que se han perdido los lazos religiosos.

Los individuos de raza negra tienen sus raíces en Estados Unidos a partir de los años de esclavitud. Muchos han asimilado la cultura dominante, pero el resto permanece atado a su propia organización social por elección o por

CUADRO 5 – 3 Plan de Cuidado para el Paciente con Necesidades Espirituales y Religiosas*
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE ANGUSTIA ESPIRITUAL
RELACIONADO CON: Cambios de vida, cambios de ambiente; estrés; ansiedad; depresión

EVIDENCIADO POR: Cuestionamientos sobre el significado de la vida y existencia propia; conflicto interno sobre las creencias y valores personales

Criterio de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razones
El interesado identificará el significado y el propósito en la vida que refuerza la esperanza, paz, contentamiento y autosatisfacción.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de la situación presente. 2. Escuchar las expresiones del paciente de enojo, preocupación, culpa hacia sí mismo. 3. Observe si hay razón para vivir y si está relacionado de manera directa con la situación. 4. Determinar la orientación religiosa/espiritual del paciente, relación presente, presencia de conflictos, en especial en las circunstancias presentes. 5. Evaluación del sentido de autoconcepto, valía, capacidad para tener relaciones amorosas. 6. Observar comportamiento indicativo de relaciones deficientes con otros. 7. Determinar sistemas de apoyos disponibles y utilizados por el paciente y otras personas significativas para él. 8. Evaluación de uso y/o abuso de sustancias. 9. Establecer un ambiente que promueva la expresión libre de sentimientos y preocupaciones. 10. Haber identificado y priorizado las necesidades presentes inmediatas del paciente. 11. Discutir temas filosóficos relacionados con el impacto de la presente situación en las creencias espirituales y valores. 12. Utilice habilidades de comunicación terapéutica de reflexión y escucha activa. 13. Revisión de las cualidades de enfrentamiento utilizadas y su efectividad en la situación presente. 14. Proporcionar un modelo de función (p. ej., enfermera, individuo que experimenta una situación similar). 15. Sugerir el uso de un diario. 16. Discutir los intereses del paciente sobre arte, música, literatura. 17. Nuevas técnicas de juego de participación. Discutir posibilidades de tomar clases, volverse participativo en discusión en grupo, actividades culturales de su elección. 18. Referir al paciente las instrucciones adecuadas para recibir ayuda. 	<p>1–8. Durante la evaluación es necesario desarrollar un plan de cuidado preciso para el paciente.</p> <p>9. La confianza es la base de la relación personal de enfermería-paciente.</p> <p>10. Ayudar al paciente a enfocarse en sus necesidades, requiere de cubrir e identificar los pasos manejables que se puedan tomar.</p> <p>11. Ayudar al paciente a entender que ciertas experiencias de la vida pueden causar que los individuos cuestionen los valores personales y que esta respuesta no sea poco común.</p> <p>12. Ayudar al paciente a encontrar sus propias soluciones para sus intereses.</p> <p>13. Identificar fortalezas para incorporarlas al plan y las técnicas que necesitan revisarse.</p> <p>14. Compartir experiencias y esperanza ayuda al paciente para tratar con la realidad.</p> <p>15. El llevar un diario puede ayudar a aclarar creencias y valores, y reconocer y resolver sentimientos sobre la situación de la vida presente.</p> <p>16. Proporcionar puntos de vista del significado de estos temas y cómo pueden ser integrados en la vida de un individuo.</p> <p>17. Estas actividades ayudarán a mejorar la integración de nuevas habilidades y a hacer los cambios necesarios en el estilo de vida del paciente.</p> <p>18. El paciente puede requerir asistencia adicional por personal especializado en estos asuntos.</p>

(continúa)

CUADRO 5 – 3 Plan de Cuidado para el Paciente con Necesidades Espirituales y Religiosas* (cont.)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE RELIGIOSIDAD ALTERADA****RELACIONADO CON:** Sufrimiento; depresión; enfermedad; transiciones de vida**EVIDENCIADO POR:** Intereses sobre relaciones con la deidad; incapacidad para participar en las prácticas religiosas usuales; enojo hacia Dios

Criterio de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razones
El paciente expresará adquisición de apoyo y satisfacción personal de sus prácticas religiosas y espirituales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de la situación presente (p. ej., enfermedad, hospitalización, pronóstico de muerte, presencia de sistemas de apoyo, preocupaciones financieras). 2. Escuchar sin juzgar las expresiones del paciente de enojo y posible creencia de que la enfermedad pueda ser resultado de falta de fe. 3. Determinar las creencias religiosas y espirituales usuales del paciente, participación actual en las actividades de alguna iglesia específica. 4. Observe la calidad de las relaciones con otras personas importantes para el paciente y amigos. 5. Evaluación de uso y abuso de sustancias. 6. Desarrolle una relación personal de enfermería-paciente en la cual el individuo pueda expresar sus sentimientos y preocupaciones con libertad. 7. Utilice habilidades de comunicación terapéutica de escucha activa, reflexión, y mensajes –I. 8. Aceptar sin juzgar cuando el paciente exprese enojo y amargura hacia Dios. Permanezca con el paciente. 9. Animar al paciente a discutir sus prácticas religiosas previas y como éstas le han proporcionado apoyo en el pasado. 10. Permitir al paciente liderar la participación en actividades religiosas, tales como la oración. 11. Contactar al líder religioso espiritual de la elección del paciente, si éste lo pide. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esta información identifica problemas del paciente para enfrentar en el momento que están afectando el deseo de participar en actividades religiosas. 2. Los individuos con frecuencia se culpan a sí mismos por lo que ha sucedido y rechazan sus creencias religiosas previas y/o a Dios. 3. Este es un importante antecedente para establecer una base de datos. 4. La persona puede apartarse de los demás en relación al estrés por enfermedad, dolor y sufrimiento. 5. Los individuos con frecuencia utilizan varias sustancias para enfrentar la angustia, lo que puede afectar la capacidad para lidiar con problemas de forma positiva. 6. La confianza es la base para una relación terapéutica de enfermera-paciente. 7. Ayuda al paciente a encontrar soluciones propias para los problemas y preocupaciones y promover el sentido de control. 8. La presencia de la enfermera y una actitud de no juzgar aumentan los sentimientos del paciente de valía y promueven confianza en la relación. 9. Una discusión de fuentes previas de apoyo puede ayudar al paciente a trabajar con el rechazo presente a las mismas y verlas como recursos potenciales de apoyo. 10. El paciente puede ser vulnerable en la situación presente y necesita tiempo para decidir cuándo reanudar estas acciones. 11. Estos individuos pueden proporcionar alivio de la angustia espiritual y con frecuencia se ofrecen a hacerlo cuando otras personas no pueden.

*Este plan de cuidado se tomó de Doenges, Moorhouse y Murr, 2006.

necesidad; 31% de todos los individuos de raza negra viven en hogares dirigidos por una mujer. Los sistemas de apoyo social son grandes, y muchos sujetos de este grupo tienen fuertes lazos religiosos, en particular con la fe protestante. Algunos afroamericanos, en particular los de zonas rurales del sur, pueden utilizar medicina tradicional como medio para el cuidado de la salud. Los problemas más graves de salud son: hipertensión, anemia drepanocítica y alcoholismo.

Muchos nativos americanos todavía viven en reservaciones; hablan diferentes lenguajes y dialectos. Estos indi-

viduos parecen ser silenciosos y reservados, y muchos se sienten incómodos al tocarlos o al expresar sus emociones; no obstante, para ellos es muy importante tener una gran red de familiares. Están orientados al presente y no se rigen por el reloj. La religión y la salud están interrelacionados y el chamán (hombre o mujer) es el proveedor del cuidado de la salud. Los problemas de salud incluyen: tuberculosis, diabetes y alcoholismo, las deficiencias nutricionales no son raras.

Para los americanos asiáticos los idiomas son muy diversos; el tocarse durante la conversación, histórica-

mente se ha considerado inaceptable; muchos americanos asiáticos tienen dificultad para expresar sus emociones, por lo que también parecen fríos y distantes. Se enfatiza la lealtad familiar por encima de lo demás, y una familia extensa es muy importante. Las prácticas de salud se basan en la restauración del equilibrio del yin y el yang. Muchos asiáticos creen que la enfermedad mental sólo es un comportamiento fuera de control y comportarse de esa forma trae vergüenza a la familia.

El lenguaje común de los latinoamericanos es el español. Para este grupo, las familias grandes son importantes y tocarse es una forma común de comunicación. La religión predominante es el catolicismo romano, y la iglesia con frecuencia proporciona fortaleza en los momentos de crisis. El cuidado de la salud puede ser proporcionado por un sanador tradicional llamado *curandero*, que utiliza varias formas de tratamiento para restaurar el estado de equilibrio del cuerpo.

Los americanos del oeste de Europa tienen su origen en Italia, Francia y Grecia. Son personas cálidas y expresivas, y tocarse es una forma común de comunicación, también están muy orientados a la familia, y la mayoría tiene una fuerte lealtad a su herencia cultural. La religión dominante es el catolicismo romano para los italianos y franceses, y el griego ortodoxo para los griegos. La mayoría sigue las prácticas de salud de la cultura dominante, pero perduran algunas creencias tradicionales y supersticiones.

Los americanos árabes provienen de ancestros y tienen tradiciones de las tribus nómadas del desierto de la Península Arábiga; el lenguaje oficial es el árabe, pero el inglés es un segundo lenguaje. La religión predominante es el islamismo y no hay separación entre iglesia y estado.

Muchos musulmanes creen en la combinación de la medicina espiritual, llevando a cabo oraciones diarias, y leyendo o escuchando al Corán, además del tratamiento médico convencional.

Los judíos llegaron a Estados Unidos predominantemente de España, Portugal, Alemania y el este de Europa. Existen cuatro grupos judíos en la actualidad: ortodoxos, reformistas, conservadores y reconstruccionistas. Su primer idioma es el inglés. Le dan gran valor a la educación; están muy conscientes de la salud y de los cuidados preventivos de la misma. El conservar la salud mental lo consideran tan importante como el mantener la salud física.

En este capítulo, el proceso de enfermería se presentó como un medio para proporcionar atención. Se incluyó un instrumento de evaluación cultural para ayudar a reunir información necesaria para planear el cuidado apropiado para los individuos de diferentes grupos culturales.

Los síndromes relacionados con las culturas se agrupan en síntomas físicos y de comportamiento que se consideran como enfermedades o “aflicciones” por culturas específicas y son reconocidas por el *DSM-IV-TR*; los ejemplos de estos síndromes se presentan como antecedentes de datos de evaluación.

Es importante que las enfermeras evalúen las necesidades espirituales de sus pacientes. También se incluye: un análisis de espiritualidad y conceptos religiosos en este capítulo, además de una herramienta de evaluación espiritual reuniendo este tipo de información; un plan de cuidado de señalamiento de necesidades espirituales y religiosas del paciente y criterios de resultados para la evaluación de la atención por parte del personal de enfermería.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. Miss Lee es una americana asiática en la unidad psiquiátrica. Ella le dice a la enfermera: “debo tener la raíz de jengibre para la cefalea, es lo único que me ayuda”. ¿Qué significado le da la enfermera a esta demanda de Miss Lee?
 - a. Ella es obstinada y quiere controlar por encima de sus cuidados.
 - b. Ella cree que la raíz de jengibre tiene cualidades mágicas.
 - c. Ella considera la restauración de la salud a través del equilibrio del yin y yang.
 - d. Los americanos asiáticos rechazan la medicina tradicional para el dolor.
2. Miss Lee (la misma paciente de la pregunta anterior) dice que tiene miedo de que nadie de su familia la visite. ¿En qué creencia se basa miss Lee para decir eso?
 - a. Muchos americanos asiáticos no creen en los hospitales.
 - b. Muchos americanos asiáticos no tienen sistemas de apoyo familiares cercanos.
 - c. Muchos americanos asiáticos creen que el cuerpo se sana por sí solo si se le permite.
 - d. Muchos americanos asiáticos ven los problemas psiquiátricos como motivo de vergüenza para la familia.
3. Joe, quien llegó a la clínica de salud mental con síntomas de depresión, dice a la enfermera: “mi padre está muriendo, siempre lo he odiado. Abusó de mí cuando era un niño. No he hablado con él por años; ahora quiere verme, pero yo no sé si quiero verlo”.

¿Con cuál necesidad espiritual está luchando Joe?

 - a. Perdón.
 - b. Fe.
 - c. Esperanza.
 - d. Significado y propósito en la vida.
4. Joe (de la pregunta anterior) le dice a la enfermera: “¡Estoy enojado! ¿Por qué Dios tenía que darme un padre como ese? ¡Me siento engañado por él! Siempre he sido buena persona, merezco lo mejor. ¡Odio a Dios! De estos datos subjetivos, ¿qué diagnóstico de enfermería puede aplicar la enfermera a Joe?
 - a. Está preparado para aceptar una mayor religiosidad.
 - b. Está en riesgo de religiosidad alterada.
 - c. Está listo para aumentar su bienestar espiritual.
 - d. Angustia espiritual.
5. Sara es una mujer de raza negra que recibe la visita de una enfermera de la casa de salud psiquiátrica. Es una paciente referida para una evaluación de salud mental por parte de una enfermera de salud pública, que le avisó que Sara podría volverse retraída en exceso. Cuando llega la enfermera psiquiátrica, Sara le dice: “nadie puede ayudarme, fui una mala persona en mi juventud, y ahora debo pagar”. ¿Cómo debe evaluar la enfermera esta situación?
 - a. Sara tiene delirio de persecución.
 - b. Algunos pacientes de raza negra creen que la enfermedad es un castigo de Dios por sus pecados.
 - c. Sara está deprimida y sólo quiere que la dejen sola.
 - d. Los pacientes de raza negra no creen en la ayuda psiquiátrica.
6. Sara le dice a la enfermera: “la abuela me dijo que comiera verduras poke y que me sentiría mejor”. ¿Cómo debe la enfermera interpretar esta declaración?
 - a. La abuela de Sara cree en los poderes curativos de las verduras poke.
 - b. Sara cree todo lo que la abuela le dice.
 - c. Sara ha recibido atención por parte de una “practicante tradicional”.
 - d. Sara está tratando de determinar si la enfermera está de acuerdo con su abuela.

7. Frank es un latinoamericano que tiene una cita en el centro de salud de la comunidad a la 13:00 horas. La enfermera está enojada cuando Frank se presenta a la 15:30 diciendo: "estaba de visita con mi hermano". ¿Cómo debe interpretar la enfermera este comportamiento?
- Frank está siendo pasivo-agresivo por llegar tan tarde.
 - Esta es la forma de Frank de desafiar a la autoridad.
 - Frank es miembro de un grupo cultural que está orientado en el presente.
 - Frank es un miembro de un grupo cultural que rechaza la medicina tradicional.
8. La enfermera debe hacer un examen físico a Frank (el paciente de la pregunta anterior), le dice que se quite la ropa y se ponga una bata de examen. Frank se niega. ¿Cómo debe la enfermera interpretar esto?
- Frank no cree en recibir órdenes de una mujer.
 - Frank es modesto y se apena al quitarse su ropa.
 - Frank no entiende porqué se tiene que quitar su ropa.
 - Frank no entiende la necesidad del examen físico.
9. María es americana italiana, está en el hospital después de haber sufrido un aborto a los cinco meses de gestación. Su cuarto está lleno de parientes, quienes le han traído varios alimentos y regalos. Todos ellos están hablando, al mismo tiempo, y algunos, incluso María, están llorando. ¿Cómo debería la enfermera manejar esta situación?
- Explica a los familiares que María necesita descansar y les dice que deben irse.
 - Permite a la familia quedarse y continúan como se describió, en la medida que no molesten a otros pacientes.
 - Explica a la familia que María no va a superar su pérdida si ellos siguen comentándolo, con lo cual la hacen llorar tanto.
 - Llama al sacerdote de la familia para que venga y se haga cargo de la situación.
10. La madre de María le dice a la enfermera: "si sólo María me hubiera dicho que quería el pan dulce, lo habría hecho para ella". ¿Cuál es el significado del dicho por la madre de María?
- Algunos americanos italianos creen que el aborto ocurre si una mujer no come el alimento que se le antoja.
 - Algunos americanos italianos creen que el pan dulce puede prevenir el aborto.
 - La madre de María toma para sí la culpa del aborto de María.
 - La madre de María cree que el médico debería decirle a María que coma pan dulce.

R E F E R E N C I A S

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barna Research Online. (2007). The Barna Update. Retrieved February 23, 2007 from <http://www.barna.org/>
- Brodd, J. (2003). *World religions: A voyage of discovery* (2nd ed.). Winona, MN: Saint Mary's Press.
- Bronson, M. (2005). *Why are there so many religions?* Retrieved February 23, 2007 from <http://www.biblehelp.org/relig.htm>
- Centers for Disease Control (CDC). (2001). *First marriage dissolution, divorce, and remarriage in the United States*. Atlanta, GA: CDC Office of Enterprise Communication.
- Cherry, B., & Giger, J.N. (2004). African-Americans. In J.N. Giger & R.E. Davidhizar (Eds.), *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2006). *Nurse's pocket guide: Diagnoses, interventions, and rationales* (10th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Dossey, B.M. (1998). Holistic modalities and healing moments. *American Journal of Nursing*, 98 (6), 44-47.
- Fox, A., & Fox, B. (1988). *Wake up! You're alive*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Gartner, J. (1998). Religious commitment, mental health, and prosocial behavior: A review of the empirical literature. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Geissler, E.M. (1994). *Pocket guide to cultural assessment*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Giger, J.N., & Davidhizar, R.E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.

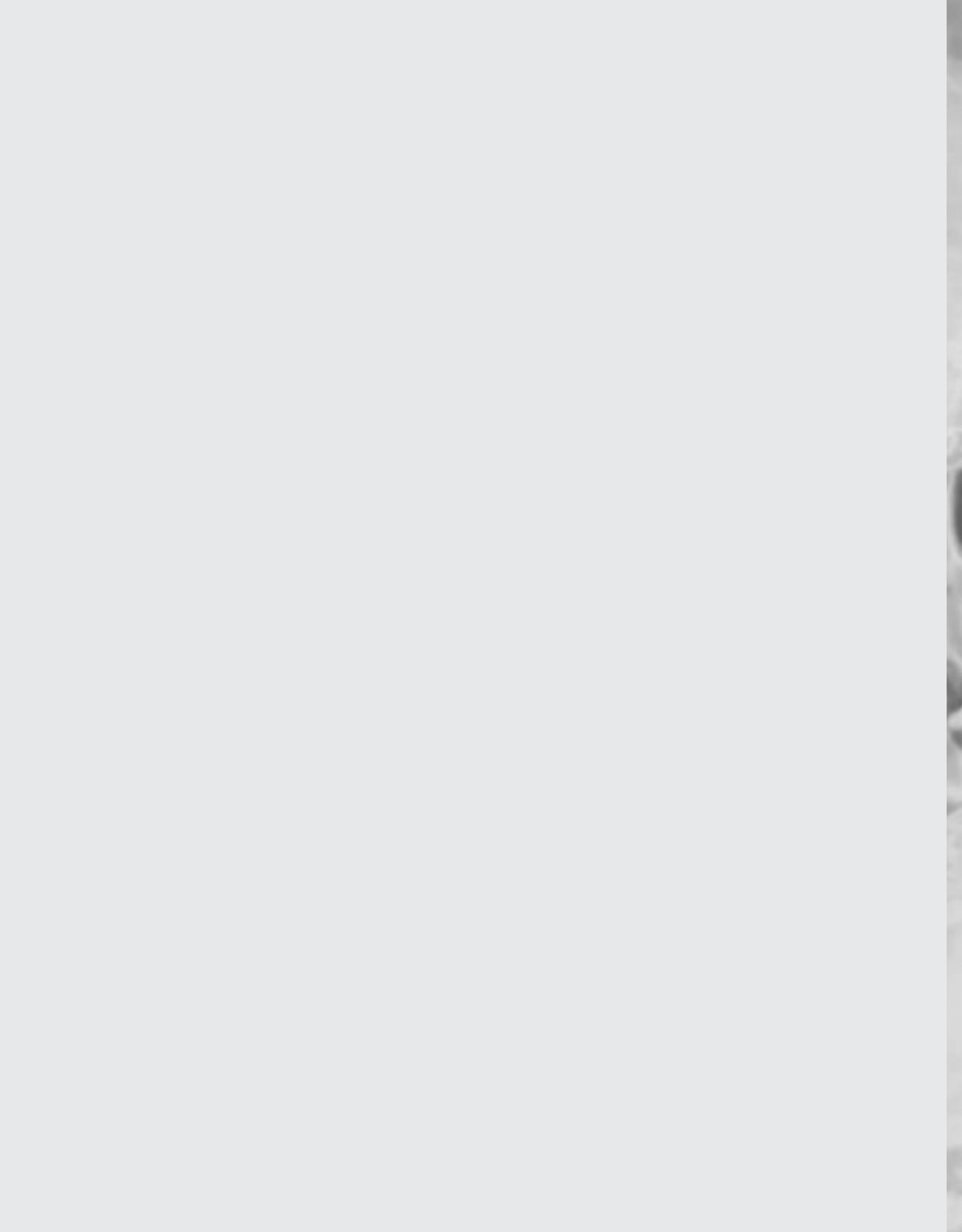
- Gonzalez, T., & Kuipers, J. (2004). Mexican Americans. In J.N. Giger & R.E. Davidhizar (Eds.), *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Griffin, H.C. (2002, December 12). Embracing diversity. *NurseWeek* [Special Edition], 14–15.
- Griffith, E.E.H., Gonzalez, C.A., & Blue, H.C. (2003). Introduction to cultural psychiatry. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hanley, C.E. (2004). Navajos. In J.N. Giger & R.E. Davidhizar (Eds.), *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Harris, L.M. (2004). *African Americans*. Microsoft Encarta Online Encyclopedia. Retrieved February 23, 2007 from <http://encarta.msn.com>
- Indian Health Service (IHS). (2001). *Important strides in Indian health*. Retrieved November 1, 2001 from http://www.ihs.gov/Medical_Programs/Nursing/nursing-strides.asp.
- Ishida, D., & Inouye, J. (2004). Japanese Americans. In J.N. Giger & R.E. Davidhizar (Eds.), *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Karren, K.J., Hafen, B.Q., Smith, N.L., & Frandsen, K.J. (2002). *Mind/body health: The effects of attitudes, emotions, and relationships*. (2nd ed.). San Francisco: Benjamin Cummings.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- NANDA International. (2007). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 2007–2008*. Philadelphia: NANDA International.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). *Alcohol abuse increases, dependence declines across decade: Young adult minorities emerge as high-risk subgroups*. News Release, June 10, 2004. Washington, DC: NIAAA.
- Nekolaichuk, C.L., Jevne, R.F., & Maguire, T.O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science and Medicine*, 48(5), 591–605.
- Ng, M. (2001). *The Asian-American struggle for identity and battle with racism*. Retrieved November 2, 2001 from <http://www.stern.nyu.edu/~myn1/racism.htm>
- Office of Tribal Justice. (2007). *FAQs About Native Americans*. Retrieved January 11, 2007 from <http://www.usdoj.gov/otj/nafaqs.htm>
- Ornish, D. (1998). *Love and survival: Eight pathways to intimacy and health*. New York: HarperPerennial.
- Purnell, L.D., & Paulanka, B.J. (2003). *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Purnell, L.D., & Paulanka, B.J. (2005). *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Schwartz, E.A. (2004). Jewish Americans. In J.N. Giger & R.E. Davidhizar (Eds.), *Transcultural nursing: Assessment & intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Smucker, C.J. (2001). Overview of Nursing the Spirit. In D.L. Wilt & C.J. Smucker (Eds.), *Nursing the spirit: The art and science of applying spiritual care*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Spector, R.E. (2004). *Cultural diversity in health and illness* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Still, O., & Hodgins, D. (2003). Navajo Indians. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Tripp-Reimer, T., & Sorofman, B. (1998). Greek-Americans. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
- U.S. Census Bureau. (2006). *2005 American Community Survey*. Retrieved November 3, 2006 from the World Wide Web at <http://www.census.gov>
- U.S. Department of Agriculture. (2004). *Food, nutrition, and consumer services*. Retrieved February 23, 2007 from <http://www.aphis.usda.gov/anawg/Bluebook/guidefive.html>
- Wall, T.L., Peterson, C.M., Peterson, K.P., Johnson, M.L., Thomasson, H.R., Cole, M., & Ehlers, C.L. (1997). Alcohol metabolism in Asian-American men with genetic polymorphisms of aldehyde dehydrogenase. *Annals of Internal Medicine* 127, 376–379.
- Walsh, R. (1999). *Essential spirituality*. New York: John Wiley & Sons.
- Wang, Y. (2003). People of Chinese heritage. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wikipedia. (2007). *Native Americans in the United States*. Retrieved January 11, 2007 from http://en.wikipedia.org/wiki/Native_Americans_in_the_United_States
- Wright, L.M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness*. Philadelphia: F.A. Davis.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Hall, E.T. (1966). *The hidden dimension*. Garden City, NY: Doubleday.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

UNIDAD DOS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/ PSIQUIÁTRICA



6

CAPÍTULO

DESARROLLO DE RELACIONES Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

RELACIÓN TERAPÉUTICA PERSONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

CONDICIONES ESENCIALES PARA DESARROLLAR UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA

FASES DE UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA PERSONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

LÍMITES EN LA RELACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

pensamiento concreto
confidencialidad
contratransferencia
densidad
empatía
auténticidad

espacio íntimo
parlenguaje
espacio personal
espacio público
compenetración
espacio social

simpatía
territorialidad
transferencia
respeto positivo incondicional

CONCEPTOS CENTRALES

relación terapéutica

comunicación

comunicación terapéutica

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Describir la importancia y las dinámicas de una relación terapéutica entre personal de enfermería y paciente.
2. Identificar los objetivos de la relación personal de enfermería y paciente.

- | | |
|--|--|
| <p>3. Identificar y analizar condiciones esenciales para que se dé una relación terapéutica.</p> <p>4. Describir las fases del desarrollo de la relación y las tareas relacionadas con cada fase.</p> <p>5. Identificar los tipos de condiciones preexistentes que influyen en el resultado del proceso de comunicación.</p> | <p>6. Definir <i>territorialidad, densidad y espacio</i> como componentes del ambiente.</p> <p>7. Identificar componentes de expresión no verbal.</p> <p>8. Describir técnicas de comunicación terapéutica y no terapéutica verbales.</p> <p>9. Describir la escucha activa.</p> <p>10. Analizar la retroalimentación terapéutica.</p> |
|--|--|

INTRODUCCIÓN

La relación personal de enfermería y paciente es la base sobre la cual se establece la enfermería psiquiátrica, es aquella en la cual ambos participantes deben reconocer que cada uno es único e importante; además es una relación en la que ocurre un aprendizaje mutuo. Peplau (1991) establece lo siguiente:

Una enfermera hará aquello *por* un paciente o puede participar en una relación en la que se enfatice de tal forma que haga aquello *con* el paciente en la medida que comparten una agenda de trabajo que se complete para alcanzar una meta: la salud. Es probable que el proceso de enfermería sea educativo y terapéutico cuando la enfermera y el paciente puedan conocerse y respetarse mutuamente como personas diferentes, que comparten la solución de problemas.

Hays y Larson (1963) establecieron que “para relacionarse con un paciente terapéuticamente, es necesario para la enfermera entender su función y su relación con la enfermedad del paciente”, por lo que estos autores describen que la función del personal de enfermería es la de proporcionar al paciente la oportunidad de:

- Identificar y explorar problemas en relación con otros.
- Descubrir maneras sanas de satisfacer necesidades emocionales.
- Experimentar una relación interpersonal satisfactoria.

La *relación interpersonal terapéutica* es el proceso por el cual el personal de enfermería proporciona cuidado a los pacientes que necesitan intervención psicosocial, el instrumento para proporcionar esta atención es el *uso terapéutico del self*. Las *técnicas de comunicación interpersonal* (tanto verbal como no verbal) son los “instrumentos” de intervención psicosocial.



Relación Terapéutica

Es una interacción entre dos personas (por lo general la que proporciona atención y quien la recibe) en la cual las aportaciones de ambos participantes contribuyen a un clima de curación, desarrollo del crecimiento y prevención de la enfermedad o ambos.

En este capítulo se describen las fases del desarrollo de una relación terapéutica personal de enfermería-paciente; el uso terapéutico del self y técnicas de comunicación interpersonal.

RELACIÓN TERAPÉUTICA PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PACIENTE

Travelbee (1971), quien desarrolló la teoría de Peplau (relaciones interpersonales en enfermería), menciona que sólo cuando cada individuo percibe en la interacción al otro como un ser humano único, es cuando una relación es posible; con esto se refiere, no a la relación paciente-personal de enfermería, sino a una relación humano a humano, la cual se describe como una “experiencia significativa mutua”. Esto es, tanto la enfermera como la persona que recibe atención tienen necesidades que se satisfacen cuando ven al otro como un ser humano único, no como “una enfermedad” o como “un número de cuarto” o como “todas las enfermeras” en general.

Las relaciones terapéuticas son metas orientadas, es decir, el personal de enfermería y el paciente deciden juntos cuál será la meta de la relación. Con frecuencia el objetivo es dirigir la promoción del aprendizaje y el crecimiento en un esfuerzo para provocar algún tipo de cambio en la vida del paciente. En general, el objetivo de una relación terapéutica se realiza con base en un modelo de solución del problema.

EJEMPLO:

Objetivo

El paciente demostrará estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con (situación de vida específica).

Intervenciones

- Identificar cuál es el problema del paciente en ese momento.
- Alentar al paciente a analizar los cambios que le gustaría hacer.
- Analizar con el paciente qué cambios son posibles y cuáles no lo son.

- Permitir que el paciente explore sentimientos sobre los aspectos que no pueden ser cambiados, y buscar formas alternativas para enfrentarlos de manera más adaptativa.
- Analizar estrategias alternativas para crear cambios que el paciente desea hacer.
- Comparar los beneficios y las consecuencias de cada alternativa.
- Ayudar al paciente a elegir una alternativa.
- Alentar al paciente para llevar a cabo el cambio.
- Proporcionar retroalimentación positiva para que los intentos del paciente provoquen dicho cambio.
- Ayudar al paciente a evaluar los resultados del cambio y hacer las modificaciones que se requieran.

Uso Terapéutico del Self

Travelbee (1971) describe el instrumento para favorecer el proceso de enfermería interpersonal como el *uso terapéutico del self*, que ella define como “la capacidad para usar la personalidad propia de manera consciente y en completa conciencia en un intento por establecer relación y estructura a las intervenciones de enfermería”.

El uso del self en forma terapéutica requiere que el personal de enfermería tenga una gran auto-conciencia y auto-entendimiento, y haber obtenido una creencia filosófica sobre la vida y la muerte; sobre todo de la condición humana. El personal de enfermería debe entender que la capacidad y el grado al que se puede ayudar a otros de manera eficaz en momentos de necesidad están fuertemente influenciados por este sistema interno de valores —una combinación de intelecto y emociones.

CONDICIONES ESENCIALES PARA DESARROLLAR UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Se han identificado varias características que facilitan una relación terapéutica, estos conceptos son muy importantes para el uso de self como herramienta terapéutica en el desarrollo de la relación interpersonal.

Compenetración

Llegar a conocer a alguien y establecer compenetración es la primera tarea en el desarrollo de la relación; la **compenetración** implica sentimientos especiales de ambas partes (personal de enfermería y paciente) basados en la aceptación, calidez, amistad, intereses comunes, un sentimiento de confianza y actitud de no juzgar. Establecer la compenetración puede llevarse a cabo por discusión de temas no relacionados con la salud. Travelbee (1971) establece que:

[Establecer compenetración] es crear una sensación de armonía basado en el conocimiento y apreciación de que cada

individuo es único. Es la capacidad de permanecer firme y experimentar a otro ser humano —apreciar la excepcionalidad de cada personalidad. La capacidad de poner atención por y para los demás es el corazón de la compenetración.

Confianza

Para confiar en alguien, se debe tener seguridad en la presencia de la persona, fiabilidad, integridad, veracidad y deseo sincero de proporcionar la ayuda requerida. Como se identificó en el capítulo 2, la confianza es la primera tarea de desarrollo descrita por Erikson. Si la tarea no se ha alcanzado, este componente se vuelve más difícil, esto no significa que no se pueda establecer la confianza, sólo que se requiere más tiempo y paciencia por parte del personal de enfermería.

Es imperativo para el personal de enfermería transmitir un aura de confiabilidad, lo que requiere que tenga un sentido de autoconfianza. La seguridad en el self se deriva del conocimiento ganado a través de logros, metas personales y profesionales, la capacidad de integrarlos y que funcionen como una unidad.

La confianza no se puede presumir; se debe ganar. La confiabilidad se demuestra a través de intervenciones de enfermería que transmitan un sentido de calidez y preocupación hacia el paciente. Estas intervenciones se inicián de manera simple y concreta, están dirigidas hacia actividades que señalen las necesidades básicas del paciente para su seguridad fisiológica y psicológica. Muchos pacientes psiquiátricos experimentan **pensamiento concreto**, que enfoca los procesos de pensamiento en temas específicos más que en generalidades, así como en asuntos inmediatos más que en los resultados eventuales. Los ejemplos de intervenciones de enfermería que promueven la confianza en un individuo que piensa de manera concreta incluyen lo siguiente:

- Proporcionar una manta cuando el paciente tiene frío.
- Suministrar alimento cuando el paciente tiene hambre.
- Mantener las promesas.
- Ser honesto (p. ej., decir: “no sé la respuesta a tu pregunta, pero voy a averiguar”) y continuar.
- Dar razones de manera clara y sencilla para ciertas políticas, procedimientos y reglas.
- Proporcionar un programa escrito y estructurado de actividades.
- Asistir a las actividades con el paciente si no quieren ir solos.
- Ser consistente en agregar lineamientos a la unidad.
- Tener en consideración las preferencias, peticiones y opiniones del paciente cuando sea posible en relación con su cuidado.
- Asegurar **confidencialidad**, dar tranquilidad con respecto a que lo que se discute no será repetido fuera de los límites del equipo de cuidado de salud.

La confianza es la base de una relación terapéutica, por lo que el personal de enfermería debe perfeccionar las cualidades que fortalezcan el desarrollo de la confianza; a su vez, ésta se debe establecer para que progrese la relación personal de enfermería-paciente más allá de un nivel superficial de atender las necesidades inmediatas del paciente.

Respeto

Mostrar respeto es creer en la dignidad y valía de una persona, sin tomar en cuenta el comportamiento inaceptable. El psicólogo Carl Rogers llamó a esto **consideración positiva incondicional** (Raskin y Rogers, 2005), lo que significa que la actitud no es de juicio y el respeto es incondicional sin depender del comportamiento del paciente para alcanzar ciertos estándares. El personal de enfermería, de hecho, puede no aprobar el estilo de vida del paciente o los patrones de comportamiento; sin embargo, con consideración positiva incondicional, el paciente es aceptado y respetado por la única razón de ser considerado un ser humano único y valioso.

Muchos pacientes psiquiátricos sienten muy poco respeto por ellos mismos pues, como resultado de su comportamiento, han sido rechazados por los demás en el pasado. El reconocimiento puede elevar los sentimientos de autoestima y autorrespeto, al ser aceptados y respetados en forma incondicional como individuos únicos. El personal de enfermería puede transmitir una actitud de respeto por:

- Llamar al paciente por su nombre (y título, si el paciente lo prefiere).
- Pasar tiempo con el paciente.
- Dar tiempo suficiente para contestar las preguntas del paciente y sus preocupaciones.
- Promover una atmósfera de privacidad durante interacciones terapéuticas con el paciente, o cuando esté siendo examinado físicamente o en terapia.
- Siempre ser abierto y honesto con el paciente, incluso cuando la verdad pueda ser difícil de analizar.
- Poner atención a las ideas, preferencias y opiniones del paciente para planear el cuidado.
- Tratar de entender la motivación detrás del comportamiento del paciente, sin importar qué tan inaceptable pueda ser.

Autenticidad

El concepto de **autenticidad** se refiere a la capacidad del personal de enfermería para ser abierto, honesto y “real” en las interacciones con el paciente. Ser “real” es estar consciente de que uno se experimenta interiormente y permite que esta cualidad sea visible en la relación terapéutica (Raskin y Rogers, 2005). Cuando se es genuino hay congruencia entre lo que se siente y lo expresado, por

lo que el personal de enfermería que presenta esta cualidad responde al paciente con la verdad y honestidad, y no con respuestas que pueda considerar más “profesionales” o las que sólo reflejen la “función de la enfermera”.

La autenticidad también se puede reconocer por cierto grado de autorrevelación, lo que no significa que el personal de enfermería deba decir al paciente todos sus sentimientos o contarle *todas* sus experiencias personales que puedan relacionarse con lo que el paciente está viviendo; además se debe tener cuidado cuando se habla de autorrevelar, para evitar invertir los papeles del personal de enfermería y paciente. Cuando la enfermera utilice la autorrevelación, se muestra una cualidad de “humanidad” al paciente, proporcionando un modelo en situaciones similares, de tal modo el paciente se siente más cómodo dando información personal.

Casi todos los individuos tienen una capacidad extraña para descubrir la falsedad en otras personas; cuando el personal de enfermería no es genuino en la relación, no se puede establecer una base verdadera para la confianza. Estas cualidades son esenciales si se pretende desarrollar el potencial real del paciente para que ocurra el cambio y el crecimiento (Raskin y Rogers, 2005).

Empatía

La **empatía** es un proceso en el cual un individuo es capaz de ver más allá del comportamiento y sentir realmente la experiencia interior de los demás en un momento dado (Travelbee, 1971). Con empatía, el personal de enfermería puede percibir con precisión y entender el significado e importancia de los pensamientos y sentimientos del paciente, y comunicar dicha percepción al mismo; esto se hace intentando traducir las palabras y comportamientos en sentimientos.

Es muy común que el concepto de empatía se confunda con el de **simpatía**; la principal diferencia es que con empatía el personal de enfermería puede “percibir o entender con precisión” lo que siente el paciente, animándolo a explorar estos sentimientos; en cambio, con simpatía el personal de enfermería en realidad “comparte” lo que el paciente está sintiendo, y experimenta una necesidad de aliviar la angustia.

La empatía se considera una de las características más importantes de una relación terapéutica, debido a que las percepciones empáticas exactas del personal de enfermería ayudan al paciente a identificar sentimientos que pudieran estar reprimidos o negados. Por otra parte, las emociones positivas se generan cuando el paciente se da cuenta que es verdaderamente entendido por otra persona. Conforme los sentimientos salen a la superficie y son explorados, el paciente aprende aspectos sobre el self, del cual puede no estar consciente, lo que contribuye al proceso de identificación personal y promoción del autoconcepto positivo.

Con empatía, mientras el personal de enfermería entiende los pensamientos y los sentimientos del paciente, es capaz de mantener la objetividad para permitir que el paciente encuentre la solución al problema con mínima asistencia; en cambio, con simpatía la enfermera siente lo que el paciente, perdiendo objetividad y enfocándose en aliviar la angustia personal en lugar de ayudar al paciente a resolver el problema. El siguiente es un ejemplo de una respuesta empática y una simpática a la misma situación.

EJEMPLO:

Situación: B.J., es una paciente de la unidad psiquiátrica con diagnóstico de trastorno depresivo importante, mide 1.65 m y pesa 134 kg, toda su vida ha tenido sobrepeso. Es soltera, no tiene amigos cercanos y nunca ha tenido una relación íntima con alguna persona. Es su primer día en la unidad, se niega a salir de su habitación. Cuando se presenta en el comedor para almorzar después de ser admitida, se siente avergonzada porque varios de los pacientes se ríen y la llaman “gorda”.

Respuesta simpática: La enfermera: “en verdad me siento identificada con lo que estás sintiendo, también he tenido sobrepeso casi toda mi vida y también me enoja que las personas actúen de esa forma. ¡Son tan insensibles! Es típico que la gente delgada actúe así. Tienes el derecho de permanecer lejos de ellos. Veremos qué tan fuerte se ríen cuando elijas la película que se presentará a la hora de la cena esta noche”.

Respuesta empática: La enfermera: “te sientes enojada y avergonzada por lo que pasó hoy a la hora del almuerzo”. Conforme caen las lágrimas de los ojos de B.J., la enfermera la anima a que llore, si con eso expresa su enojo por la situación. Permanece con ella, pero no se queda con sus propios sentimientos sobre lo que sucedió. En cambio se enfoca en B.J. para que perciba sus necesidades más inmediatas.

FASES DE UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA PERSONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

El personal de enfermería utiliza el desarrollo de la relación interpersonal como la intervención primaria con pacientes en varios escenarios de salud mental/psiquiátrica. Esto es congruente con la identificación de Peplau (1962) de consejería como la principal subfunción de enfermería en psiquiatría. Sullivan (1953), de quien Peplau desarrolló su propia teoría interpersonal, cree firmemente

que los problemas emocionales estaban muy relacionados con dificultades en las relaciones interpersonales. Con este concepto en la mente, esta función se vuelve significativa y resolutiva, se convierte en una parte integral del esquema de toda la terapia.

La relación interpersonal terapéutica es el medio por el cual el proceso de enfermería se puede llevar a cabo, a través de ésta se identifican los problemas y se encuentra la solución. Las tareas de la relación se categorizan en cuatro fases:

1. Fase de preinteracción.
2. Fase de orientación (introducción).
3. Fase de trabajo.
4. Fase de terminación.

Aunque cada fase se presenta como específica y distinta de las otras, puede hacer cierta sobreposición de tareas, en particular cuando la interacción es limitada. Los principales objetivos durante cada fase de la relación personal de enfermería-paciente se enlistan en el cuadro 6-1.

La Fase de Preinteracción

La fase de preinteracción incluye la preparación para el primer encuentro con el paciente, y las tareas comprenden:

- Obtener información disponible del paciente sobre su registro, de otras personas u otros miembros del equipo de salud. A partir de ésta, se inicia la evaluación; esta información le permite al personal de enfermería saber las respuestas del paciente para conocerlo mejor.
- Examinar los propios sentimientos, miedos y ansiedades sobre trabajar con un paciente en particular. Por ejemplo, si la enfermera ha sido criada en una familia con alcoholismo tiene sentimientos ambivalentes sobre el cuidado de un paciente que es dependiente del alcohol; esto significa que todos los individuos traen consigo actitudes y sentimientos de experiencias previas al escenario clínico, por lo que el personal de enfermería necesita estar consciente de cómo estos preconceptos pueden afectar su capacidad.

CUADRO 6 – 1 Fases del Desarrollo de la Relación y Principales Objetivos en Enfermería

Fase	Metas
1. Preinteracción	Explore autopercepciones
2. Orientación (introductoria)	Establezca confianza y formule un contrato de intervención
3. Trabajo	Promueva el cambio del paciente
4. Terminación	Evalúe el alcance de los objetivos y asegure un cierre terapéutico

Fase de Orientación (Introductoria)

Durante la fase de orientación, el personal de enfermería y el paciente se familiarizan uno con otro, para lo cual se incluyen las siguientes tareas:

- Crear un ambiente para el establecimiento de la confianza y compenetración.
- Establecer un contrato para la intervención el cual detalle las expectativas y responsabilidades tanto del personal de enfermería como del paciente.
- Reunir la información de evaluación para tener una consistente base de datos del paciente.
- Identificar las fortalezas y limitaciones del paciente.
- Formular diagnósticos de enfermería.
- Establecer metas que sean de común acuerdo para la enfermera y el paciente.
- Desarrollar un plan de acción que sea realista para alcanzar las metas establecidas.
- Explorar los sentimientos, tanto del paciente como del personal de enfermería en términos de la fase introductoria.

Las introducciones con frecuencia son incómodas y los participantes pueden experimentar cierta ansiedad hasta que se haya alcanzado cierto grado de compenetración. Es posible que las interacciones permanezcan en un nivel superficial hasta que disminuya la ansiedad, por lo que pueden ser necesarias varias hasta llevar a cabo las tareas relacionadas con esta fase.

Fase de Trabajo

El trabajo terapéutico de la relación se aplica en esta fase, las tareas son las siguientes:

- Mantener la confianza y la compenetración que se estableció durante la fase de orientación.
- Promover la visión y percepción del paciente de la realidad.
- Utilizar el modelo de solución de problemas que se presentó en este capítulo con anterioridad.
- Superar comportamientos de resistencia por parte del paciente, conforme el nivel de ansiedad surja en respuesta a la discusión de temas dolorosos.
- Evaluar de manera continua el progreso, para alcanzar las metas.

Transferencia y Contratransferencia

La transferencia y la contratransferencia son fenómenos comunes que surgen durante el curso de una relación terapéutica.

Transferencia

La **transferencia** se presenta cuando el paciente de manera inconsciente atribuye (o “transfiere”) al personal de enfermería sentimientos y predisposiciones de comporta-

miento formadas hacia una persona de su pasado (Sadock y Sadock, 2003). Estos sentimientos hacia la enfermera pueden ser percibidos por alguna característica de su apariencia o personalidad. La transferencia puede interferir con la interacción terapéutica cuando los sentimientos expresados incluyen hostilidad y enojo, y se pueden manifestar hacia la enfermera por falta de cooperación y resistencia a la terapia.

La transferencia también puede tomar la forma de afecto abrumador o dependencia excesiva hacia el personal de enfermería. La enfermera está sobrevalorada y el paciente forma expectativas no realistas por ella; cuando es incapaz de satisfacer estas expectativas o encuentra que las necesidades de dependencia son excesivas, el paciente se puede enojar y volver hostil.

INTERVENCIONES POR TRANSFERENCIA. Hilz (2001) dice al respecto:

En casos de transferencia, la relación por lo general no necesita terminarse, excepto cuando la transferencia presenta fuertes barreras para el tratamiento o seguridad. La enfermera debe trabajar con el paciente separando el pasado del presente, y ayudar a éste a identificar la transferencia y reasignar un nuevo y apropiado significado a la presente relación enfermera-paciente. La meta es guiar al paciente a la independencia, enseñándole a asumir la responsabilidad de sus propios comportamientos, sentimientos y pensamientos, y dar el significado correcto a las relaciones basadas en las presentes circunstancias en lugar del pasado.

Contratransferencia

La **contratransferencia** se refiere a la respuesta de comportamiento y emocional del personal de enfermería al paciente. Estas respuestas pueden estar relacionadas con sentimientos del pasado sin resolver por parte del personal de enfermería, o pueden ser generadas en respuesta a sentimientos transferidos al paciente. No es fácil abstenerse de enojarse cuando el paciente es consistentemente antagónico, sentirse adulado cuando se muestra afecto y atención por parte del paciente, o incluso un poco poderoso cuando muestra excesiva dependencia hacia la enfermera. Estos sentimientos también pueden interferir con la relación terapéutica cuando inician los siguientes tipos de comportamientos:

- El personal de enfermería se sobreidentifica con los sentimientos del paciente debido a que le recuerdan sus problemas del pasado o del presente.
- El personal de enfermería y el paciente desarrollan una relación social o personal.
- El personal de enfermería empieza a dar consejos o trata de “rescatar” al paciente.
- El personal de enfermería alienta y promueve la dependencia del paciente.

- El enojo del personal de enfermería provoca sentimientos de disgusto hacia el paciente.
- El personal de enfermería se siente ansioso e inquieto en presencia del paciente.
- El personal de enfermería se aburre y está apático en las sesiones con el paciente.
- El personal de enfermería tiene dificultad en poner límites al comportamiento del paciente.
- La enfermera defiende el comportamiento del paciente de otros miembros del personal.

El personal de enfermería puede estar total o mínimamente consciente de la contratransferencia como se esté presentando (Hilz, 2001).

INTERVENCIONES POR CONTRATRANSFERENCIA.

Hilz (2001) se refiere a ellas:

La relación por lo general no se debe terminar cuando sucede la contratransferencia, en cambio la enfermera o la persona que experimente la contratransferencia debe ser apoyada por otro miembro del personal para identificar sus sentimientos y comportamientos, y reconocer la presentación del fenómeno. Puede ser útil hacer sesiones de evaluación con la enfermera después de su encuentro con el paciente, tanto la enfermera como los otros miembros del personal (quienes observan las interacciones) discuten y comparan los comportamientos mostrados en la relación.

Fase de Terminación

La terminación de la relación puede ocurrir por una variedad de razones; se han alcanzado las metas acordadas de manera mutua; el paciente fue dado de alta del hospital; o, en el caso de una enfermera estudiante, puede haber terminado su rotación clínica. La terminación puede ser una fase difícil, tanto para el personal de enfermería como para el paciente. La principal tarea incluye dar una conclusión terapéutica a la relación, lo que sucede cuando:

- Se ha progresado en alcanzar la serie de metas acordadas de manera mutua.
- Se estableció un plan de cuidado continuo o de asistencia durante las experiencias de vida estresantes de manera mutua por el personal de enfermería y el paciente.
- Se reconocen los sentimientos sobre la terminación de la relación y se exploran. Tanto el personal de enfermería como el paciente pueden experimentar sentimientos de tristeza y pérdida, en cuyo caso el personal de enfermería debe compartir dichos sentimientos con el paciente. Por medio de estas interacciones, el paciente aprende que es aceptable tener estos sentimientos en el momento de la separación, y al mismo tiempo, experimenta crecimiento durante el proceso de terminación.

NOTA: Cuando el paciente siente tristeza y pérdida, pueden ser evidentes comportamientos que retrasen la

terminación. Si el personal de enfermería experimenta los mismos sentimientos, debe permitir que los comportamientos del paciente retracen la terminación, ya que para un cierre terapéutico, la enfermera debe establecer la realidad de la separación y resistirse a ser manipulada por el paciente en repetidos retrasos.

LÍMITES EN LA RELACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

Un límite señala una frontera o barrera que determina el grado aceptable de cosas; existen muchos tipos, a continuación se incluyen algunos ejemplos:

- Los límites materiales son propiedades físicas que pueden ser vistas, como cercas que rodean un terreno.
- Límites sociales establecidos dentro de una cultura, definen el comportamiento de los individuos en situaciones sociales.
- Límites personales son los que los individuos definen por ellos mismos e incluyen distancia física, o simplemente qué tan cerca permiten las personas que otros invadan su espacio físico; y límites emocionales, o como muchos individuos eligen revelar la parte más privada e íntima de sí mismos a los demás.
- Límites profesionales y expectativas que se resumen para relaciones apropiadas con los pacientes; éstos separan el comportamiento de cualquier otro que, bien intencionado o no, reduce el beneficio del cuidado a los pacientes (*College and Association of Registered Nurses of Alberta* [CARNA], 2005).

Los asuntos relacionados con los límites profesionales se asocian por lo general con los siguientes temas:

1. *Autorrevelación.* La autorrevelación por parte de la enfermera puede ser apropiada cuando se considera que la información puede ser benéfica para el paciente. Nunca debe ser asumida para conocer las necesidades del personal de enfermería.
2. *Dar regalos.* Los individuos que reciben cuidado con frecuencia se sienten en deuda hacia sus cuidadores, por cierto, el dar regalos puede ser parte del proceso terapéutico para las personas que han recibido cuidado médico (CARNA, 2005). La creencia cultural y los valores también pueden ser parte de la decisión de aceptar el regalo de un paciente. En algunas culturas, no hacerlo podría ser interpretado como un insulto; no obstante, los regalos monetarios nunca son apropiados y las enfermeras pueden permitirse hacer la sugerencia de hacer una donación para una obra de caridad de la elección del paciente. Aceptar un pequeño regalo de gratitud se considera apropiado, pero el personal de enfermería puede decidir compartirlo con otros miem-

bros del equipo de trabajo que también participaron en la atención al paciente. En cualquier caso, deben ejercer su juicio profesional sobre cuándo decidir aceptar un regalo. Se debe poner atención en el significado del regalo para el paciente, como también tener en cuenta los lineamientos de la institución, de acuerdo con ANA *Code of Ethics for Nurses* y el ANA *Scope and Standards of Practice*.

3. **Tocar:** La enfermería por su propia naturaleza incluye tocar a los pacientes, ya que es necesario para realizar muchos procedimientos que son utilizados para su atención; además, tocar de manera solicita es hacerlo cuando no hay una necesidad física (*Registered Nurses Association of British Columbia [RNABC]*, 2003), y con frecuencia proporciona comodidad y aliento cuando se utiliza de manera apropiada y puede tener un efecto terapéutico. Sin embargo, ciertos pacientes vulnerables pueden malinterpretar su significado, ya que ciertos grupos, como miembros de las culturas nativa americana y americana-asiática, se sienten incómodos con ello. El personal de enfermería debe ser sensible a estos matices culturales y estar consciente de que al tocar se traspasa un límite personal. Además, los pacientes que experimentan niveles elevados de ansiedad, comportamientos de sospecha o psicóticos, lo pueden interpretar como agresión, por lo que son momentos en que se debe evitar o considerar con extrema precaución.
4. **Asociación amistosa o romántica.** Cuando una enfermera está familiarizada con un paciente, la relación se debe mover de una naturaleza personal a profesional, pero si no es capaz de hacer la distinción se debe retirar de la relación personal de enfermería-paciente. De la misma forma deben cuidarse de que se desarrollen relaciones personales como resultado de la interacción personal de enfermería-paciente. Las relaciones personales románticas, sexuales o similares nunca son apropiadas entre personal de enfermería y paciente.

Existen ciertos signos que indican que los límites de la relación personal de enfermería-paciente están en riesgo, a continuación se incluyen algunos de ellos (Coltrane y Pugh, 1978):

- Favorecer la atención del paciente sobre el cuidado de otros.
- Tener secretos con el paciente.
- Cambiar formas de vestir al trabajar con un paciente en particular.
- Intercambiar asignaciones de pacientes para cuidar a uno en particular.
- Dar atención o tratamiento especial a un paciente por encima de los demás.
- Pasar el tiempo libre con el paciente.
- Pensar con frecuencia en el paciente fuera del trabajo.

Concepto Central

Comunicación

Proceso interactivo de transmisión de información entre dos o más entidades.

- Compartir información personal o intereses de trabajo con el paciente.
- Recibir regalos, tener comunicación o contacto continuo con el paciente después de ser dado de alta.

El cruzar los límites con frecuencia amenaza la integridad de la relación personal de enfermería-paciente, por lo que el personal de enfermería debe ganar autoconciencia y visión para ser capaz de reconocer cuándo se está comprometiendo la integridad profesional. Peternelj-Taylor y Yonge (2003) mencionan al respecto:

La profesión de enfermería necesita personal que tenga la habilidad de tomar decisiones sobre límites basados en el mejor interés del cuidado de los pacientes. Esto requiere personal que refleje sus conocimientos y experiencia sobre cómo piensan y que sienten, y no sólo caer ciegamente en el marco que dice: "haz esto", "no hagas aquello" (p. 65).

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Se ha dicho que las personas "pueden no comunicarse", cada palabra dicha y cada movimiento que hacen da un mensaje a alguien, por consiguiente, la comunicación interpersonal es una interacción entre emisor y receptor. En el modelo transaccional de comunicación, ambos participantes perciben de manera simultánea uno al otro, escuchando mutuamente e involucrándose en crear un significado en una relación.

Impacto de Condiciones Preexistentes

En todas las interacciones, tanto el emisor como el receptor traen ciertas condiciones preexistentes que influyen en la forma en que se pretende dar el mensaje, y la forma cómo se interpreta. Los ejemplos de estas situaciones incluyen el sistema de valores personales, las actitudes y creencias interiorizadas, cultura o religión, nivel social, género, conocimientos y experiencias previas, edad y nivel de desarrollo o ambos. El tipo de ambiente en el cual se dé la comunicación también influye en el resultado de la interacción.

Valores, Actitudes y Creencias

Los valores, actitudes y creencias son formas aprendidas del pensamiento, es decir, los niños adoptan los sistemas de valores e interiorizan las actitudes y creencias de sus

padres, las conservan hasta la adultez o desarrollan una serie diferente de actitudes y valores cuando maduran.

Los valores, actitudes y creencias pueden influir en la comunicación de muchas formas; por ejemplo, los prejuicios pueden ser expresados de manera verbal o a través de estereotipos negativos.

El propio sistema de valores puede ser comunicado con comportamientos que son más simbólicos en la naturaleza, el ejemplo sería: un individuo que valora la juventud puede vestirse y comportarse de una manera característica de alguien mucho más joven; o personas que valoran la libertad y la forma de vida americana colocan una bandera de EUA en el frente de sus casas todos los días. En cada una de estas situaciones, se está comunicando un mensaje.

Cultura o Religión

La comunicación tiene sus raíces en la cultura, que incluye valores, normas, ideas y costumbres que proporcionan la base para la forma de pensar. Los valores culturales se aprenden y difieren de una sociedad a otra; por ejemplo, en algunos países de Europa (p. ej., Italia, España y Francia) los hombres se saludan unos a otros con abrazos y besos, estos comportamientos son apropiados en esas culturas, pero comunicarían un mensaje diferente en Estados Unidos o en Inglaterra.

La religión también influye en la comunicación. Los sacerdotes y ministros que usan collares cléricales públicamente comunican su misión en la vida, y también puede influir en la forma en que los demás se relacionan con ellos, ya sea de manera positiva o negativa. Otros gestos simbólicos tales como utilizar una cruz colgada del cuello y colgar un crucifijo en la pared, también comunican las creencias religiosas del individuo.

Estatus Social

Estudios de indicadores no verbales de estatus o poder social han sugerido que las personas de elevado nivel socioeconómico se asocian con gestos que comunican su posición de poder; por ejemplo, utilizan lentes de contacto, su postura es relajada, hablan en voz alta, colocan las manos en la cadera con más frecuencia, se “visten de poder”, se paran más erguidos, y mantienen mayor distancia cuando se comunican con individuos considerados de menor estatus social.

Género

El género influye en la forma en cómo las personas se comunican, y cada cultura tiene *signos de género* que se reconocen como masculinos o femeninos y proporcionan una base para distinguir entre los miembros de cada género. En Estados Unidos, entre muchos hombres y mujeres los ejemplos incluyen diferencias en las posturas, para sentarse y pararse. Los hombres se paran con un grado de

separación de los muslos entre 10 y 15 grados, la pelvis se gira hacia atrás, y los brazos ligeramente lejos del cuerpo; en cambio las mujeres mantienen las piernas juntas, la pelvis hacia el frente, y los brazos cerca del cuerpo. Cuando se sientan los hombres pueden apoyar la espalda en la silla con las piernas separadas, o descansar el tobillo de una pierna en la rodilla de la otra. Por su parte, las mujeres tienden a sentarse derechas en la silla con las piernas juntas, tal vez con los tobillos cruzados, o una pierna cruzada encima de la otra al nivel del muslo.

Por otra parte, los papeles se han identificado como masculino o femenino. Por ejemplo, en Estados Unidos, la masculinidad de manera tradicional se comunica a través de papeles como marido, padre, proveedor, doctor, abogado o ingeniero; los papeles tradicionalmente femeninos son: esposa, madre, ama de casa, enfermera, maestra o secretaria.

Las señales de género son cambiantes en la sociedad estadounidense conforme los papeles se van haciendo menos diferentes. Los comportamientos que han sido considerados de manera típica como masculinos o femeninos en el pasado, pueden en la actualidad ser generalmente aceptados en miembros de uno y otro sexos. Las palabras como “unisex” comunican un deseo por parte de algunos individuos de disminuir la distinción entre los géneros, además de minimizar la discriminación. Los papeles están cambiando conforme mujeres y hombres estudian profesiones que antes eran dominadas por miembros del género opuesto.

Edad o Nivel de Desarrollo

La edad influye en la comunicación, y esto es más evidente durante la adolescencia. En su esfuerzo para separarse del ámbito familiar y establecer su propia identidad, los adolescentes generan un patrón único de comunicación que cambia de generación en generación. Las palabras tales como “buena onda”, “padre”, “ni idea”, “asombroso” han tenido significados especiales para diferentes generaciones de adolescentes. La etapa tecnológica ha producido un nuevo lenguaje para los adolescentes de hoy en día, esto es que la comunicación por “mensajes de texto” incluye siglas como TQM (te quiero mucho) o, incluso adaptándolas de otro idioma, por ejemplo U2 (en inglés “iu two,” el pronunciado es parecido a you too, “tu también”).

Las influencias de desarrollo en la comunicación pueden relacionarse con las alteraciones fisiológicas; un ejemplo es el Lenguaje de Signos Americano, que es el sistema de gestos únicos utilizado por muchas personas sordas y con deficiencias de audición; o en el caso de las personas que son ciegas de nacimiento, nunca aprenden las gesticulaciones no verbales sutiles que acompañan al lenguaje y pueden cambiar por completo el significado de la palabra hablada.

Ambiente donde Ocurre la Interacción

El lugar donde ocurre la comunicación es el resultado de la interacción entre individuos que se sienten incómodos y rechazan hablar durante una sesión de terapia de grupo, pero pueden ser abiertos y estar dispuestos a analizar problemas, de persona a persona, con el personal de enfermería.

Territorialidad, densidad y distancia son aspectos del ambiente que comunican mensajes. **Territorialidad** es la tendencia al espacio propio, en donde los individuos reclaman las áreas a su alrededor como propias. Esto influye en la comunicación cuando tiene lugar en un territorio “apropiado” por una persona o por otra. La comunicación interpersonal puede ser más exitosa si la interacción tiene lugar en un área “neutral”. Por ejemplo, con el concepto de territorialidad en mente, el personal de enfermería puede elegir realizar la evaluación psicosocial en un cuarto de entrevista, en lugar de su oficina o en la habitación del paciente.

Densidad se refiere al número de personas dentro de un espacio determinado, se ha demostrado que influye en la interacción interpersonal, es decir, algunos estudios señalan que existe una correlación entre situaciones de elevada densidad y ciertos comportamientos tales como agresión, estrés, actividad criminal, hostilidad hacia otros y un deterioro de la salud mental y física.

Distancia es el motivo por el cual varias culturas usaron el espacio para comunicarse. Hall (1966) identificó cuatro clases de interacción espacial, o distancias, que las personas mantienen unas de otras en sus interacciones interpersonales y las actividades en las cuales las personas conversan en estas diferentes distancias. **Espacio íntimo** es la distancia más cercana que los individuos permiten entre ellos y los demás. En Estados Unidos, esta distancia es restringida a interacciones de naturaleza íntima, es de 0 a 45 cm. El **espacio personal** es de alrededor de 45 cm a 1 metro y se reserva para interacciones que son de naturaleza personal, tales como las conversaciones con amigos o colegas. El **espacio social** es de 1.20 a 3.5 m del cuerpo; las interacciones a esta distancia incluyen conversaciones con extraños o conocidos, como en una fiesta o en un edificio público. Un **espacio público** es el que excede los 3.5 m, ejemplos de éste incluyen hablar en público o gritarle a alguien a cierta distancia considerada espacio público, y las comunicaciones son libres para moverse en él durante la interacción.

Comunicación No Verbal

Se estima que alrededor del 90% de la comunicación efectiva es no verbal (Smith y Bace, 2003). Algunos aspectos de las expresiones no verbales han sido discutidos en las secciones previas sobre las condiciones preexistentes que influyen en la comunicación. Otros componentes de la comunicación no verbal incluyen la apariencia física y la forma de vestir, movimientos y postura del cuerpo, el

tacto, expresiones faciales, movimientos de los ojos y señales vocales o paralenguaje.

Apariencia Física y Vestimenta

La apariencia física y la vestimenta son parte del estímulo no verbal que influye bajo algunas condiciones en las respuestas interpersonales. Las vestimentas —ropa y cabello— son manipuladas por quienes las usan de una forma que transmita distintos mensajes para el receptor. Puede ser formal o casual, estilizada o descuidada; el pelo puede estar corto o largo, e incluso la presencia o ausencia de pelo envía un mensaje de la persona. Otros adornos corporales que también son considerados estímulos potenciales de la comunicación son los tatuajes, máscaras, cosméticos, insignias, joyería y anteojos; por ejemplo, alguna joyería utilizada de cierta forma puede enviar mensajes especiales (p. ej., una banda de oro o un anillo de diamante en el cuarto dedo de la mano izquierda, usar un anillo de graduación colgado al cuello de una joven o un alfiler con letras griegas en la solapa); otros individuos en cambio, transmiten un mensaje específico con la ausencia total de cualquier tipo de adorno corporal.

Movimiento del Cuerpo y Postura

La forma en la cual una persona coloca su cuerpo comunica mensajes en relación con su autoestima, identidad de género, estatus, y calidez o frialdad interpersonal. El individuo cuya postura es inclinada, con la cabeza y los ojos hacia abajo, manda un mensaje que su autoestima es baja. Las formas específicas en que una persona se para o se sienta se consideran como femeninas o masculinas dentro de una cultura definida. Pararse derecho y con la cabeza alta y las manos en la cadera, indica estatus superior y estar por encima de la persona a quien se está dirigiendo.

Reece y Whitman (1962) identificaron los comportamientos de respuesta que fueron utilizados para designar individuos como personas “cálidas” o “frías”; los primeros respondieron con un cambio de postura hacia el otro, una sonrisa, contacto visual, y las manos permanecieron quietas; los segundos, respondieron con una postura desgarbada, mirando alrededor del cuarto, tamborileando los dedos en el escritorio y sin sonreír.

Tacto

Tocar es un poderoso instrumento de comunicación, puede producir tanto reacciones negativas como positivas de acuerdo a las personas involucradas en las circunstancias de interacción. Es una forma muy básica y primitiva de comunicación, y si es adecuado o no, se determina por la cultura.

Tocar se puede categorizar de acuerdo con el mensaje comunicado (Knapp y Hall, 2001):

- **Profesional-Funcional.** Este tipo de tacto es impersonal y de negocios. Se utiliza para completar tareas.

EJEMPLO:

Un sastre mide al cliente para hacer un traje o un médico para examinar a un paciente.

- **Social-Amable.** Este tipo es todavía más impersonal, pero transmite una afirmación o aceptación de otra persona.

EJEMPLO:

Estrechar la mano.

- **Amistoso-Cálido.** Tocar a este nivel indica una fuerte emoción por la otra persona —un sentimiento de amigo o amiga.

EJEMPLO:

Poner una mano en el hombro de la otra persona.

- **Amor-Intimidad.** Transmite cariño o atracción por la otra persona.

EJEMPLO:

Permanecer en un fuerte abrazo mutuo.

- **Excitación Sexual.** Es una expresión de atracción física solamente.

EJEMPLO:

Tocar a otra persona en la región genital.

Algunas culturas alientan tocar de diferentes formas a otros; los individuos en “culturas de contacto” (p. ej., Francia, Latinoamérica, Italia) tocan con más frecuencia que las “culturas de no contacto” (p. ej., Alemania, Estados Unidos, Canadá) (Givens, 2004a). El personal de enfermería debe entender el significado cultural de tocar, antes de utilizar este método de comunicación en situaciones especiales.

Expresiones Faciales

Junto con el habla, la expresión facial es la fuente primaria de comunicación. Las expresiones faciales revelan los estados emocionales de una persona tales como felicidad, tristeza, enojo, sorpresa o miedo, por lo que la cara es un sistema complejo de multimensajes. Las expresiones faciales sirven para complementar y calificar otros comportamientos de comunicación, en ocasiones pueden tomar el lugar de los mensajes verbales. En el cuadro 6-2 se presenta un resumen de los sentimientos asociados con varias expresiones faciales.

CUADRO 6 – 2 Resumen de Expresiones Faciales

Expresión Facial	Hallazgos Relacionados
Nariz Narineras abiertas Arrugar la nariz	Enojo; excitación Disgusto
Labios Sonreír Muecas Apretar Gruñir Fruncidos	Felicidad; contentamiento Miedo; dolor Enojo; frustración Disgusto Infelidad; descontento desaprobación
Sonreír con desdén Mofarse	Desacuerdo Deseño; desprecio
Cejas Fruncidas Levantadas	Enojo; infelidad; concentración Sorpresa; entusiasmo
Lengua Sacarla (enseñarla)	Disgusto, burla
Ojos Muy abiertos Entrecerrados Fijos Fijos/parpadear/mirar a otro lado Ojos bajos; rechazar el contacto visual Contacto visual (generalmente intermitente, opuesto a mirar con fijeza)	Sorpresa; excitación Amenaza; miedo Amenaza Disgusto; desinterés Sumisión; baja autoestima Autoconfianza; interés

Fuente: Tomado de Givens (2004b); Hughey (1990); and Archer (2001).

Movimiento de los Ojos

Los ojos han sido llamados la “ventana del alma”; es a través del contacto visual que los individuos ven y son vistos por otros en una forma reveladora. Una conexión interpersonal se presenta durante el contacto visual. En la cultura americana, éste transmite interés personal en la otra persona, o sea, indica que el canal de comunicación está abierto, y es con frecuencia el factor que inicia la interacción verbal entre dos personas.

El movimiento de los ojos en el contacto visual está regulado por reglas sociales, que dictan dónde, cuándo, por cuánto tiempo, y a quién se puede mirar. Observar a alguien con frecuencia se utiliza para manifestar desaprobación por el comportamiento de la otra persona. Las personas son muy sensibles cuando se les mira, y si el comportamiento de mirar de reojo u observar viola las reglas sociales, con frecuencia le dan un significado, como lo implican las siguientes expresiones: “él se quedó mirán-

dome, y empecé a preguntarme si estaba vestida de manera inapropiada o ¡si tenía bigote!"

El mirar de reojo es un comportamiento que causa fuertes emociones, el contacto visual rara vez dura más de tres segundos antes de que una o ambas personas experimenten una poderosa urgencia por mirar a otro lado. Romper el contacto visual disminuye los niveles de estrés (Givens, 2004c).

Señales Vocales o Paralenguaje

El **paralenguaje**, o señales vocales, es el componente gestual de la palabra hablada, y consiste en mensajes de ritmo, tono e intensidad, la velocidad al hablar, hacer pausas al expresarse y enfatizar determinadas palabras. Estas señales vocales influyen en gran medida la forma en que los individuos interpretan los mensajes verbales; en el caso de una persona que normalmente habla con suavidad, cuando se aumenta su ritmo y velocidad se pueden percibir como ansiedad o tensión.

Diferentes énfasis vocales pueden alterar la interpretación del mensaje, por ejemplo:

- “Me sentí SEGURO de que tú notarías el cambio.” *Interpretación:* Estaba SEGURO de que lo harías, pero no lo hiciste.
- “Me sentí seguro de que TÚ notarías el cambio.” *Interpretación:* Pensé que TÚ lo harías, aunque nadie más lo hiciera.
- “Me sentí seguro de que tú notarías el CAMBIO.” *Interpretación:* Incluso si tú no notabas alguna otra cosa, pensé que notarías el CAMBIO.

Las señales verbales tienen un papel importante al determinar las respuestas en la comunicación, ya que cómo se verbaliza un mensaje puede ser tan importante como lo verbalizado.

Técnicas de Comunicación Terapéutica

Hays y Larson (1963) identificaron algunas técnicas para ayudar al personal de enfermería en la interacción con sus pacientes. Algunas como los “procedimientos técnicos”

aumentan el desarrollo de una relación terapéutica personal de enfermería-paciente. En el cuadro 6-3 se incluye una lista de estas técnicas, una corta explicación de su utilidad y ejemplos de cada una.

Técnicas de Comunicación No Terapéuticas

Se consideran varios acercamientos como barreras para la comunicación abierta entre el personal de enfermería y el paciente. Hays y Larson (1963) identificaron cierto número de técnicas que se presentan en el cuadro 6-4. El personal de enfermería debe reconocer y eliminar el uso de estos patrones en sus relaciones con los pacientes, evitar estas barreras de comunicación ya que aumentarán la eficacia de ésta y mejorarán la relación personal de enfermería-paciente.

Registro del Proceso

Los registros del proceso son informes escritos de interacciones verbales con los pacientes. Estos registros se relatan palabra por palabra (en el grado de lo posible), los realiza el personal de enfermería o un estudiante como instrumento para mejorar las técnicas de comunicación interpersonal; se pueden efectuar de muchas formas, por lo general incluye la comunicación verbal y no verbal, tanto del personal de enfermería como del paciente. La interacción proporciona un medio para que el personal de enfermería analice el contenido y el patrón de la interacción. El registro del proceso no es documentación por sí misma, sino un instrumento de aprendizaje para el desarrollo profesional. Un ejemplo de estos tipos de registro del proceso se presenta en el cuadro 6-5.

Escucha Activa

Significa ser atento a lo que el paciente está diciendo, tanto verbal como no verbal, y sirve para crear un ambiente donde el paciente pueda comunicarse. Con la escucha activa el personal de enfermería comunica aceptación y respeto por el paciente mientras aumenta la confianza. Este clima se establece dentro de la relación que promueve apertura y expresión honesta.

Se han designado comportamientos no verbales, como habilidades que facilitan la escucha activa, los enlistados a continuación se pueden identificar por las siglas SOLER:

S— Sentarse exactamente enfrente del paciente. Esto da un mensaje de que el personal de enfermería está ahí para escuchar y está interesado en lo que el paciente dice.

O— Observe una postura abierta. La postura se considera abierta (open) cuando los brazos y las piernas permanecen sin cruzar. Esto sugiere que el personal de enfermería está “abierto” a lo que el paciente le diga. Con una



Comunicación Terapéutica

Las técnicas verbales y no verbales se enfocan en las necesidades de quien recibe la atención, asimismo ayudan a promover la curación y el cambio. La comunicación terapéutica alienta la exploración de los sentimientos y promueve el entendimiento de la motivación de comportamiento. No es de juicio, desalentador, defensivo y promueve la confianza.

CUADRO 6 – 3 Técnicas de Comunicación Terapéutica

Técnica	Explicación/Razonamiento	Ejemplos
<i>Usar el silencio</i>	Le da al paciente la oportunidad de reunir y organizar pensamientos, pensar detenidamente, o considerar introducir un tema de mayor interés que el que se está discutiendo.	
<i>Aceptación</i>	Transmite una actitud de recepción y respeto.	“Si, entiendo lo que dice.” Contacto visual, asentir.
<i>Dar reconocimiento</i>	Reconocer; indicar atención; es mejor que hacer cumplidos, que en realidad reflejan juicio por parte del personal de enfermería.	“Hola, señor J., ya me dí cuenta que hace ceníceros de cerámica en OT.” “Veo que tendió su cama.”
<i>Ofrecerse uno mismo</i>	Ponerse a disposición de manera incondicional, aumenta los sentimientos de autovalía del paciente.	“Me quedaré con usted por un rato.” “Podemos almorzar juntos.” “Me interesa lo que le pasa.”
<i>Dar amplias aperturas</i>	Le permite al paciente tomar la iniciativa de introducir un tema; enfatizar la importancia de la participación del paciente en la interacción.	“¿De qué le gustaría hablar hoy?” “Dígame qué está pensando.”
<i>Asentimientos generales</i>	Le ofrece al paciente ánimos para continuar.	“Sí, ya veo.” “Continúe.” “¿Y después de eso?”
<i>Colocar el evento en tiempo y secuencia</i>	Aclarar la relación de sucesos en el momento para que el personal de enfermería y el paciente puedan verlos en perspectiva.	“¿Eso qué te señala...?” “¿Esto fue antes o después?” “¿Qué parecen decirle las voces?”
<i>Hacer observaciones</i>	Verbalizar lo que se observa o se percibe. Esto aliena al paciente a reconocer comportamientos específicos y que compare percepciones con el personal de enfermería.	“Se ve tenso.” “Observo que está inquieto” “Se incomoda cuando...”
<i>Alentar descripción de percepciones</i>	Pedirle al paciente que verbalice lo que percibe; con frecuencia se utiliza en pacientes que padecen de alucinaciones.	“Dígame qué pasa ahora.” “¿Oye voces?” “¿Qué parece que dicen las voces?”
<i>Alentar la comparación</i>	Pedirle al paciente que compare semejanzas y diferencias en ideas, experiencias, o relaciones interpersonales. Esto ayuda al paciente a reconocer las experiencias de vida que son recurrentes, como también los aspectos de vida que son cambiables.	“¿Era esto como...?” “¿Cómo se compara esto con el momento en que...?” “¿Cuál fue su respuesta la última vez que ocurrió esta situación?”
<i>Repetir la exposición</i>	Repetir la idea principal de lo que ha dicho el paciente. Esto le permite al paciente saber si lo que ha dicho ha sido entendido y le da la oportunidad de continuar, o de aclararlo si es necesario.	Paciente: “No puedo estudiar. Mi mente sigue divagando.” Personal de enfermería: “Tiene problemas de concentración.” Paciente: “No puedo aceptar ese nuevo trabajo. ¿Qué pasa si no puedo hacerlo?” Personal de enfermería: “Tiene miedo de fracasar en este nuevo empleo.”
<i>Reflejar</i>	Las preguntas y los sentimientos son referidos otra vez al paciente para que los pueda reconocer y aceptar, y el paciente pueda reconocer que su punto de vista es valioso —una buena técnica para utilizarla cuando el paciente le pida un consejo al personal de enfermería.	Paciente: “¿Qué piensa usted que debo hacer con mi esposa respecto al problema de la bebida?” Personal de enfermería: “Qué es lo que piensa <i>usted</i> que debería hacer?” Paciente: “Mi hermana no va a ayudar para nada en cuidar a mi mamá. ¡Yo tengo que hacer todo!” Personal de enfermería: “Se siente enojada cuando ella no ayuda.”
<i>Enfocar</i>	Tomar nota de una sola idea o incluso una sola palabra; funciona muy bien en especial con un paciente que cambia de un pensamiento a otro con rapidez. Esta técnica <i>no</i> es terapéutica; sin embargo, funciona con el paciente que es muy ansioso. Enfocarse se debe hacer hasta que ha pasado la ansiedad.	“Este tema parece ser importante para observarlo más de cerca. Tal vez usted y yo podamos analizarlo juntos.”

(continúa)

CUADRO 6 – 3 Técnicas de Comunicación Terapéutica (continuación)

Técnica	Explicación/Razonamiento	Ejemplos
<i>Exploración</i>	Profundizar aún más en el tema, idea, experiencia o relación; es especialmente útil con pacientes que tienden a permanecer a un nivel superficial de comunicación. Sin embargo, si el paciente elige no dar más información, el personal de enfermería no debe insistir o no cuestionar un tema que es obvio que crea incomodidad.	“Por favor explique esa situación con más detalle.” “Dígame más sobre esa situación en particular.”
<i>Buscar aclaraciones y validación</i>	Esforzarse en explicar lo que es vago o incomprendible y buscar el entendimiento mutuo; aclarar el significado de lo que se ha dicho facilita y aumenta el entendimiento entre el personal de enfermería y el paciente.	“No estoy segura de haber entendido. ¿Me podría explicar por favor?” “Dígame si estamos de acuerdo en lo que entendí.” “¿Entiendo de manera correcta que usted dijo...?”
<i>Presentar la realidad</i>	Cuando el paciente tiene una percepción equivocada del ambiente, el personal de enfermería define la realidad o indica su percepción de la situación para el paciente.	“Entiendo que las voces parecen reales para usted, pero yo no escucho ninguna voz.” “No hay nadie más en la habitación aparte de usted y yo.”
<i>Expresar duda</i>	Expresar incertidumbre de la realidad de las percepciones del paciente; con frecuencia se utiliza en pacientes que experimentan pensamientos de delirio.	“Se me hace difícil creerlo.” “Eso no me parece cierto.”
<i>Verbalizar las implicaciones</i>	Poner en palabras lo que el paciente sólo ha implícado o dice de manera indirecta; también puede ser utilizado con el paciente que no habla; o que presenta alteraciones de comunicación verbal. Esto aclara aquello que es <i>implícito</i> más que <i>explícito</i> .	Paciente: “Es una pérdida de tiempo estar aquí. No puedo hablar con usted ni con nadie más.” Personal de enfermería: “¿Siente que nadie lo entiende?” Paciente: (Silencio) Personal de enfermería: “Debe ser muy difícil para usted cuando su esposo murió en el incendio.”
<i>Intentar llevar las palabras a sentimientos</i>	Cuando los sentimientos se expresan de manera indirecta, el personal de enfermería trata de “simbolizar” lo que se ha dicho y trata de encontrar claves para los verdaderos sentimientos.	Paciente: “Estoy lejos en medio del mar.” Personal de enfermería: “Se debe sentir muy sola ahora.”
<i>Formular un plan de acción</i>	Cuando un paciente tiene un plan en mente para tratar con lo que se considera como una situación estresante, puede servir para prevenir que el enojo o la ansiedad alcancen niveles inimaginables.	“¿Qué puede hacer para dejar salir su enojo sin causarse daño?” “La próxima vez que esto suceda, ¿qué puede hacer para manejarlo de modo más apropiado?”

Fuente: Tomado de Hays and Larson (1963).

posición “cerrada”, el personal de enfermería puede transmitir una postura un tanto defensiva, lo que tal vez invoque una respuesta similar en el paciente.

L— Inclinarse ante el paciente. Esto transmite al paciente que está involucrado en la interacción, así como interesado en lo que se está diciendo.

E— Establecer contacto visual. El contacto visual directo es otro comportamiento que transmite la participación del personal de enfermería y la voluntad de escuchar lo que el paciente está diciendo. Por el contrario, la ausencia de contacto visual, o el cambio constante del punto de visión, transmite el mensaje de que el personal de enfermería no está interesado en lo que se está diciendo.

NOTA: Asegúrese de que el contacto visual transmita calidez y se acompañe de sonrisas e inclinaciones inter-

mitentes de la cabeza, además de que no refleje como si estuviera protagonizando o deslumbrando a los demás, lo cual puede crear intensa incomodidad en el paciente.

R— Relajación. Si se sienta o se pone de pie durante la interacción, el personal de enfermería debe comunicar una sensación de estar relajada y cómoda con el paciente. La inquietud y el movimiento continuo comunican falta de interés y un sentimiento de incomodidad que pueden ser transferidos al paciente.

Retroalimentación

La retroalimentación es un método de comunicación que ayuda al paciente a considerar una modificación de comportamiento, esto da información al paciente sobre cómo

CUADRO 6 – 4 Técnicas de Comunicación No Terapéutica

Técnica	Explicación/Razonamiento	Ejemplos
<i>Dar seguridad</i>	Indicar al paciente que no hay una causa para estar ansioso, se devalúan los sentimientos del paciente; puede desalentar al paciente para que exprese sus sentimientos si el paciente cree que sólo será minimizado o ridiculado.	“Yo no me preocuparía si fuera usted.” “Todo va a estar bien.” Es mejor decir: “Vamos a trabajar juntos.”
<i>Rechazar</i>	No considerar o mostrar desdén por las ideas o comportamiento del paciente. Esto puede causar que el paciente no continúe con la interacción con el personal de enfermería por miedo a su rechazo.	“No vamos a analizar...” “No quiero oír acerca de...” Es mejor decir: “Vamos a hablar de eso más tarde.”
<i>Aprobación o desaprobación</i>	Sancionar o denunciar las ideas o comportamientos del paciente; implica que el personal de enfermería tiene el derecho de juzgar si las ideas u opiniones del paciente son “buenas” o “malas”, y que se espera que el paciente complazca al personal de enfermería. La aceptación del personal de enfermería por el paciente es entonces como una condición que depende del comportamiento del paciente.	“Eso es bueno. Me gusta que usted...” “Eso no está bien. Yo preferiría que usted...” Es mejor decir: “Vamos a hablar sobre su comportamiento que provocó que otros pacientes se enojaran en la cena.”
<i>Estar de acuerdo o en desacuerdo</i>	Indicar concordancia u oposición a las ideas u opiniones del paciente; implica que el personal de enfermería juzga si las ideas u opiniones del paciente son “correctas” o “equivocadas”. El estar de acuerdo con el paciente evita que éste modifique más adelante su punto de vista sin admitir los errores. El desacuerdo implica que algo no es correcto, lo que provoca que el paciente se ponga a la defensiva.	“Eso está bien. Estoy de acuerdo.” “Eso está mal. No estoy de acuerdo.” “Yo no creo eso.” Es mejor decir: “Vamos a analizar lo que usted siente que es injusto sobre las nuevas reglas de la comunidad.”
<i>Dar consejo</i>	Decirle al paciente lo que tiene qué hacer o cómo se debe comportar implica que el personal de enfermería sabe qué es lo mejor y que el paciente es incapaz de cualquier autodirección. Favorece la dependencia del paciente al desalentarlo a que piense de manera independiente.	“Yo pienso que usted debería...” “¿Por qué usted no...?” Es mejor decir: “¿Qué piensa usted que debería hacer?”
<i>Ser inquisitivo</i>	El cuestionar de manera persistente al paciente; forzar las respuestas sobre temas que el paciente no quiere analizar. Esto causa que el paciente se sienta utilizado y valioso sólo si contesta de acuerdo con el personal de enfermería, y pone al paciente a la defensiva.	“Cuénteme, cómo su madre abusó de usted cuando era niño?” “Dígame, cómo se siente con respecto a su madre ahora que ya murió.” “Ahora hábleme sobre...” Mejor técnica: La enfermera debe estar atenta a la respuesta del paciente y no seguir con la interacción a la menor señal de incomodidad.
<i>Defender</i>	Intentar proteger a alguien o algo de un ataque verbal. Defender lo que el paciente ha criticado implica que no tiene derecho a expresar ideas, opiniones o sentimientos. Defender no cambia los sentimientos del paciente y puede provocar que éste piense que el personal de enfermería está tomando partido con aquellos a quienes critica el paciente y está en contra de él.	“Aquí nadie me va a mentir.” “La atiende un excelente médico. Estoy segura que sólo tiene los mejores intereses por usted.” Es mejor decir: “Trataré de contestar sus preguntas y aclarar algunos temas en relación con su tratamiento.”
<i>Replantear una explicación</i>	Preguntar al paciente que dé explicación de sus pensamientos, conducta y sucesos. Preguntar al paciente por qué puede ser intimidante, lo que conlleva que defienda su conducta o sentimientos.	“¿Por qué piensa usted eso?” “¿Por qué se siente así?” “¿Por qué hizo eso?” Es mejor decir: “Describa qué era lo que sentía antes de que sucediera.”

(continúa)

CUADRO 6 – 4 Técnicas de Comunicación No Terapéutica (continuación)

Técnica	Explicación/Razonamiento	Ejemplos
<i>Indicar la existencia de una fuente externa de poder</i>	Atribuir la fuente de pensamientos, sentimientos y comportamientos a otros o a influencias externas. Esto alienta al paciente a proyectar la culpa de sus sentimientos o comportamientos en los demás, más que aceptar la responsabilidad de manera personal.	“¿Qué le hizo decir eso?” “¿Qué lo impulsó a hacer eso?” “¿Por qué se enojó tanto la otra noche?” Es mejor decir: “Usted se enojó cuando su hermano insultó a su esposa.”
<i>Subestimar los sentimientos expresados</i>	Cuando el personal de enfermería juzga mal el grado de incomodidad del paciente, puede transmitir falta de empatía y entendimiento. El personal de enfermería puede decirle al paciente “ánimate”. Esto provoca que el paciente se sienta insignificante o no importante. Cuando se experimenta incomodidad, no se siente alivio que los demás estén o hubieran estado en situaciones similares.	Paciente: “No tengo nada por qué vivir. Desearía estar muerto.” Personal de enfermería: “Todos tenemos días buenos y malos. Yo me siento así algunas veces.” Es mejor decir: “Debe estar muy enojado. Cuénteme qué es lo que siente ahora.”
<i>Hacer comentarios estereotipados</i>	Los clichés y expresiones trilladas no tienen significado en una relación personal de enfermería-paciente. Cuando el personal de enfermería hace que la conversación sea vacía, provoca una respuesta similar en el paciente.	“Estoy bien, ¿y usted?” “Déjelo así. Es por su bien.” “Mantenga la cabeza en alto.” Es mejor decir: “La terapia debe ser difícil para usted algunas veces. ¿Cómo se siente con lo que ha progresado?”
<i>Usar la negación</i>	Negar un problema, bloquea la discusión con el paciente y evita ayudar al paciente a identificar y explorar áreas de dificultad.	Paciente: “No soy nadie.” Personal de enfermería: “Por supuesto que usted es alguien. Todos somos alguien.” Es mejor decir: “Usted siente que nadie se interesa por usted en este momento.”
<i>Interpretar</i>	Con esta técnica el terapeuta trata de hacer consciente lo que no es consciente, decirle al paciente el significado de su experiencia.	“¿Lo que quiere decir en realidad es...?” “De manera inconsciente está diciendo...” Mejor técnica: La enfermera debe dejar las interpretaciones del comportamiento al psiquiatra, ya que ésta no está preparada para usar esas técnicas, y al hacerlo, puede poner en riesgo las funciones de enfermería con el paciente.
<i>Introducir un tema no relacionado</i>	Cambiar el tema, causa que el paciente cambie la dirección de la discusión. Esto puede presentarse para obtener algo que el personal de enfermería quiere analizar con el paciente o abandonar un tema que se prefiere no analizar.	Paciente: “No tengo razón de vivir.” Personal de enfermería: “Tuvo visitas este fin de semana.” Mejor técnica: La enfermera debe permanecer abierta y dispuesta a escuchar al paciente y tomarlo de la manera en que se lo dicen, tanto verbal como no verbal.

Fuente: Adaptado de Hays and Larson (1963).

es percibido por otros. Debe presentarse de una manera que desaliente que el paciente se ponga a la defensiva. La retroalimentación puede ser útil al paciente si se le presenta con objetividad por una persona de confianza.

Algunos criterios sobre la utilidad de la retroalimentación incluyen lo siguiente:

- La retroalimentación debe ser descriptiva más que de evaluación y estar enfocada al comportamiento, más que al paciente. Evitar el lenguaje para evaluar reduce la necesidad del paciente a reaccionar de manera defensiva. Una descripción objetiva, le permite tomar la información y utilizarla en cualquier situación que elija, por el contrario, si se enfoca en el paciente, el personal de enfermería hace juicios del paciente.

EJEMPLO:

DESCRIPTIVO Y ENFOCADO EN EL COMPORTAMIENTO: “Jane se enojó mucho en el grupo porque la llamaron ‘gordita’ y se rieron de ella enfrente de los demás”.

EVALUACIÓN: “en el grupo, el día de hoy, fueron muy groseros y desconsiderados con Jane”.

ENFOCADO EN EL PACIENTE: “usted es una persona muy insensible”.

- La retroalimentación debe ser específica más que general. La información que proporciona detalles sobre el comportamiento del paciente puede ser usada con más facilidad que una descripción generalizada para modificar el comportamiento.

CUADRO 6 – 5 Muestra del Registro del Proceso

Verbal/Enfermera (No Verbal)	Paciente Verbal (No Verbal)	Los Pensamientos y Sentimientos de la Enfermera en Relación con la Interacción	Análisis de Interacción
¿Todavía tiene pensamientos sobre lastimarse usted misma? (Sentada enfrentando a la paciente; mirándola de manera directa.)	No realmente. Todavía estoy triste, pero no me quiero morir. (Se mira las manos en el regazo.)	Siento un poco de incomodidad. Siempre es una pregunta difícil de hacer.	Terapéutico: Hacer una pregunta directa sobre el intento de suicidio.
Hábleme de sus sentimientos antes de tomar la otra noche todas las pastillas. (Todavía utiliza la técnica SOLAR de escucha activa.)	¡Simplemente estaba enojada! Pienso que mi marido quiere el divorcio ahora que tiene un buen trabajo. Yo trabajé duro para que él fuera a la universidad. (Puños apretados. Cara y cuello enrojecidos.)	Empiezo a sentirme más cómoda. La paciente parece dispuesta a hablar y creo que confía en mí.	Terapéutico: Exploración. Profundizar en la experiencia.
Usted quiere lastimarse debido a que se siente lastimada (SOLAR).	¡Sí! Si yo muriera, tal vez se daría cuenta de que me ama más que a la otra mujer. (Las lágrimas empiezan a salir de sus ojos.)	Empiezo a sentir pena por ella.	Terapéutico: Intentar traducir las palabras en sentimientos.
Parece que una forma muy drástica de hacerse comprender (mueca pequeña).	Lo sé. Hice algo estúpido. (Se limpia los ojos.)	Trato de permanecer objetiva.	No terapéutico: Sonidos de desaprobación. Mejor haber profundizado en sus sentimientos.
¿Cómo se siente con la situación ahora? (SOLAR).	No sé. Todavía lo amo. Quiero que regrese a casa. No quiero que se case con ella. (Empieza a llorar otra vez.) (Silencio. Empieza a llorar otra vez.)	Desearía que hubiera una forma más sencilla de ayudarla a aliviar su dolor.	Terapéutico: En enfocarse en los sentimientos de la paciente.
Si, puedo entender, quisiera que las cosas fueran como antes. (Le ofrece al paciente un pañuelo desechable.)	Empiezo a sentir enojo hacia su marido. ¡Algunas veces es tan difícil ser objetivo!		Terapéutico: Transmitir empatía.
¿Qué oportunidades piensa que tienen de estar juntos otra vez? (SOLAR).	Ninguna. Él no quiere ir con el consejero matrimonial. Está listo parairse a vivir con ella, dice que se terminó. (Se seca las lágrimas. Mira directamente a la enfermera).	Se siente alivio saber que ella no niega la realidad de la situación.	Terapéutico: Reflexionar. Observar la percepción de la paciente en la situación.
Entonces ¿cómo está preparando la situación con este inevitable resultado? (SOLAR).	Voy hacer las cosas de las que hablamos: me voy a unir a un grupo de apoyo de mujeres divorciadas; aumentar las horas de trabajo a tiempo completo; hacer trabajo voluntario; y llamar a la línea de suicidio si siento ganas de tomar las pastillas otra vez. (Mira de manera directa a la enfermera. Sonríe.)	Hay sentimiento positivo de saber que ella recuerda lo que se ha hablado anteriormente y planea seguir adelante.	Terapéutico: Formular un plan de acción.
No será fácil. Pero usted ha recorrido un largo camino y siento que ha ganado entereza en su capacidad para enfrentar la situación. (Se pone de pie, mira al paciente y sonríe.)	Sí, sé que habrá momentos difíciles, pero también sé que cuento con ayuda, y quiero continuar con mi vida y ser feliz otra vez. (Se para y sonríe a la enfermera)	Tiene un sentimiento de confianza de que la sesión ha ido bien; esperanzada de que la paciente tendrá éxito con lo que hará en su vida.	Terapéutico: Presentar la realidad.

EJEMPLO:

GENERAL: “simplemente no pones atención”.

ESPECÍFICA: “estaba platicando con Joe cuando decidieron sobre el tema, ahora quiere analizar sobre el resultado”.

- La retroalimentación debe ser dirigida hacia el comportamiento que tiene el paciente sobre la capacidad de modificar. Para proporcionar retroalimentación acerca de una situación que el paciente no puede cambiar sólo provoca frustración.

EJEMPLO:

PUEDE CAMBIAR: “noté que no quiso sostener a su bebé cuando el personal de enfermería se lo trajo”.

NO PUEDE CAMBIAR: “su bebé es retardada mental, porque usted tomó drogas cuando estaba embarazada”.

- La retroalimentación debe proporcionar información, más que ofrecer consejo. Dar consejos promueve la dependencia y puede transmitir el mensaje de que el paciente no es capaz de tomar decisiones y

resolver problemas de manera independiente. Es el derecho del paciente y su privilegio de ser autosuficiente en la medida de lo posible.

EJEMPLO:

IMPARTIR INFORMACIÓN: “existen varios métodos de ayuda para las personas que quieren perder peso, como comedores anónimos, *Weight Watchers*, visitas regulares con un dietista y el programa médico para perder peso. Puede decidir el que sea mejor para usted”.

DAR CONSEJO: “es obvio que necesita perder gran cantidad de peso; yo creo que el programa de pérdida de peso sería el mejor para usted”.

- La retroalimentación debe ser oportuna, es más útil cuando se da en circunstancias más apropiadas después del comportamiento específico.

EJEMPLO:

RESPUESTA INMEDIATA: “observé que golpeaste la pared con el puño justo cuando colgaste el teléfono después de hablar con tu madre”.

RESPUESTA RETRASADA: “necesitas aprender en algunas formas más apropiadas el lidiar con tu enojo. La semana pasada después de la terapia de grupo te vi golpeando la pared con el puño”.

RESUMEN

El personal de enfermería que trabaja en el campo de la salud mental/psiquiátrica utiliza habilidades especiales o “técnicas interpersonales” para ayudar a sus pacientes a adaptarse a las dificultades o cambios en las experiencias de la vida. Una relación terapéutica o de “ayuda” se establece a través del uso de estas técnicas interpersonales y está basada en el conocimiento de teorías del desarrollo de la personalidad y comportamiento humano.

Las relaciones terapéuticas personal de enfermería-paciente están orientadas a alcanzar objetivos, acordados

de manera mutua por el personal de enfermería y el paciente; y están dirigidas para promover el aprendizaje y el crecimiento. El modelo para resolver problemas se utiliza en un intento por dar algún tipo de cambio en la vida del paciente. El instrumento para facilitar el proceso de enfermería interpersonal es el uso terapéutico del self, que requiere que el personal de enfermería tenga un fuerte sentido de autoconciencia y autoentendimiento.

Se han identificado varias características que favorecen la relación terapéutica que incluyen la compenetración, confianza, respeto, autenticidad y empatía.

Las tareas relacionadas con el desarrollo de la relación interpersonal terapéutica se han categorizado en cuatro fases: preinteracción, orientación (introductoria), trabajo y terminación.

La comunicación interpersonal es una interacción entre el que envía y el que recibe; ambos participantes traen consigo condiciones preexistentes al intercambio, que influyen tanto en el envío del mensaje como en la forma que es interpretado. Los ejemplos de estas condiciones incluyen un sistema de valores, actitudes interiorizadas y creencias, cultura y religión, estatus social, género, conocimiento previo y experiencia, edad o nivel de desarrollo, y el tipo de ambiente en el cual tiene lugar la comunicación.

La expresión no verbal es el primer sistema de comunicación en el cual se le da un significado a varios gestos y patrones de comportamiento. Algunos componentes de comunicación no verbal incluyen apariencia física y vestimenta, movimientos corporales y postura, tacto, expresiones faciales, movimiento de los ojos, y señales vocales o paralenguaje. El significado de cada uno de estos componentes no verbales se determina de manera cultural.

En este capítulo se presentaron varias técnicas de comunicación que pueden facilitar la interacción entre el personal de enfermería y el paciente, así como también un número de barreras para la comunicación eficiente; además de técnicas de escucha activa y ejemplos de retroalimentación como un método de comunicación para ayudar al paciente a modificar su comportamiento. El personal de enfermería debe estar consciente del valor terapéutico y no terapéutico de las técnicas de comunicación utilizadas con el paciente, como también de los “instrumentos” de intervención psicosocial.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Relacione las acciones enlistadas a la derecha con la fase apropiada de desarrollo de la relación personal de enfermería-paciente en la izquierda.

- | | |
|---|--|
| ____ 1. Fase de preinteracción | a. Kim le dice al personal de enfermería que quiere aprender más formas de adaptación para manejar la ira; junto con la enfermera establecen los objetivos. |
| ____ 2. Fase de orientación (introductoria) | b. Los objetivos de la terapia se han alcanzado, pero Kim llora y dice que quiere seguir viendo a terapia con el fin de manejar la ira de manera apropiada. |
| ____ 3. Fase de trabajo | c. La enfermera Jones lee los registros médicos previos de Kim. Explora sus sentimientos de trabajar con una mujer que ha sido abusada de niña. |
| ____ 4. Fase de terminación | d. La enfermera Jones le ayuda a Kim a practicar varias técnicas para controlar sus explosiones de ira, también le da a Kim retroalimentación positiva para intentar mejorar los comportamientos de no adaptación. |

Identifique la respuesta correcta en cada una de las siguientes preguntas. Proporcione una explicación cuando sea requerida, e identifique la técnica utilizada (tanto terapéutica como no terapéutica) en todas las opciones dadas.

5. Un paciente dice: “no quiero bañarme en este cuarto, debo ser muy cuidadoso. El FBI ha colocado una cámara para observar cada uno de mis movimientos”. ¿Cuál de las siguientes es la respuesta terapéutica? ¿Cómo se llama la técnica?
 - a. “Eso no es cierto.”
 - b. “Me cuesta trabajo creer que eso es cierto.”
6. Nancy, una paciente deprimida quien ha estado sucia y desaliñada por semanas, hoy viene a la terapia de grupo maquillada y con un vestido limpio, se bañó y se peinó. ¿Cuál de las siguientes es la respuesta terapéutica? ¿Cómo se llama la técnica?
 - a. “Nancy, veo que te has puesto un vestido limpio y te peinaste.”
 - b. “¡Nancy, te ves maravillosa el día de hoy!”
7. Dorothy estuvo involucrada en un accidente automovilístico mientras estaba bajo influencia del alcohol, estrelló su coche contra un árbol y por poco atropella a un niño en una bicicleta. Ella está en el hospital con lesiones y golpes, y está hablando con el personal de enfermería del accidente. ¿Cuál de las siguientes declaraciones por parte del personal de enfermería es la más apropiada? Identifique la técnica terapéutica y no terapéutica en cada una.
 - a. “Ahora que sabe sobre lo que puede pasar cuando bebe y maneja, estoy segura que no volverá a suceder. Estoy segura que estará bien.”
 - b. “Es terrible lo que hizo. ¡Podría haber matado a ese niño!”
 - c. “Creo que ahora tendrá que comprar un vehículo nuevo. ¿Va a poder pagarla?”
 - d. “¿Qué le hizo hacer tal cosa?”
 - e. “Dígame cómo se siente ahora con lo que pasó.”
8. Judy ha estado bajo cuidado médico por varias semanas, lleva un tratamiento cuidadoso para dejar de consumir diazepam que ha estado utilizando para “calmar sus nervios” en los últimos 15 años. Está muy cerca de ser dada de alta del tratamiento, y le dice al personal de enfermería: “no sé si podré continuar sin el diazepam. Estoy empezando a sentirme nerviosa y tengo tantos problemas personales”. ¿Cuál es la respuesta más apropiada por parte del personal de enfermería? Identifique la técnica en cada una.

(continúa)

- a. “¿Por qué piensa que tiene que tomar medicamentos para enfrentar sus problemas?”
 - b. “Sólo tiene que sobreponerse. Todos tenemos problemas, pero no todos usamos drogas (fármacos) para enfrentarlos, simplemente hacemos lo mejor que podemos.”
 - c. “No quiero hablar de eso ahora. Mire el amanecer, es hermoso, ¡vamos a dar un paseo!”
 - d. “A partir de hoy vamos a pensar en algunas alternativas para que pueda lidiar con esos problemas —las cosas que puede hacer para disminuir la ansiedad sin tener que utilizar medicamentos.”
9. La señora S le pregunta a la enfermera: “¿usted cree que le debo decir a mi esposo sobre mi romance con mi jefe?” Dé una respuesta terapéutica y una no terapéutica, además dé una razón e identifique la técnica utilizada en cada respuesta.
10. Carol, una adolescente, acaba de regresar de la terapia de grupo, está llorando y le dice al personal de enfermería: “¡Todos los chicos se rieron de mí! Trato de adaptarme, pero parece que siempre digo cosas equivocadas. Nunca he tenido un amigo, y creo que nunca lo tendré.” ¿Cuál es la respuesta más apropiada por parte del personal de enfermería? Identifique cada técnica utilizada.
- a. “No te estás sintiendo bien contigo misma en este momento.”
 - b. “¿Por qué te sientes así contigo misma?”
 - c. “¿Qué te hace pensar que nunca has tenido amigos?”
 - d. “¡La próxima vez que se rían de ti, debes levantarte y salir del cuarto!”
 - e. “Estoy segura que no quisieron lastimar tus sentimientos.”
 - f. “Levanta la cara y sé firme. Ya tendrás tu oportunidad.”

R E F E R E N C I A S

- Archer, D. (2004). *Exploring nonverbal communication*. Retrieved February 24, 2007 from <http://nonverbal.ucsc.edu/index.html>
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2005). *Professional boundaries for registered nurses: Guidelines for the nurse-client relationship*. Edmonton, AB: CARNA.
- Givens, D.B. (2004a). The nonverbal dictionary. Center for Nonverbal Studies. Retrieved February 24, 2007 from <http://members.aol.com/nonverbal2/diction1.htm>
- Givens, D.B. (2004b). The nonverbal dictionary. Center for Nonverbal Studies. Retrieved February 24, 2007 from <http://members.aol.com/nonverbal3/facialx.htm>
- Givens, D.B. (2004c). The nonverbal dictionary. Center for Nonverbal Studies. Retrieved February 24, 2007 from <http://members.aol.com/nonverbal3/eyecon.htm>
- Hilz, L.M. (2001). Transference and countertransference. *Kathie's Mental Health Review*. Retrieved February 24, 2007 from <http://www.toddlertime.com/mh/terms/countertransference-transfer-ence-3.htm>
- Hughey, J.D. (1990). *Speech communication*. Stillwater, OK: Oklahoma State University.
- Knapp, M.L., & Hall, J.A. (2001). *Nonverbal communication in human interaction* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Springer.
- Peternelj-Taylor, C.A., & Yonge, O. (2003). Exploring boundaries in the nurse-client relationship: Professional roles and responsibilities. *Perspectives in Psychiatric Care*, 39 (2), 55–66.
- Raskin, N.J., & Rogers, C.R. (2005). Person-centered therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Registered Nurses' Association of British Columbia (RNABC). (2003). *Nurse-Client Relationships*. Vancouver, BC: RNABC.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, F.C., & Bace, R.G. (2003). *A guide to forensic testimony: The art and practice of presenting testimony as an expert technical witness*. Boston: Pearson Education.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Coltrane, F., & Pugh, C. (1978). Danger signals in staff/patient relationships. *Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services*, 16 (6), 34–36.
- Hall, E.T. (1966). *The hidden dimension*. Garden City, NY: Doubleday.
- Hays, J.S., & Larson, K.H. (1963). *Interacting with patients*. New York: Macmillan.
- Peplau, H.E. (1962). Interpersonal techniques: The crux of psychiatric nursing. *American Journal of Nursing*, 62 (6), 50–54.
- Reece, M., & Whitman, R. (1962). Expressive movements, warmth, and verbal reinforcement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 234–236.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

7

CAPÍTULO

PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL/ PSIQUIÁTRICA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

PROCESO DE ENFERMERÍA

ESTÁNDARES DE CUIDADO

¿POR QUÉ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA?

ADMINISTRACIÓN DE CASOS EN ENFERMERÍA

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL ESCENARIO PSIQUIÁTRICO

PLANIFICACIÓN DEL CONCEPTO

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

manejo del caso
administración del caso
mapping
vías críticas de cuidado
Focus Charting®

interdisciplinario
cuidado administrado
clasificación de intervenciones
de enfermería (NIC)

clasificación de resultados de enfer-
mería (NOC)
proceso de enfermería
registro PIE
registro orientado al problema

CONCEPTOS CENTRALES

valoración
diagnóstico de enfermería

resultados

evaluación

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *proceso de enfermería*.
2. Identificar seis pasos del proceso de enfermería y describir las acciones de enfermería relacionados con cada uno.
3. Describir los beneficios de utilizar el diagnóstico de enfermería.
4. Discutir la lista de diagnósticos de enfermería aprobados por NANDA International para su uso clínico y en pruebas.

5. Definir y analizar el uso de manejo de casos y vías críticas de cuidado en el escenario clínico.

6. Aplicar los seis pasos del proceso de enfermería en el cuidado del paciente dentro del escenario psiquiátrico.

INTRODUCCIÓN

Por muchos años, el **proceso de enfermería** ha provisto un marco sistemático para proporcionar cuidados de enfermería, es un medio a través del cual se satisfacen los requerimientos para una *metodología científica*, con el fin de ser considerada una profesión.

En este capítulo se examinan los pasos del proceso de enfermería como están descritos por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) en *Enfermería: Alcances y Estándares de Práctica* (ANA, 2004); también se presenta una lista de diagnósticos de enfermería aprobados para el uso clínico y exámenes por NANDA International. Se proporciona una explicación para la implementación del manejo de un caso y la herramienta utilizada en la atención del mismo con esta metodología, vías críticas de cuidado; se discute además, la documentación que valida el uso del proceso de enfermería.

PROCESO DE ENFERMERÍA

Definición

El proceso de enfermería consiste de seis pasos y utiliza un acercamiento de solución de problemas que ha sido aceptado como metodología científica de enfermería; tiene como finalidad la de proporcionar cuidado de calidad al paciente.

El proceso de enfermería es dinámico, no estático, tiene continuidad, tanto de tiempo como de las interacciones de la enfermera y el paciente que dirijan al cambio en las respuestas físicas y de comportamiento. En la figura 7-1 se presenta un esquema de la continuidad del proceso de enfermería.

ESTÁNDARES DE CUIDADO

La ANA, en colaboración con la Asociación de Enfermeras en Psiquiatría Americana y la Sociedad de Enfermeras en Salud Mental/Psiquiátrica Internacional, han delineado una serie de estándares que se espera sigan las enfermeras psiquiátricas en el cuidado a sus pacientes. La ANA establece lo siguiente:

Los estándares de cuidado relacionados con actividades de enfermería que son realizadas por las enfermeras durante el

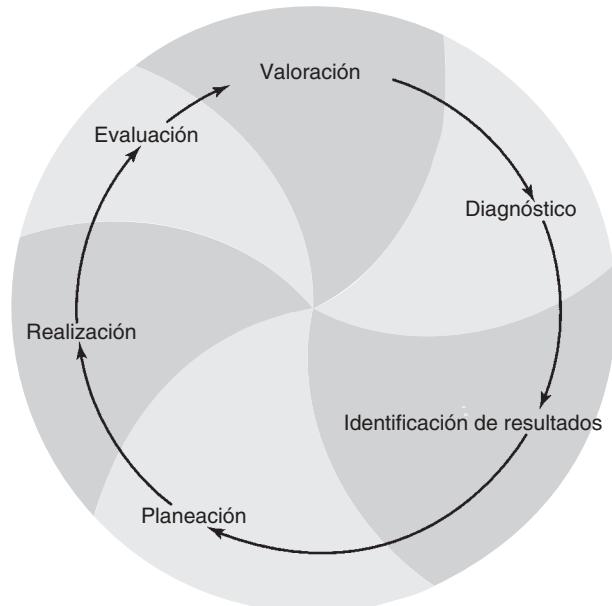


FIGURA 7-1 Continuidad del proceso de enfermería.

proceso de enfermería. Éstas incluyen valoración, diagnóstico, resultados, identificación, planeación, realización y evaluación. El proceso de enfermería es el fundamento de tomar una decisión clínica y abarca toda acción significativa realizada por las enfermeras que proporcionan cuidado en salud mental/psiquiátrica a todos los pacientes. (p. 28)

Los estándares con razonamientos presentados por la ANA (2000) son los siguientes.

Estándar I. Valoración

La enfermera en salud mental/psiquiátrica recaba los datos de salud del paciente.

Razonamiento

La entrevista de valoración —que requiere cualidades de comunicación culturales y lingüísticas efectivas; de entrevista, observación de comportamiento, registro de la entrevista y valoración comprensiva del paciente y los sistemas relevantes— posibilita a la enfermera a hacer juicios clínicos confiables y un plan apropiado de intervenciones con el paciente (ANA, 2000, p.28).

Concepto Central

Valoración

Es un proceso sistemático y dinámico por el cual la enfermera, a través de la interacción con el paciente, otras personas importantes y los que participan en el cuidado de la salud, recaban y analizan los datos sobre el paciente. Los datos pueden incluir lo siguiente: capacidades físicas, psicológicas, socioculturales, espirituales, cognitivas, funcionales, de desarrollo, económicas y estilo de vida (ANA, 2004).

Concepto Central

Resultados

Medibles, esperados, enfocados a las metas del paciente que los traslada a comportamientos observables (ANA, 2004).

En este primer paso, la información es reunida para establecer una base de datos y determinar la mejor atención posible para el paciente; dicha información se reúne de varias fuentes que incluyen entrevistas con la familia del paciente, observación del mismo y de su ambiente, consultas a otros miembros del equipo de salud, revisión de los registros del paciente y examen físico. En el recuadro 7-1 se incluye una herramienta de valoración biopsicosocial basada en el marco de adaptación al estrés. Los componentes de la valoración del estatus mental se presentan en el Apéndice D.

Estándar II. Diagnóstico

La enfermera en salud mental/psiquiátrica analiza los datos de la valoración para determinar el diagnóstico.

Razonamiento

La base para proporcionar cuidado de enfermería en salud mental/psiquiátrica es el reconocimiento y la identificación de patrones de respuesta a enfermedades psiquiátricas reales o potenciales, problemas de salud mental, y enfermedades físicas concomitantes (ANA, 2000) (p. 30).

En el segundo paso se analizan los datos reunidos durante la valoración; se formulan y se da prioridad a los diagnósticos y declaraciones del problema potencial. Los diagnósticos conforman sistemas de clasificación acepta-

dos, tales como la Clasificación de Diagnóstico de Enfermería de NANDA International (véase recuadro 7-2); Clasificación Internacional de Enfermedades (WHO, 1993); y *DSM-IV-TR* (APA, 2000) (véase Apéndice C).

Estándar III. Identificación de Resultados

La enfermera en salud mental/psiquiátrica identifica los resultados esperados individualizados para el paciente.

Razonamiento

Dentro del contexto de atención de enfermería, la meta es influir en los resultados de la salud y mejorar el estado de salud del paciente (ANA, 2000, p. 31).

Los resultados esperados se derivan del diagnóstico, y éstos deben ser medibles y valorarse el tiempo de su realización; deben ser realistas para las capacidades del paciente, y ser más eficaces que cuando se formularon por los miembros interdisciplinarios, el paciente y demás personas significativas juntos.

Clasificación de Resultados de Enfermería

La **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)** es una selección amplia y estandarizada de resultados del paciente desarrollados para evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería (Johnson, Maas y Moorhead, 2004). Los resultados se han agregado a los diagnósticos de NANDA y a la **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**. NANDA, NIC y NOC representan dominios de enfermería y se pueden utilizar juntas o separadas (Johnson y col., 2006).

Cada resultado NOC tiene una etiqueta con nombre, definición, lista de indicadores para evaluar el estatus del paciente en relación con el resultado, y una escala Likert de cinco puntos para medir el estatus del paciente (Johnson y col., 2006). Los 330 resultados NOC incluyen 311 individuales, 10 de familia, y nueve resultados a nivel comunidad (Johnson, Maas y Moorhead, 2004).

Concepto Central

Diagnóstico de Enfermería

Los diagnósticos de enfermería son juicios clínicos sobre las respuestas de individuos, familia o comunidad acerca de problemas reales o potenciales de salud y procesos de vida. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para alcanzar resultados por los cuales la enfermera es responsable (NANDA, 2007).

Estándar IV. Planeación

La enfermera en salud mental/psiquiátrica desarrolla un plan de cuidado que se negocia entre el paciente, la enfermera, la familia y el equipo de trabajo en salud, y señala intervenciones basadas en evidencias para alcanzar los resultados.

RECUADRO 7–1 Historia de Enfermería y Herramienta de Evaluación**1. Información General**

Nombre del paciente _____
 Número de cuarto _____
 Doctor _____
 Edad _____
 Sexo _____
 Raza _____
 Lenguaje dominante _____
 Estado civil _____
 Queja principal _____

Alergias _____
 Dieta _____
 Estatura/Peso corporal _____
 Signos vitales: TPR/BP _____
 Nombre y teléfono de familiar u otro responsable _____
 Lugar de residencia _____
 Diagnóstico (de admisión y presente) _____

Condiciones de admisión

Fecha _____

Tiempo _____

Acompañado por _____

Vía de admisión (silla de ruedas, ambulatorio, automóvil) _____

Admitido por _____

II. Factores Predisponentes**A. *Influencias genéticas*****1. Configuración familiar (uso de genogramas):**

Familia de origen _____

Familia actual _____

Dinámica familiar (describa relaciones significativas entre miembros de la familia) _____

2. Historia médica/psiquiátrica

a. Paciente _____

b. Miembros de la familia _____

3. Otras influencias genéticas que afectan la adaptación presente. Esto puede incluir los efectos específicos al género, raza, apariencia, como defectos físicos genéticos, o cualquier otro factor relacionado con la genética que afecta la adaptación del paciente que no se ha mencionado en esta declaración.

B. *Antecedentes***1. Historia cultural y social:**

a. Factores ambientales (arreglos de vida familiar, tipo de vecindario, condiciones especiales de trabajo) _____

b. Creencias y prácticas de salud (responsabilidad personal por la salud; prácticas especiales de autocuidado) _____

c. Creencias y prácticas religiosas _____

d. Escolaridad _____

e. Pérdidas significativas/cambios (incluir fechas) _____

f. Amigos/relaciones de amistad _____

g. Historia ocupacional _____

h. Patrón previo de enfrentamiento al estrés _____

i. Otros factores de estilo de vida que contribuyen a la adaptación presente _____

C. *Condiciones Existentes*

1. Etapa de desarrollo (Erikson):

a. Teórica _____

b. De comportamiento _____

c. Razonamiento _____

2. Sistemas de apoyo _____

3. Seguridad económica _____

4. Vías de productividad/contribución _____

a. Estado de trabajo actual _____

b. Contribuciones y responsabilidad para otros _____

III. Eventos de Precipitación

Describa la situación o los eventos que precipitaron esta enfermedad/hospitalización _____

IV. Percepción del Paciente en Situación de Estrés

Entendimiento o descripción del paciente o miembros de la familia de la situación de estrés/enfermedad y expectativas de hospitalización _____

V. Respuestas de Adaptación

A. *Psicosocial*

1. Nivel de ansiedad (subraye los comportamientos que aplican): ligera, moderada, grave, pánico
 calma _____ amigable _____ pasiva _____ alerta _____ percibe el ambiente correctamente _____
 cooperativo _____ atención alterada _____ “tembloroso” _____ incapaz de concentrarse _____
 hipervigilante _____ temblores _____ habla con rapidez _____ retrainamiento _____ confundido _____
 desorientado _____ temeroso _____ hiperventilado _____ interpretación equivocada del ambiente
 (alucinaciones o delirios) _____ despersonalización _____ obsesiones _____ compulsiones _____
 quejas somáticas _____ hiperactividad _____ otros _____

2. Ánimo/afecto (subraye los que apliquen): felicidad, tristeza, abatimiento, desesperación, euforia, sensación de sospecha, apatía (poco tono emocional), ira, hostilidad

3. Mecanismos de defensa del Yo (describa cómo los utiliza el paciente):

Proyección _____

Supresión _____

Omisión _____

Desplazamiento _____

Intelectualización _____

Racionalización _____

Negación _____

Represión _____

Aislamiento _____

Regresión _____

Formación de reacción _____

Separación _____

Religiosidad _____

Sublimación _____

Compensación _____

4. Grado de autoestima (subraye): baja, moderada, alta

Características del paciente que se agradan de sí mismo _____

Características del paciente que le gustaría cambiar de sí mismo _____

RECUADRO 7–1 Historia de Enfermería y Herramienta de Evaluación (continuación)

Evaluación objetiva de autoestima:

Contacto visual _____
Apariencia general _____

Higiene personal _____
Participación en actividades de grupo e interacciones con los demás _____

B. Fisiológicas

1. Manifestaciones psicosomáticas (describa cualquier queja que se pueda relacionar con el estrés) _____

- ## 2. Historia de drogas (fármacos) y evaluación

Uso de medicamentos por prescripción:

NOMBRE DOSIS PRESCRITO POR

RESULTADOS

Uso de medicamentos OTC:

USO DE MEDICAMENTOS OTROS

UTILIZADO PARA

RESULTADOS

Uso de drogas callejeras o alcohol:

Uso de drogas canáberas o alcohol.

FRECUENCIA

RESULTADOS

EFECTOS
PRODUCIDOS

3. Evaluaciones físicas pertinentes:

- a. Respiraciones: normal _____ laboriosa _____ frecuencia _____ ritmo _____
- b. Piel: _____ caliente _____ seca _____ húmeda _____ fría _____ pegajosa _____
rosa _____ cianótica _____ poca turgencia _____ edematosas _____
Evidencia de: sarpullido _____ raspaduras _____ marcas de pinchazos con agujas _____
hirsutismo _____ pérdida de pelo _____ otras _____
- c. Estado musculoesquelético: debilidad _____ temblores _____
Grado de movimiento (describa las limitaciones)
- Dolor (describa) _____
- Deformidades esqueléticas (describa) _____
Coordinación (describa limitaciones) _____
- d. Estado neurológico:
Historia de (compruebe todo lo que aplique): ataques _____
(describa método de control) _____
dolores de cabeza (describa localización y frecuencia) _____
hablar vagamente _____ vértigo _____
cosquilleo/entumecimiento (describa localización) _____
- e. Cardiovascular: B/P _____ Pulso _____
Historia de (compruebe cuando aplique):
hipertensión _____ palpitaciones _____
soplos cardíacos _____ dolor en el pecho _____
se acorta la respiración _____ dolor en las piernas _____
flebitis _____ edema en las piernas/tobillos _____
entumecimiento/cosquilleo en extremidades _____
venas varicosas _____
- f. Gastrointestinal:
Patrón de dieta usual _____
Alergias a alimentos _____
¿Dentadura? _____ Superior _____ Inferior _____
¿Algún problema con la masticación o deglución? _____
¿Cambio reciente en el peso corporal? _____
Cualquier problema con:
¿Indigestión/ardor de estómago? _____
se alivia con _____
¿Náusea, vómito? _____
se alivia con _____
¿Historia de úlceras? _____
Patrón de eliminación usual _____
¿Estreñimiento? _____ ¿Diarrea? _____
Tipo de asistencia proporcionada por cualquier otro problema _____
- g. Genitourinario/Reproductivo:
Patrón de eliminación usual _____
¿Orinar de manera intermitente? _____ ¿Frecuencia? _____
¿Nicturia? _____ ¿Dolor/ardor? _____
¿Incontinencia? _____
¿Cualquier lesión en genitales? _____
¿Descargas? _____
¿Olor? _____
¿Historia de enfermedades de transmisión sexual? _____
Si es afirmativo, por favor explique _____
- ¿Cualquier dato sobre sexualidad/actividad sexual?
- Método anticonceptivo utilizado _____
Mujeres:
Fecha del último ciclo menstrual _____
Duración del ciclo _____

RECUADRO 7–1 Historia de Enfermería y Herramienta de Evaluación (continuación)

¿Problemas relacionados con la menstruación? _____

Glándula mamaria: ¿Dolor/sensibilidad? _____

 ¿Hinchazón? _____ ¿Descargas? _____

 ¿Bultos? _____ ¿Hoyuelos? _____

Práctica de examen de mamas _____

 ¿Frecuencia? _____

Hombres:

 ¿Descargas por el pene? _____

 ¿Problemas prostáticos? _____

h. Ojos.	SÍ	NO	EXPLIQUE
¿Anteojos?	_____	_____	_____
¿Lentes de contacto?	_____	_____	_____
¿Hinchazón?	_____	_____	_____
¿Descargas?	_____	_____	_____
¿Comezón?	_____	_____	_____
¿Vista borrosa?	_____	_____	_____
¿Visión doble?	_____	_____	_____

i. Oídos	SÍ	NO	EXPLIQUE
¿Dolor?	_____	_____	_____
¿Escurremientos?	_____	_____	_____
¿Dificultad para escuchar?	_____	_____	_____
¿Ayuda para escuchar?	_____	_____	_____
¿Zumbido?	_____	_____	_____

j. Efectos colaterales de medicamentos:
 ¿Qué síntomas experimenta el paciente que puede atribuir al uso de medicamentos comunes? _____

k. Valores de laboratorio alterados y posible explicación _____

l. Patrones de actividad/descanso:
 Ejercicio (cantidad, tipo, frecuencia) _____

 Tiempo para actividades recreativas _____

 Patrones de sueño: número de horas por noche _____

 ¿Uso de alguna ayuda para dormir? _____

 ¿Se despierta durante la noche? _____

 ¿Se siente descansado al despertar? _____

m. Higiene personal/actividades diarias:

 Patrones de autocuidado: independiente _____

 Requiere ayuda con: movilidad _____

 higiene _____

 ir al baño _____

 alimentación _____

 vestido _____

 otros _____

 Descripción personal de higiene y apariencia general _____

n. Otras evaluaciones físicas pertinentes _____

VI. Resumen de Valoración Física/Psicosocial Inicial:

Conocimiento de Identificación de Deficiencia:

Diagnóstico de Enfermería Indicado:

RECUADRO 7–2 Dominios, Clases y Diagnósticos de Enfermería Aprobados por NANDA (Para Uso y Prueba): Taxonomía II

Dominio 1: Promoción de Salud

Clase 1: Atención a la Salud

Clase 2: Administración de la Salud

Diagnósticos Aprobados:

- Administración de esquema terapéutico eficaz
- Administración de esquema terapéutico ineficiente
- Administración de esquema terapéutico familiar ineficiente
- Administración de esquema terapéutico de comunidad ineficiente
- Comportamientos en busca de salud (especifique)
- Administración de salud ineficiente
- Administración de hogar alterada
- Disposición para administración de esquema terapéutico mejorado
- Disposición para mejor nutrición
- Disposición para estatus de inmunización mejorada

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Diagnósticos Aprobados:

- Patrón ineficiente de alimentación de infante
- Deglución alterada
- Nutrición desequilibrada: Menor a los requerimientos corporales
- Nutrición desequilibrada: Mayor a los requerimientos corporales
- Riesgo de nutrición desequilibrada: Mayor a los requerimientos corporales

Clase 2: Digestión

Clase 3: Absorción

Clase 4: Metabolismo

Clase 5: Hidratación

Diagnósticos Aprobados:

- Riesgo de función hepática alterada
- Riesgo de niveles de glucosa en sangre inestable

Diagnósticos Aprobados:

- Volumen de líquidos aprobados
- Riesgo por deficiencia de volumen de líquidos
- Exceso de volumen de líquidos
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- Disposición para mejorar equilibrio de líquidos

Dominio 3: Eliminación e Intercambio

Clase 1: Función Urinaria

Diagnósticos Aprobados:

- Eliminación de orina alterada
- Retención de orina
- Incontinencia urinaria total
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria por estrés
- Incontinencia urinaria, urgencia
- Incontinencia urinaria refleja

Riesgo de urgencia por incontinencia urinaria
Disposición para mayor eliminación urinaria
Incontinencia urinaria

Clase 2: Función Gastrointestinal

Diagnósticos Aprobados:

- Incontinencia intestinal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Riesgo de Estreñimiento
- Estreñimiento percibido

Clase 3: Función Tegumentaria (Piel)

Clase 4: Función Respiratoria

Diagnóstico Aprobado:

- Intercambio de gas alterado

Dominio 4: Actividad/Descanso

Clase 1: Sueño/Descanso

Diagnósticos Aprobados:

- Privación del sueño
- Preparación para mejorar el sueño
- Insomnio

Diagnósticos Aprobados:

- Riesgo de síndrome de desuso
- Movilidad física alterada
- Movilidad en lecho alterada
- Movilidad en silla de ruedas alterada
- Capacidad de transferencia alterada
- Alteraciones para caminar
- Deficiencia en actividades de diversión
- Retraso de recuperación quirúrgica
- Estilo de vida sedentario

Clase 3: Equilibrio de Energía

Diagnósticos Aprobados:

- Alteraciones del campo de energía
- Fatiga

Clase 4: Respuestas Cardiovascular/Pulmonar

Diagnósticos Aprobados:

- Disminución del gasto cardíaco
- Ventilación espontánea alterada
- Patrón de respiración ineficiente
- Intolerancia a la actividad
- Riesgo de intolerancia para la actividad
- Respuesta ventilatoria disfuncional
- Perfusión de tejido ineficiente (especifique el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférico)

Clase 5: Autocuidado

Diagnósticos Aprobados:

- Deficiencias para vestirse/peinarse
- Deficiencias para bañarse/asearse
- Deficiencia para alimentarse
- Deficiencia para ir al baño
- Disposición para realizar autocuidado

(continúa)

RECUADRO 7–2 Dominios, Clases y Diagnósticos de Enfermería Aprobados por NANDA (Para Uso y Prueba): Taxonomía II (continuación)

Dominio 5: Percepción/Cognición

Clase 1: Atención

Diagnóstico Aprobado:

Negligencia unilateral

Clase 2: Orientación

Diagnósticos Aprobados:

Síndrome de interpretación ambiental alterada
Ambulante

Clase 3: Sensación/Percepción

Diagnóstico Aprobado:

Percepción sensorial alterada (especifique: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil)

Clase 4: Cognición

Diagnósticos Aprobados:

Conocimiento deficiente (específico)
Disposición para mejorar conocimiento
Confusión aguda
Confusión crónica
Memoria alterada
Procesos de pensamiento alterados
Disposición para aumentar la habilidad para tomar decisiones
Riesgo de confusión aguda

Clase 5: Comunicación

Diagnósticos Aprobados:

Comunicación verbal alterada
Disposición para aumentar la comunicación

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Diagnósticos Aprobados:

Identidad personal alterada
Impotencia
Riesgo de impotencia
Desesperanza
Riesgo de sentimientos de soledad
Disposición para mejorar el autoconcepto
Disposición para mejorar potencial
Riesgo de dignidad comprometida
Disposición para aumentar la esperanza

Clase 2: Autoestima

Diagnósticos Aprobados:

Autoestima baja crónica
Autoestima baja por situación presente
Riesgo para baja autoestima por situación

Clase 3: Imagen Corporal

Diagnóstico Aprobado:

Imagen corporal alterada

Dominio 7: Relaciones

Clase 1: Participación de Personas que Proporcionan Cuidado

Diagnósticos Aprobados:

Nerviosismo por proporcionar cuidado
Riesgo de tensión

Crianza alterada

Riesgo de crianza alterada

Disposición para mejorar la crianza

Clase 2: Relaciones Familiares

Diagnósticos Aprobados:

Procesos familiares interrumpidos
Disposición para mejorar los procesos familiares
Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo
Riesgo de alteración en el cariño parental/infantil/niño

Clase 3: Desempeño

Diagnósticos Aprobados:

Amamantamiento eficiente
Amamantamiento ineficiente
Amamantamiento interrumpido
Desempeño ineficiente
Conflictos en el rol parental
Interacción social alterada

Dominio 8: Sexualidad

Clase 1: Identidad Sexual

Clase 2: Función Sexual

Diagnósticos Aprobados:

Disfunción sexual
Patrón sexualidad ineficiente

Clase 3: Reproducción

Dominio 9: Tolerancia para Enfrentar el Estrés

Clase 1: Respuesta Postraumática

Diagnósticos Aprobados:

Síndrome de estrés por traslado
Riesgo de síndrome de estrés por traslado
Síndrome de crisis de violación
Síndrome postrauma
Riesgo de síndrome postrauma

Clase 2 Respuesta al enfrentamiento:

Diagnósticos Aprobados:

Miedo
Ansiedad
Ansiedad por la muerte
Pesar crónico
Negación ineficiente
Duelo
Duelo complicado
Enfrentamiento ineficiente
Discapacidad familiar para el enfrentamiento
Enfrentamiento familiar comprometido
Enfrentamiento defensivo
Enfrentamiento comunitario ineficiente
Disposición para aumentar el enfrentamiento (individual)
Disposición para aumentar el enfrentamiento familiar
Disposición para enfrentar el enfrentamiento comunitario
Riesgo de duelo complicado
Sobrecarga de estrés
Propenso al riesgo del comportamiento de salud

Clase 3: Estrés Nervioso/Comportamiento**Diagnósticos Aprobados:**

- Disreflexia autónoma
- Riesgo de disreflexia autónoma
- Comportamiento infantil desorganizado
- Riesgo de comportamiento infantil desorganizado
- Disposición para aumentar el comportamiento infantil desorganizado
- Disminución de la capacidad adaptativa intracraeana

Dominio 10: Principios de Vida**Clase 1: Valores****Diagnóstico Aprobado:**

- Disposición para aumentar la esperanza

Clase 2: Creencias**Diagnósticos Aprobados:**

- Disposición para aumentar el bienestar espiritual
- Disposición para aumentar la esperanza

Clase 3: Valores/Creencias/Congruencia de Acción**Diagnósticos Aprobados:**

- Angustia espiritual
- Riesgo de angustia espiritual
- Conflicto para decidir (especifique)
- Desobediencia (especifique)
- Riesgo de religiosidad alterada
- Religiosidad alterada
- Angustia moral
- Disposición para aumentar la capacidad para tomar decisiones

Dominio 11: Seguridad/Protección**Clase 1: Infección****Diagnósticos Aprobados:**

- Riesgo de infección
- Disposición para aumentar el estado inmunitario

Clase 2: Lesiones Físicas**Diagnósticos Aprobados:**

- Alteraciones en la membrana mucosa
- Riesgo de lesiones
- Riesgo de lesiones por posición perioperatorias
- Riesgo de caídas
- Riesgo de traumatismos
- Integridad de la piel alterada
- Riesgo de alteraciones en integridad en la piel
- Integridad tisular alterada
- Dentición alterada
- Riesgo de sofocación
- Riesgo de aspiración
- Eliminación de aire ineficiente
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Protección ineficiente
- Riesgo de síndrome de muerte infantil repentina

Clase 3: Violencia**Diagnósticos Aprobados:**

- Riesgo de auto-mutilación
- Auto-mutilación
- Riesgo de violencia dirigida a otros
- Riesgo de violencia dirigida a sí mismo
- Riesgo de suicidio

Clase 4: Riesgos Ambientales**Diagnósticos Aprobados:**

- Riesgo de envenenamiento
- Riesgo de contaminación
- Contaminación

Clase 5: Procesos Defensivos**Diagnósticos Aprobados:**

- Respuesta alérgica al látex
- Riesgo de respuesta alérgica al látex
- Disposición para aumentar el estatus inmunitario

Clase 6: Termorregulación**Diagnósticos Aprobados:**

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura
- Termorregulación ineficiente
- Hipotermia
- Hipertermia

Dominio 12: Comodidad**Clase 1: Comodidad Física****Diagnósticos Aprobados:**

- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Náusea
- Disposición para aumentar la comodidad

Clase 2: Comodidad Ambiental**Diagnóstico Aprobado:**

- Disposición para aumentar la comodidad

Clase 3: Comodidad Social**Diagnóstico Aprobado:**

- Aislamiento social

Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo**Clase 1: Crecimiento****Diagnósticos Aprobados:**

- Retraso del crecimiento y desarrollo
- Riesgo de crecimiento desproporcionado
- Fallas en el adulto para crecer

Clase 2: Desarrollo**Diagnósticos Aprobados:**

- Retraso del crecimiento y desarrollo
- Riesgo de retraso en el crecimiento

Razonamiento

Se utiliza un plan de cuidado para guiar la intervención terapéutica de manera sistemática, progreso documentado, y alcance de los resultados esperados del paciente (ANA, 2000, p. 32).

El plan de cuidado es individualizado para los problemas de salud mental del paciente, condición, o necesidades, y se desarrolla si es posible en colaboración con el paciente, otras personas significativas, y miembros del equipo interdisciplinario. Para cada diagnóstico identificado, las intervenciones más apropiadas, se seleccionan con base en la práctica de enfermería e investigación en salud mental/psiquiátrica. Es necesaria la educación del paciente y se incluyen las referencias necesarias, además de determinar las prioridades para la atención de enfermería.

Clasificación de Intervenciones en Enfermería

La clasificación de intervenciones en enfermería (NIC) es una descripción en lenguaje comprensivo y estandarizado de los tratamientos que las enfermeras proporcionan en todos los escenarios y todas las especialidades. NIC incluye tanto intervenciones fisiológicas como psicosociales, así como también aquellas para el tratamiento, prevención de la enfermedad, y promoción de la salud (Dochterman y Bulechek, 2004). Las intervenciones NIC son amplias, basadas en investigación, y reflejan la práctica clínica actual; se desarrollan de manera inductiva con base en la práctica existente.

NIC contiene 514 intervenciones, cada una con una definición y una detallada serie de actividades que describen lo que una enfermera hace para llevar a cabo la intervención. El uso de lenguaje estandarizado está pensado para permitir la continuidad del cuidado y facilitar la comunicación entre las enfermeras y el resto del personal al cuidado de la salud.

Estándar V. Realización

La enfermera en salud mental/psiquiátrica lleva a cabo las intervenciones identificadas en el plan de cuidado.

Razonamiento

En la realización del plan de cuidado, las enfermeras utilizan una amplia variedad de intervenciones diseñadas para prevenir la enfermedad mental y física, además de promover, mantener, y restaurar la salud mental y física, lo que significa que las enfermeras seleccionan las intervenciones de acuerdo con su nivel de práctica. A nivel básico, la enfermera elige consultoría, terapia de ambiente, promoción de actividades de autocuidado, intervenciones psicobiológicas, enseñanza en salud, administración de cuidados, promoción y mantenimiento de la salud, intervención en crisis,

cuidados con base en la comunidad, y una gran variedad de otros acercamientos para satisfacer las necesidades de salud mental de los pacientes. Además de las opciones de intervención disponibles al nivel básico de enfermería en salud mental, la enfermera en la práctica avanzada puede proporcionar consulta, conversaciones en psicoterapia, y prescripción de sustancias farmacológicas de acuerdo con los estatutos o regulaciones del Estado (ANA, 2000, p. 33).

Las intervenciones seleccionadas durante la etapa de planeación se llevan a cabo, teniendo en consideración el nivel de la enfermera en cuanto a práctica, educación y certificación. El plan de cuidado sirve como un proyecto para proporcionar intervenciones seguras, éticas y apropiadas; por otra parte, la documentación de las intervenciones también se realiza en esta etapa en el proceso de enfermería.

Se incluyen varias intervenciones específicas entre los estándares de enfermería clínica en salud mental/psiquiátrica (ANA, 2000):

- **Estándar Va. Consejería.** La enfermera en salud mental utiliza las intervenciones de consejería u orientación para ayudar a pacientes, proporcionando o recuperando sus habilidades de enfrentamiento previas, en promoción de la salud mental, además de prevención de enfermedades mentales y discapacidad.
- **Estándar Vb. Terapia de ambiente.** La enfermera estructura y mantiene un ambiente terapéutico en colaboración con el paciente y otros clínicos de la salud.
- **Estándar Vc. Promoción de actividades de autocuidado.** La enfermera estructura intervenciones alrededor de las actividades del paciente de la vida diaria para promover el autocuidado y el bienestar mental y físico.
- **Estándar Vd. Intervenciones psicobiológicas.** La enfermera utiliza el conocimiento de intervenciones psicobiológicas y aplica cualidades clínicas para restaurar la salud del paciente y prevenir una futura discapacidad.
- **Estándar Ve. Enseñanza de la salud.** La enfermera, a través de la enseñanza, ayuda al paciente a que satisfaga y produzca esquemas de vida sanos.
- **Estándar Vf. Administración de casos.** La enfermera proporciona administración de un caso para coordinar servicios de salud y asegurar la continuidad del cuidado.
- **Estándar Vg. Promoción y mantenimiento de la salud.** La enfermera emplea estrategias e intervenciones para promover y mantener la salud, además de prevenir la enfermedad mental.

Los estándares específicos para la práctica avanzada de enfermería en salud mental incluyen:

- **Estándar Vh. Psicoterapia.** La práctica avanzada de enfermería en salud mental/psiquiatría utiliza psicote-

terapia individual, de grupo y familiar, además de otros tratamientos para ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades mentales y discapacidad, tratando trastornos mentales y mejorando el estado de salud mental y capacidades funcionales.

● **Estándar Vi. Autoridad Prescriptiva y Tratamiento.**

La práctica avanzada en enfermería en psiquiatría tiene autoridad prescriptiva, procedimientos y tratamientos de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, para tratar síntomas de enfermedad psiquiátrica y mejorar el estado de salud funcional.

● **Estándar Vj. Consulta.** La práctica avanzada de enfermería en psiquiatría proporciona consulta para mejorar las habilidades de otros clínicos en los servicios para pacientes y efectuar cambios en el sistema.

Estándar VI. Evaluación

La enfermera en salud mental y psiquiatría evalúa el progreso del paciente para alcanzar los resultados esperados.

Razonamiento

La atención de enfermería es un proceso dinámico que lleva tiempo e incluye cambio en el estado de salud del paciente, lo que resulta en la necesidad de datos, diagnósticos diferentes y modificaciones en el plan de cuidado; por tanto, la evaluación del paciente es un proceso continuo en la salud, así como los resultados (ANA, 2000, p. 40).

Durante la evaluación, la enfermera mide el éxito de las intervenciones para alcanzar los resultados. La respuesta del paciente al tratamiento se documenta, lo que justifica el uso del proceso de enfermería en la atención. Los diagnósticos, resultados y el plan para el cuidado se revisan y corrigen o repasan conforme sea necesario y lo determina la evaluación.

¿POR QUÉ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA?

El concepto diagnóstico de enfermería no es nuevo, por siglos las enfermeras han identificado respuestas específicas de los pacientes, para las cuales las intervenciones de enfermería fueron utilizadas en un esfuerzo por mejorar

la calidad de vida. Sin embargo, la autonomía de la práctica a la cual las enfermeras estaban autorizadas por virtud de su licencia, históricamente carecía en la provisión de cuidado de enfermería. Las enfermeras ayudaban a los médicos conforme se requería, y llevaban a cabo una serie de tareas específicas que estaban consideradas al alcance de su responsabilidad.

El término *diagnóstico* en relación con la enfermería empezó a aparecer en la literatura a principio de la década de 1950; sin embargo, la organización formalizada con el concepto se inició hasta 1973 con la reunión de la *First Task Force to Name and Classify Nursing Diagnoses*, en la cual se desarrolló la *Classification of Nursing Diagnoses* (NANDA International, 2007a). En esta conferencia las personas fueron las encargadas de realizar la tarea de identificar y clasificar los diagnósticos de enfermería.

También en la década de 1970, la ANA empezó a escribir los estándares de la práctica sobre los pasos del proceso de enfermería, del cual el diagnóstico de enfermería es una parte inherente. Este formato incluye tanto los estándares generales como de especialidad resumidos por la ANA. Los estándares de la práctica de enfermería en salud mental-psiquiátrica se resumen en el recuadro 7-3.

A partir de este avance, una declaración de política fue publicada en 1980 la cual incluía una definición de enfermería. La ANA definió la enfermería como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales” (ANA, 2003). Esta definición se ha extendido a un compromiso de enfermería descrito de manera más apropiada a la sociedad y a la profesión en sí misma. La ANA (2003) describe la enfermería como sigue:

La enfermería es la protección, promoción y optimización de la salud y capacidades, prevención de la enfermedad y lesiones, alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana, y defensa del cuidado de los individuos, familias, comunidades y poblaciones. (p. 6)

El *diagnóstico de enfermería* es un componente inherente tanto de la definición original como de la ampliada.

Las decisiones en relación con la negligencia profesional se hacen con base en los estándares de la práctica definidos por la ANA y los actos de la práctica de enfermería en los estados individuales. Algunos estados han incorporado los pasos del proceso de enfermería, que incluyen el diagnóstico bajo la responsabilidad de la enfermería descrita en sus propias actas de práctica. Cuando este es el caso, es el deber legal de la enfermera mostrar que el proceso y el diagnóstico se realizaron de manera precisa en el cuidado del paciente.

NANDA International evolucionó a partir de la fuerza de tarea original que se convino en 1973, al nombrar y clasificar los diagnósticos de enfermería. El principal pro-

Concepto Central

Evaluación

Es el proceso de determinar el progreso del paciente hacia el alcance de los resultados esperados y la eficacia de la atención de enfermería.

RECUADRO 7–3 Estándares de Práctica de Enfermería Clínica en Salud Mental/Psiquiátrica

Estándar I. Valoración

La enfermera en salud mental/psiquiátrica reúne los datos de salud del paciente.

Estándar II. Diagnóstico

La enfermera analiza la valoración de los datos en la determinación del diagnóstico.

Estándar III. Identificación de Resultados

La enfermera identifica los resultados esperados individualizados para el paciente.

Estándar IV. Planeación

La enfermera desarrolla un plan de cuidado que se negocia con el paciente, enfermera, familia y el equipo de atención a la salud, y prescribe intervenciones basadas en la experiencia para alcanzar los resultados esperados.

Estándar V. Realización

La enfermera lleva a cabo las intervenciones identificadas en el plan de cuidado.

Estándar Va. Consejería

La enfermera utiliza las intervenciones de consejería para ayudar al paciente en mejorar o recuperar capacidades de enfrentamiento previas, promueve la salud mental y previene enfermedades mentales y discapacidad.

Estándar Vb. Terapia del Medio

Se proporcionan estructuras y mantenimiento de ambiente terapéutico en colaboración con el paciente y otros clínicos del cuidado de la salud.

Estándar Vc. Promoción de Actividades de Autocuidado

Estructura las intervenciones en relación con las actividades de la vida diaria del paciente para promover el autocuidado y el bienestar físico y mental.

Estándar Vd. Intervenciones Psicobiológicas

Utiliza el conocimiento psicobiológico y aplica habilidades clínicas para restaurar la salud del paciente y prevenir mayor discapacidad.

Estándar Ve. Enseñanzas sobre Salud

A través de la enseñanza de la salud, ayuda al paciente a tener patrones de vida satisfactorios, productivos y saludables.

Estándar Vf. Administración del Caso

Proporciona administración del caso para coordinar servicios de salud y asegurar la continuidad del cuidado.

Estándar Vg. Promoción y mantenimiento de la salud

La enfermera aplica estrategias e interviene en la promoción del mantenimiento de la salud para prevenir la enfermedad mental.

Intervenciones de Práctica Avanzada (Vh, Vi, Vj)**Estándar Vh. Psicoterapia**

La enfermera especialista certificada en salud mental/psiquiátrica utiliza psicoterapia individual, de grupo y familiar, y otros tratamientos para ayudar al paciente en la prevención de la enfermedad mental y discapacidad, el tratamiento de trastornos mentales, y mejora el estado de salud mental y capacidades funcionales.

Estándar Vi. Autoridad Prescriptiva y Tratamiento

El especialista certificado en enfermería en salud mental/psiquiátrica utiliza su autoridad prescriptiva, procedimientos y tratamientos de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, para tratar síntomas de enfermedades psiquiátricas y proporcionar estatus de salud funcional.

Estándar Vj. Consultoría

La enfermera certificada especialista proporciona consulta para aumentar las capacidades de otros clínicos para proporcionar servicios a los pacientes y efectuar cambios en el sistema.

Estándar VI. Evaluación

La enfermera evalúa el progreso del paciente en el alcance de los resultados esperados.

Fuente: *Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice*. American Nurses Association (2000). Con autorización.

pósito de NANDA International es “aumentar la visibilidad de la contribución de la enfermería en el cuidado del paciente al continuar el desarrollo, depurar y clasificar el fenómeno en relación con las enfermeras” (NANDA International, 2007b). En el recuadro 7-2 se presenta una lista de diagnósticos de enfermería aprobados para su uso por NANDA. De ninguna manera, esta lista es exhaustiva o todo inclusiva; sin embargo, para propósitos de este texto, la presente se utiliza para mantener un lenguaje común dentro de la enfermería y alentar la prueba clínica de lo que esté disponible.

El uso del diagnóstico de enfermería proporciona cierto grado de autonomía que de manera histórica no ha estado en la práctica de la misma. Este diagnóstico describe la condición del paciente, facilita la prescripción de las intervenciones y el establecimiento de parámetros para los criterios de resultados basados únicamente en qué es enfermería. El máximo beneficio es para el paciente, quien recibe atención eficiente y consistente con base en el conocimiento de los problemas que experimenta y de las intervenciones de enfermería más benéficas para resolver dichos problemas.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS EN ENFERMERÍA

Con la aparición de grupos relacionados con el diagnóstico (DRG) y estancias más breves en el hospital, el concepto de **administración de caso** cambió, esto es un modelo innovador de atención que puede resultar en un mejor cuidado del paciente. Dentro de este modelo, los pacientes asignados a un administrador que negocia con varios proveedores para obtener diversos servicios. Este tipo de cuidado de la salud sirve para disminuir la fragmentación del cuidado, mientras trata de contener los costos de los servicios.

La administración de un caso en un escenario extremo o agudo, procura organizar el cuidado del paciente que pasa por un problema de enfermedad de tal modo que los resultados clínicos específicos y financieros se alcancen dentro de un periodo asignado. Por lo general, este tiempo asignado se determina por los protocolos establecidos por el periodo de internación como los definen los DRG.

Se ha demostrado que la administración de casos es un método eficaz de tratamiento para individuos con enfermedades mentales crónicas, ya que este tipo de cuidado se esfuerza por mejorar el funcionamiento al ayudar al individuo a resolver problemas, mejorar las habilidades de trabajo y socialización, promover actividades de tiempo libre, y en general aumentar su independencia.

De manera ideal, la administración del caso incorpora conceptos de cuidado como nivel primario, secundario y terciario de prevención. Varias definiciones han surgido y deben ser aclaradas como sigue.

Cuidado administrado se refiere a una estrategia empleada por compradores de servicios de atención a la salud que determinan sobre varios tipos de servicios, con el fin de mantener calidad y control de costos. En un programa de cuidado administrado, los individuos reciben la atención con base en sus necesidades, conforme son evaluados por coordinadores de servicio del proveedor. El cuidado administrado existe en muchos escenarios, que incluyen (pero no está limitado) lo siguiente:

- Programas con base en seguros.
- Proveedores médicos con base en empleados.
- Programas de servicio social.
- El sector de salud pública.

El cuidado administrado puede existir virtualmente en cualquier escenario en el cual los proveedores médicos sean parte del servicio; esto es, en cualquier situación en la cual una organización (ya sea privada o gubernamental) sea responsable del pago de los servicios de salud para un grupo de personas. Los ejemplos son las organizaciones de administración de la salud (HMO) y organizaciones proveedoras preferidas (PPO).

El cuidado administrado es el método utilizado para obtener atención administrada, es la coordinación real de servicios requeridos para satisfacer las necesidades del paciente, y los objetivos son:

Facilitar el acceso a servicios necesarios y coordinar la atención para los pacientes dentro del sistema de atención a la salud fragmentado, previene episodios evitables de enfermedad entre los pacientes en riesgo, y controla o reduce el costo de la atención por el paciente o terceras partes. (Bower, 1992, p. 8)

Los pacientes que se benefician de esta situación (pero no está limitado) incluyen:

- Los adultos mayores frágiles.
- Los discapacitados en su desarrollo.
- Los incapacitados físicamente.
- Los incapacitados mentalmente.
- Los individuos con problemas médicos complejos por largos períodos que requieren cuidados variados y costosos (p. ej., lactantes de alto riesgo, personas con virus de inmunodeficiencia [VIH] o síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], y pacientes con trasplante).
- Individuos que pasan por un grave episodio agudo de enfermedad o exacerbación de enfermedad crónica (p. ej., esquizofrenia).

El **administrador de un caso** es responsable de negociar con varios proveedores de cuidados en la salud para obtener varios servicios para un paciente, por lo que las enfermeras son particularmente adecuadas para ser administradoras de pacientes con múltiples problemas de salud. La misma naturaleza de la enfermería, que incorpora el conocimiento sobre aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el funcionamiento humano, hace a las enfermeras apropiadas como administradoras de caso. El *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) ofrece exámenes de certificación para administradores de caso; los requisitos para presentar el examen incluyen dos años de trabajo de tiempo completo como enfermera registrada, con un mínimo de 2 000 horas de práctica clínica en el área de especialidad dentro de los últimos tres años (ANCC, 2007).

Vías Críticas del Cuidado

Las **Vías Críticas del Cuidado (CPC)** han surgido como instrumentos para proveer de cuidado a un sistema de administración de caso. Una vía crítica es un tipo de plan abreviado de cuidado que proporciona guías basadas en resultados para alcanzar un objetivo dentro de un periodo de internación. En el cuadro 7-1 se presenta una muestra de los CPC, y en ésta sólo se utiliza un diagnóstico de enfermería; lo que significa que las CPC pueden tener diagnósticos de enfermería para varios problemas individuales.

Las CPC son medios que se utilizan para equipos interdisciplinarios completos, los cuales incluyen administrador del caso, enfermera especialista clínica, trabajador social, psiquiatra, psicólogo, dietista, terapeuta ocupacional, te-rapeuta recreacional, capellán y otros. El equipo decide qué categorías de cuidado se van a llevar a cabo, en qué fecha y para quién; se espera que cada miembro del equipo haga su parte de acuerdo con el tiempo señalado

en el CPC, y la enfermera como administradora del caso, es la máxima responsable de asegurarse de que cada quien haga sus funciones. En el caso de que haya variaciones en el tiempo de cualquiera de las categorías de cuidado, se deben documentar las razones en las notas de progreso.

Por ejemplo, con la muestra de CPC presentada, la enfermera administradora puede admitir al paciente en el centro de desintoxicación; contactar al psiquiatra para informarle

CUADRO 7 – 1 Muestra de Vía Crítica del Cuidado de un Paciente en Desintoxicación por Alcohol

DURACIÓN APROXIMADA DE ESTANCIA: 7 DÍAS —VARIACIONES DE LA VÍA DESIGNADA SE DEBEN DOCUMENTAR EN LAS NOTAS DE PROGRESO.

Diagnóstico de Enfermería y Categorías de Cuidado	Tiempo Dimensión	Objetivos y/o Acciones	Tiempo Dimensión	Objetivos y/o Acciones	Tiempo Dimensión	Resultado del Alta
<i>Riesgo de lesionarse relacionado con agitación SNC</i>						
Referido	Día 1	Psiquiatra Evaluación necesaria por: Neuroólogo Cardiólogo Internista			Día 7	El paciente no muestra evidencia de lesiones obtenidas durante desintoxicación ETOH
Estudios de diagnóstico	Día 1	Nivel de alcohol en sangre Seguimiento de drogas (fármacos) Perfil químico Urianálisis Radiografía de tórax ECG	Día 4	Repetir estudios de diagnósticos seleccionados cuando sea necesario	Día 7	Dado de alta con seguimiento de citas
Evaluaciones adicionales	Día 1	VS q 4h	Día 2-3	VS q 8h si está estable DC I&O	Día 4-7	VS b.i.d.; permanece estable
	Día 1-5 Continuación	Y&O Contención p.r.n.	Día 6			
	Continuación	Evaluación de desintoxicación Síntomas: temblores, náusea/vómito taquicardia, sudoración presión arterial alta, ataques, insomnio delirio	Día 4	Disminución marcada en el objetivo con el síndrome de abstinencia	Día 7	Dado de alta; ausencia de síntomas de síndrome de abstinencia
Medicamentos	Día 1	*Librium 200 mg en dosis divididas	Día 3	Librium 120 mg en dosis divididas	Día 5	Librium 40 mg
	Día 2	Librium 160 mg en dosis divididas	Día 4	Librium 80 mg en dosis divididas	Día 6	DC Librium
	Día 1-6	Librium p.r.n.			Día 7	Dado de alta; sin síndrome de abstinencia
	Día 1-7	Maalox ac & hs				
		*NOTA: Algunos médicos pueden elegir usar el Serax o Tegretol en el proceso de desintoxicación				
Educación del paciente			Día 5	Discusión de metas de AA y necesidad de terapia como paciente externo	Día 7	Dado de alta con información en relación con AA o con tratamiento de paciente externo

de la admisión; éste realiza evaluaciones adicionales para determinar si se requiere otras consultas, también escribe las órdenes para trabajar en el diagnóstico inicial y esquema de medicamentos. A las 24 horas, el equipo interdisciplinario se reúne para decidir sobre otras categorías de cuidado para completar la CPC y hacer las asignaciones individuales del caso desde las CPC. Esta muestra particular recibe en gran medida en el cuidado de enfermería del paciente que está pasando por un periodo crítico de rehabilitación; sin embargo, otros problemas del mismo paciente, como desequilibrio nutricional, alteración de la capacidad motora, o angustia espiritual, pueden incluir a otros miembros del equipo en mayor grado. Cada uno de ellos establece contacto con la enfermera administradora en relación con las asignaciones individuales. De manera ideal, las reuniones del equipo se hacen diario o cada tercer día para revisar el progreso y modificar el plan como se requiera.

Las CPC se pueden estandarizar, ya que se pretende utilizarlas para casos que no son complicados, o sea, que una CPC puede ser vista como un protocolo para varios pacientes con problemas por los cuales se predice un determinado resultado.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL ESCENARIO PSIQUIÁTRICO

Con base en la definición de salud mental señalada en el capítulo 1, la función de la enfermera en psiquiatría se enfoca en la ayuda al paciente que se adapta de manera exitosa a situaciones de estrés en el ambiente. Las metas se dirigen hacia el cambio en pensamientos, sentimientos, y comportamientos que son apropiados a la edad y congruentes con normas locales y culturales.

La terapia dentro del escenario psiquiátrico, con frecuencia está orientada a realizarse en equipo, o sea es **interdisciplinaria**; por tanto, es importante delinear la participación de la enfermera en el esquema de tratamiento debido a que, las enfermeras son miembros valiosos de este equipo. Después de progresar más allá del papel de custodios de la salud en una institución psiquiátrica, ahora las enfermeras proporcionan servicios que se definen dentro de la responsabilidad de la práctica de enfermería. El diagnóstico de enfermería ayuda a definir estos límites, y proporciona el grado de autonomía y profesionalismo que por tanto tiempo no ha sido tomado en cuenta.

Por ejemplo, un paciente recién admitido con diagnóstico de esquizofrenia puede manifestar los siguientes comportamientos:

- Incapacidad de confiar en los demás.
- Dice que escucha voces.

- Rechaza la interacción con el personal y sus pares.
- Expresa un miedo a fallar.
- Poca higiene personal.

A partir de estas evaluaciones, el equipo de tratamiento puede determinar que el paciente tenga los siguientes problemas:

- Delirios paranoides.
- Alucinaciones auditivas.
- Retraimiento social.
- Regresión en el desarrollo.

Las metas del equipo se dirigirían hacia lo siguiente:

- Reducir la sospecha.
- Terminar las alucinaciones auditivas.
- Aumentar los sentimientos de autovalía.

A partir del plan de tratamiento, la enfermera puede identificar los siguientes diagnósticos:

- Percepción sensorial alterada, auditiva (evidenciada por escuchar voces).
- Procesos de pensamiento alterados (evidenciados por delirios).
- Baja autoestima (evidenciada por el miedo a fallar y retraimiento social).
- Deficiencia de autocuidado (evidenciado por poca higiene personal).

Los diagnósticos de enfermería se priorizan de acuerdo con el potencial de amenaza de vida. La jerarquía de Maslow de necesidades es un buen modelo a seguir para dar prioridad a los diagnósticos de enfermería. En este caso, se identifica la percepción sensorial alterada (auditiva) como el diagnóstico de enfermería prioritario, debido a que el paciente escucha voces que le demandan lastimarse o lastimar a otros. La enfermería en psiquiatría, sin considerar el escenario —hospital (paciente interno o externo), oficina, hogar, comunidad— es el cuidado dirigido a una meta. Las metas (o resultados esperados) están orientadas al paciente, son medibles y enfocadas a la solución del problema (si ésta es realista) o a un resultado a corto plazo (si la solución no es realista). Por ejemplo, en la situación previa, los resultados esperados por el diagnóstico de enfermería identificado son como sigue:

- El paciente demostrará confianza en un miembro del equipo en cinco días.
- El paciente verbalizará en el entendido de que las voces no son reales (no son escuchadas por los demás) en 10 días.
- El paciente terminará un proyecto sencillo de algún trabajo manual en siete días.
- El paciente tomará responsabilidad por su propio cuidado, y realizará actividades de la vida diaria de manera independiente en el momento que lo den de alta.

La contribución de la enfermería al esquema de tratamiento interdisciplinario se enfoca en establecer confianza en base uno a uno (por tanto, se reduce el nivel de ansiedad que es el que favorece las alucinaciones), dar retroalimentación positiva para pequeños acuerdos de día a día en un esfuerzo por construir la autoestima y alentar el autocuidado independiente. Estas intervenciones describen las acciones de *enfermería independiente* y las metas que se evalúan por separado, mientras están dirigidas hacia el logro de las metas de tratamiento del *equipo*.

En esta forma de colaboración con otros miembros del equipo, la enfermería proporciona un servicio que es único y se basa en el conocimiento confiable de psicopatología, responsabilidad de la práctica e implicaciones legales. Aunque no hay disputa en que “seguir las órdenes del médico” continúa en ser aceptada como una prioridad de cuidado, la intervención de la enfermería que aumenta el alcance de todos los objetivos del tratamiento está siendo reconocida por su importante contribución. La enfermera que administra un medicamento prescrito por el médico para disminuir la ansiedad puede también elegir permanecer con el paciente ansioso y ofrecer seguridad, por tanto, proporciona una acción de enfermería independiente que es distinta de, pero aún complementaria al tratamiento médico.

PLANIFICACIÓN DE CONCEPTO*

La **planificación de concepto** es una enseñanza de diagrama y estrategia de aprendizaje que permite a los estudiantes y facultativos visualizar interrelaciones entre diagnósticos médicos, diagnósticos de enfermería, valoración de datos y tratamientos. La planificación de concepto es un acercamiento innovador para planear y organizar la atención de enfermería. De manera básica, es un diagrama de los problemas del paciente y las intervenciones. Comparada con los planes de atención de formato en columna, la planificación de concepto es más concisa; lo que significa que es más práctica, realista, ahorra tiempo y sirve para mejorar las cualidades de pensamiento crítico y la capacidad de razonar de manera clínica.

El proceso de enfermería se fundamenta para desarrollar y utilizar el plan de atención de planificación de concepto. Los datos del paciente se reúnen y analizan, se formulan los diagnósticos de enfermería, se identifican los criterios de resultados, se planean las acciones de enfermería y se llevan a cabo, y por último, se valora el éxito de las intervenciones para alcanzar los resultados.

*El contenido en esta sección se adaptó de Doenges, Moorhouse, and Murr (2005) and Schuster (2002).

La planificación de concepto se puede presentar completa en una sola página, o la valoración de los datos y el diagnóstico de enfermería pueden aparecer en un diagrama a una página, con los resultados, intervenciones y evaluación escrita en una segunda página. Además, el diagrama puede aparecer en un formato circular, con los diagnósticos y las intervenciones del paciente, proyectándose en el centro del diagrama.

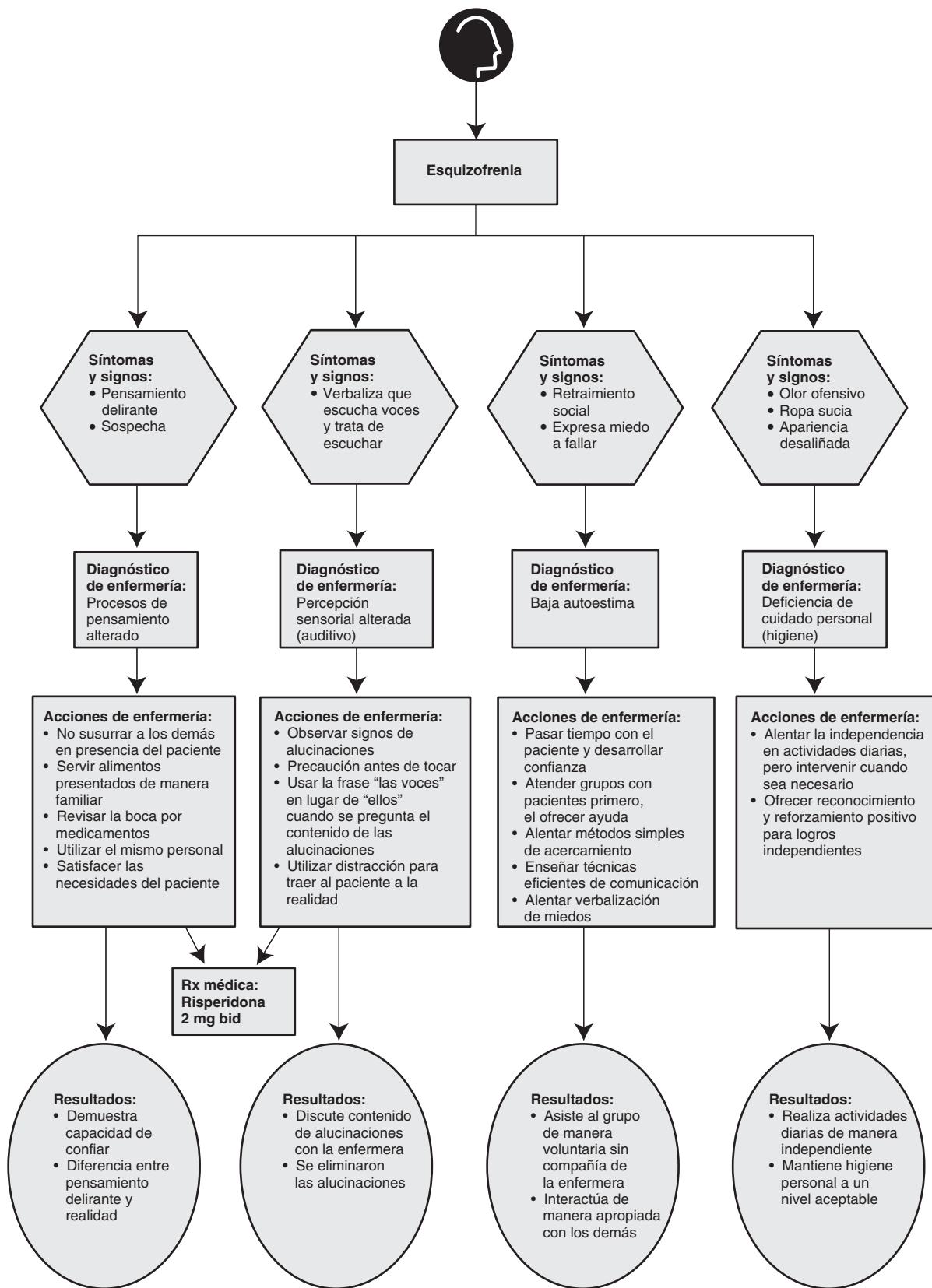
Por otro lado, en cambio, puede empezar con el paciente en la parte superior del diagrama, con las ramificaciones de forma lineal hacia abajo.

La planeación de concepto se basa en los componentes del proceso de enfermería, lo que significa que se agrega el diagrama al proceso en forma de pasos, se inicia con el paciente, necesidad de atención, diagnósticos de enfermería con evidencia subjetiva y objetiva clínica para cada uno, intervenciones de enfermería y criterio de resultados para evaluación.

En la figura 7-2 se presenta un ejemplo de una planificación de concepto; se realizó para el paciente hipotético con esquizofrenia analizado en la sección previa “Aplicación del Proceso de Enfermería en el Escenario Psiquiátrico”. Se pueden usar diferentes colores en el diagrama para designar varios componentes, las líneas se dibujan para conectarlos e indicar cualquier relación que exista; por ejemplo, puede haber relación entre dos diagnósticos de enfermería (p. ej., entre los diagnósticos de dolor y ansiedad y trastorno en el patrón de sueño), por lo que éstos se dibujan en una línea que relaciona los dos diagnósticos de enfermería para mostrar la relación.

La planificación de concepto permite mayor creatividad por parte de quien la emplea y permite la observación de “el panorama completo” sin generar mucho papeleo. Debido a que reflejan los pasos del proceso de enfermería, este tipo de planificación también es una valiosa guía para documentar el cuidado del paciente. Doenges, Moorhouse y Murr (2005) establecen lo siguiente,

Como estudiantes, se les pide con frecuencia que desarrollem planes de atención con más detalles que los que se ven en los planes en un hospital, lo que les ayuda a aprender cómo aplicar el proceso de enfermería y crear planes individualizados para el paciente; sin embargo, aunque se lleva tiempo y energía el llenado de columnas de los formatos tradicionales, algunos estudiantes nunca desarrollan una visión holística de sus pacientes y fallan en visualizar cómo cada necesidad del paciente interactúa con otra en las necesidades identificadas. Una nueva técnica o herramienta de aprendizaje (planificación de concepto) se ha desarrollado para ayudar en esta visualización de relaciones, aumentar las habilidades de pensamiento crítico y facilitar el proceso creativo de planificación de cuidado del paciente. (p. 33)



DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

De igual importancia es la documentación escrita que se ha utilizado en el uso del proceso de enfermería en la atención al paciente. Algunos líderes de enfermería contemporáneos defienden que con estándares consistentes y procedimientos dentro de la institución, las enfermeras sólo necesitan los diagramas cuando hay un cambio en el cuidado como se define en el estándar. Este método de documentación, conocido como diagrama de excepción, no está muy aceptado ya que muchas decisiones legales todavía se basan en el precepto de “si no está graficado, no se hizo.”

Debido a que el proceso y el diagnóstico de enfermería son ordenados por las actas de práctica de enfermería en algunos estados, la documentación de su uso se considera en esos estados como evidencia para determinar ciertos casos de negligencia por parte de las enfermeras. Algunas agencias de acreditación para la organización de atención a la salud, también requieren que el proceso de enfermería se refleje en la atención a la salud. Por tanto, la documentación debe acompañarse del testimonio escrito para el proceso de enfermería.

Se pueden utilizar varios métodos de documentación para reflejar el uso del proceso de enfermería en la atención a la salud. Se presentan tres ejemplos de estos métodos: registro orientado al problema (POR), *Focus Charting*®, y el sistema de documentación de problema, intervención y evaluación (PIE).

Registro Orientado al Problema

El **Registro Orientado al Problema** sigue el formato de subjetivo, objetivo, valoración, plan, realización y evaluación (*subjective, objective, assessment, plan, implementation and evaluation*, SOAPIE), que se basa en la lista de problemas. Cuando se utiliza en enfermería, los problemas (diagnósticos de enfermería) se identifican en un plan escrito de cuidado con intervenciones de enfermería apropiados descritos para cada uno. La documentación escrita en el formato SOAPIE incluye lo siguiente:

S = Datos subjetivos: información reunida de lo que el paciente, la familia u otra fuente ha dicho o informado.

O = Datos objetivos: información reunida por observación directa de la persona que realiza la evaluación; puede incluir una valoración fisiológica como presión arterial o una respuesta de comportamiento como afecto.

A = Valoración: la interpretación de la enfermera de los datos subjetivos y objetivos.

P = Plan: las acciones o tratamientos a ser realizados (puede omitirse en el gráfico diario si el plan está explicado con claridad en el plan de cuidado de enfermería escrito y no se esperan cambios).

I = Intervención: las acciones de enfermería que se llevan a cabo.

E = Evaluación del problema después de la intervención (algunas intervenciones no pueden ser valoradas de manera inmediata, así que esta sección es opcional).

En el cuadro 7-2 se muestra cómo el POR corresponde a los pasos del proceso de enfermería. A continuación se da un ejemplo de una documentación de tres columnas en el formato de POR.

EJEMPLO:

Fecha/Tiempo	Problema	Notas de Progreso
6-22-26 1 000	Aislamiento social	<p>S: Dice que no quiere sentarse o hablar con los demás; “me asustan”.</p> <p>O: Permanece solo en la habitación a menos que se le anime con insistencia a salir; no participa en grupo; a veces escucha las conversaciones del grupo a distancia, pero no interactúa; está hipervigilante.</p> <p>A: Incapacidad de confiar; pánico a nivel de ansiedad; pensamiento delirante.</p> <p>I: Inicio de relación de confianza pasando tiempo solo con el paciente; discutió sus sentimientos en relación con las interacciones con los demás; paciente acompañado a actividades de grupo; retroalimentación positiva para la participación voluntaria de entrenamiento.</p>

Focus Charting®

Otro tipo de documentación que refleja el uso del proceso de enfermería es el **Focus Charting**, que difiere del POR en que la principal perspectiva se ha cambiado de “problema” a “enfoque”, y los datos, acción, y respuesta (DAR) han reemplazado a SOAPIE.

Lampe (1985) sugiere que un enfoque para la documentación puede ser cualquiera de los siguientes:

- Diagnóstico de enfermería.
- Interés del paciente actual o comportamiento.
- Cambio significativo en el estado del paciente o del comportamiento.
- Evento significativo en el tratamiento del paciente.

CUADRO 7 – 2 Validación del Proceso de Enfermería con Registros Orientados al Problema

Registro Orientado al Problema	Qué se Registra	Proceso de Enfermería
S y O (Datos subjetivos y objetivos)	Informes verbales a, y observación y examen por parte de la enfermera	Valoración
A (Valoración)	Interpretación de S y O por parte de la enfermera	Diagnóstico e identificación de los resultados
P (Plan) Omitido en el gráfico si el plan escrito muestra atención a proporcionar	Descripción de acciones de enfermería apropiadas para resolver el problema identificado	Planeación
I (Intervención)	Descripción de las acciones de la enfermera que realiza	Realización
E (Evaluación)	Una reevaluación de la situación para determinar resultados de las acciones de enfermería realizadas	Evaluación

Este enfoque no puede ser un diagnóstico médico. La documentación está organizada en el formato DAR, y estas categorías se definen como sigue:

D = Datos: la información que apoya el enfoque establecido o describe observaciones pertinentes sobre el paciente.

A = Acción: acciones de enfermería inmediata o futura que señalan el enfoque, y la evaluación del plan de cuidado presente junto con cualquier cambio que se requiera.

R = Respuesta: descripción de las respuestas del paciente por parte del médico o de la enfermera.

El cuadro 7-3 muestra cómo Focus Charting corresponde a los pasos del proceso de enfermería. A continuación se presenta un ejemplo de documentación a tres columnas en el formato DAR.

EJEMPLO:

Fecha/Tiempo	Enfoque	Notas de Progreso
6-22-06 1 000	Aislamiento social relacionado con desconfianza, pánico, ansiedad, delirio	D: Dice que no quiere sentarse o caminar con los demás; ellos “lo asustan”; permanece en la habitación a menos que se le anime con insistencia a salir; a veces escucha las conversaciones del grupo, pero no interactúa; está hipervigilante. A: Inició relación de confianza por pasar tiempo con el paciente; discutió sus sentimientos en relación con las interacciones con los demás; paciente acompañado a actividades de grupo; retroalimentación positiva para la participación voluntaria de entrenamiento.

Fecha/Tiempo	Enfoque	Notas de Progreso
		R: Cooperativo en la terapia; todavía hay incomodidad en presencia de un grupo de personas; aceptación de retroalimentación positiva proveniente de la enfermera.

El Método PIE

PIE, o de manera más específica “APIE” (*assessment, problem, intervention, evaluation*), es un método sistemático de documentación del proceso y diagnóstico de enfermería.

Un sistema orientado al problema, el **diagrama PIE** utiliza hojas (diagrama) de flujo que están individualizadas para cada institución. Los criterios para la documentación se organizan de la siguiente manera.

A = Valoración: es una valoración completa del paciente conducida al inicio de cada turno. Los resultados se documentan en esta sección en las notas de progreso. Algunas instituciones eligen en cambio utilizar una hoja de valoración diaria del paciente en caso de necesidades específicas de la unidad. La explicación de cualquier cambio de esta norma se incluye en las notas de progreso.

P = Problema: una lista de problemas, o una lista de diagnósticos de enfermería, es una parte importante del método APIE. El nombre o número del problema está documentado en esta sección.

I = Intervención: se llevan a cabo las acciones de enfermería dirigidas a la solución del problema.

E = Evaluación: se documentan los resultados de las intervenciones realizadas, incluso la evaluación de las respuestas del paciente para determinar la eficacia de las intervenciones de la enfermera y la presencia o ausencia del progreso hacia la solución del problema.

CUADRO 7 – 3 Validación del Proceso de Enfermería con Focus Charting

Focus Charting	Qué se Registra	Proceso de Enfermería
D (Datos)	Información que apoya el enfoque establecido o describe las observaciones pertinentes en relación con el paciente.	Valoración
Enfoque	Un diagnóstico de enfermería; la preocupación presente del paciente o comportamiento; cambio significativo en el estado del paciente; evento significativo en la terapéutica del paciente. NOTA: Si el resultado aparece escrito en el plan, no es necesario repetir en la documentación diaria a menos que ocurra un cambio.	Diagnóstico e identificación de resultados
A (Acción)	Acciones inmediatas o futuras que señalen el enfoque; valoración del plan de atención junto con cualquier cambio que se requiera.	Plan e implementación
R (Respuesta)	Descripción de las respuestas del paciente a cualquier parte de la atención del médico o de la enfermera.	Evaluación

El cuadro 7-4 muestra cómo el diagrama de APIE corresponde a los pasos del proceso de enfermería. A continuación se da un ejemplo de una documentación de tres columnas en el formato APIE.

EJEMPLO:

Fecha/Tiempo	Problema	Notas de Progreso
6-22-06 1 000	Aislamiento social	<p>A: Dice que no quiere sentarse o caminar con los demás; ellos “lo asustan”; permanece en la habitación a menos que se le anime con insistencia a salir; a veces escucha las conversaciones del grupo pero no interactúa; está hipervigilante.</p> <p>P: Aislamiento social relacionado con desconfianza, pánico, ansiedad, delirio.</p> <p>I: Inició relación de confianza por pasar tiempo con el</p>

Fecha/Tiempo	Problema	Notas de Progreso
		<p>paciente; discutió sus sentimientos en relación con las interacciones con los demás; paciente acompañado a actividades de grupo; retroalimentación positiva para la participación voluntaria de entrenamiento.</p> <p>E: Cooperativo en la terapia; todavía hay incomodidad en presencia de un grupo de personas; aceptación de retroalimentación positiva proveniente de la enfermera.</p>

Documentación Electrónica

Casi todas las instituciones de atención a la salud tienen —o están en el proceso— algún tipo de registros electrónicos de salud (EHR) o sistema de documentación electrónica. Estos sistemas han demostrado mejorar tanto la

CUADRO 7 – 4 Validación del Proceso de Enfermería con el Método APIE

Gráfico APIE	Qué se Registra	Proceso de Enfermería
A (Valoración)	Datos subjetivos y objetivos del paciente que se hayan recopilado al inicio de cada turno.	Valoración
P (Problema)	Nombre (o número) del diagnóstico de enfermería que se señale a partir de la lista de problemas escritos; y resultados identificados para ese problema. NOTA: Si el resultado aparece en el plan escrito, no es necesario repetirlo en la documentación diaria a menos que ocurra un cambio.	Diagnóstico e identificación de resultados
I (Intervención)	Acciones de enfermería llevadas a cabo, dirigidas a resolver el problema.	Plan de implementación
E (Evaluación)	Valoración de las respuestas del paciente para determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería.	Evaluación

calidad de atención al paciente como la eficiencia del sistema de salud (Hopper y Ames, 2004). En 2003, el Departamento de Servicios a la Salud y Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services*) comisionó al Instituto de Medicina (*Institute of Medicine*, IOM) para que hiciera un estudio de capacidades de un sistema de EHR. El IOM identificó una serie de ocho funciones centrales que los sistemas de EHR deben realizar en la atención de seguridad, mayor calidad, y más eficiencia en el cuidado a la salud. Estas ocho capacidades incluyen las siguientes (Tang, 2003):

- 1. Información y Datos de Salud.** EHR deben proporcionar accesos más rápidos para la información importante del paciente (p. ej., alergias, resultados de pruebas de laboratorio, lista de medicamentos, información demográfica y relaciones clínicas), por tanto, se mejora la capacidad de los proveedores para tomar decisiones clínicas confiables en menos tiempo.
- 2. Administración de Resultados.** La computarización de resultados de todos los tipos (p. ej., pruebas de laboratorio, informes de procedimientos de radiología) pueden ser accesibles con mayor facilidad por el proveedor en el tiempo y lugar que se necesiten.
- 3. Orden de Entrada/Orden Administrativa.** Las entradas con orden basadas en computarización mejoran el proceso de flujo de trabajo, al eliminarse las órdenes perdidas y las ambigüedades causadas por escritura ilegible, generando de manera automática órdenes relacionadas, revisadas por duplicado y aumentando la velocidad en que se ejecutan las órdenes.
- 4. Soporte de Decisión.** La decisión computarizada apoya los sistemas, mejorando el rendimiento clínico para muchos aspectos del cuidado de la salud. Se utilizan notas de recordatorio y apuntes, se mejoran proyectos regulares y que se completen otras prácticas preventivas. Otros aspectos del apoyo al cuidado de la

salud incluyen la identificación de posibles interacciones de fármacos y facilita el diagnóstico y tratamiento.

- 5. Comunicación y Conectividad Electrónica.** Aumenta la comunicación entre el personal relacionado con la atención, como medicina, enfermería, laboratorio, farmacia y radiología, aumenta la seguridad del paciente y la calidad de la atención. La comunicación eficiente entre los proveedores favorece la continuidad del cuidado, permite más tiempo para las intervenciones y reduce el riesgo de eventos adversos.
- 6. Apoyo al Paciente.** Se ha demostrado que la educación interactiva basada en la computarización al paciente, los autoexámenes y la autoobservación mejoran el control de enfermedades crónicas.
- 7. Procesos Administrativos.** Los sistemas de esquemas electrónicos (p. ej., para admisiones al hospital y procedimientos a pacientes externos) aumentan la eficiencia de las organizaciones de la salud y proporcionan más tiempo en la atención del paciente.
- 8. Informe y Administración de la Salud a la Población.** Se requiere que las organizaciones al cuidado de la salud informen datos al gobierno y sectores privados para la seguridad del paciente y salud pública. Los estándares de datos electrónicos uniformes facilitan este proceso a nivel del proveedor, reduce los costos relacionados, y hay mayor rapidez y exactitud en los datos informados.

En el recuadro 7-4 se enlistan algunas de las ventajas y desventajas de los registros en papel y EHR.

RESUMEN

El proceso de enfermería proporciona una metodología por medio de la cual las enfermeras pueden brindar cuidados, utilizando un acercamiento científico y sistemático.

RECUADRO 7-4 Ventajas y Desventajas del Registro en Papel y EHR

Papel*

Ventajas

- Las personas saben cómo usarlos
- Es rápido para la práctica común
- Es portátil
- No se rompe
- Acepta múltiples tipos de datos, como gráficas, fotografías, dibujos, y texto
- Se entienden temas legales y costos

Desventajas

- Se pueden perder
- Con frecuencia son ilegibles o están incompletos

EHR

Ventajas

- Puede ser accesible para muchos proveedores en lugares remotos
- Facilita la comunicación entre disciplinas
- Proporciona recordatorios para completar la información
- Proporciona advertencias sobre incompatibilidades de medicamentos o variantes de los estándares normales
- Hay mínima redundancia de la información
- Requiere menos espacio de almacenaje y más difícil de perder
- Facilita la búsqueda para auditar, calidad de seguridad y sobrevivencia epidemiológica
- Proporciona recuperación inmediata de información (p. ej., resultados de pruebas)

(continúa)

RECUADRO 7–4 Ventajas y Desventajas del Registro en Papel y EHR (continuación)

Papel*	EHR
<p><i>Desventajas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay acceso remoto • Puede ser accesible sólo para una persona a un tiempo • Con frecuencia está desorganizada la información • La información está duplicada • Es difícil de almacenar • Es difícil de investigar y requiere continua calidad de mejoramiento • El mismo paciente tiene registros separados en cada institución (oficina del médico, hospital y cuidado en casa) • Los registros se comparten sólo a través de una copia 	<p><i>Ventajas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona relaciones de bases de datos de la atención conocida, lo que provee de apoyo diagnóstico • Disminuye el tiempo de graficar • Reduce los errores por escritura ilegible • Facilita los procedimientos de facturación y quejas <p><i>Desventajas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasto excesivo para iniciar el sistema • Se requiere un aprendizaje sustancial por parte de las personas que lo usen; entrenamiento y reentrenamiento • Son posibles las dificultades técnicas • Existen asuntos legales y éticos que involucran la privacidad y acceso a la información del paciente • Requiere uso consistente de terminología estandarizada para que la información de apoyo se pueda compartir en redes amplias

*Fuente: Tomado de Young, K.M. Nursing Informatics. In J.T. Catalano, Nursing Now! Today's Issues, Tomorrow's Trends. Philadelphia: F.A. Davis. Con autorización.

El enfoque es un objetivo dirigido y basado en un modelo de toma de decisiones o de solución de problemas, que consiste en seis pasos: valoración, diagnóstico, identificación de los resultados, planeación, realización y evaluación.

El diagnóstico de enfermería es inherente con el proceso de enfermería, cuyo concepto no es nuevo, pero se llegó a formalizar sólo con la organización de la NANDA en la década de 1970. El diagnóstico de enfermería define la responsabilidad y límites para la enfermería, por tanto, ofrece cierto grado de autonomía e independencia dentro de la práctica. El diagnóstico de enfermería también proporciona un lenguaje común para la práctica y ayuda al personal a dar una atención de calidad consistente para sus pacientes, con base en más conocimientos del trabajo de las enfermeras a través de la investigación. Se presentó una lista de diagnósticos de enfermería para utilizarlos y hacer pruebas aprobadas por NANDA.

Las enfermeras psiquiátricas utilizan el proceso de enfermería para ayudar a los pacientes a adaptarse de manera exitosa a situaciones de estrés dentro del ambiente. Los objetivos se dirigen hacia el cambio en pensamientos, sentimientos, y comportamientos que son apropiados a la edad y congruentes con normas locales y culturales. Las enfermeras son un miembro valioso del equipo de trata-

miento interdisciplinario, que trabajan tanto de manera independiente como en cooperación con otras personas del equipo. Los diagnósticos de enfermería, en la posibilidad de definir la responsabilidad de la práctica, facilitan sus funciones en el escenario psiquiátrico, al diferenciar qué es específicamente enfermería, de las intervenciones relacionadas con otras disciplinas.

La enfermería en psiquiatría es la atención dirigida a metas; éstas se evalúan separadas de las del equipo. El papel que desempeña la administración de la enfermería psiquiátrica se está ampliando, y algunas instituciones que utilizan este concepto usan las CPC como herramienta para la planeación de tratamientos. El concepto de administración del caso se exploró en este capítulo y se incluyó un ejemplo de CPC con una explicación para su uso.

Las enfermeras deben documentar que los procesos de enfermería se han utilizado para la atención de la salud, ya que su uso es obligatorio en algunos estados por las actas de práctica de enfermería y también son requeridas por algunas instituciones de acreditación para la organización de la atención a la salud. Se presentaron los tres métodos de documentación POR, Focus Charting y el sistema PIE con ejemplos para demostrar cómo reflejan el uso del proceso de enfermería, además de una discusión sobre registros electrónicos de salud.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Pruebe sus conocimientos del proceso de enfermería proporcionando la información requerida.

1. Nombre los seis pasos del proceso de enfermería.
2. Identifique el paso del proceso de enfermería al cual se aplica cada una de las siguientes acciones:
 - a. Obtener del paciente un contrato a corto plazo para buscar ayuda en caso de que quiera suicidarse.
 - b. Identifique el diagnóstico de enfermería: riesgo de suicidio.
 - c. Determine si las intervenciones de enfermería han sido apropiadas para obtener los resultados deseados.
 - d. Informes de la familia del paciente acerca del reciente intento de suicidio.
 - e. Dé prioridad a la necesidad de mantener un ambiente seguro para el paciente.
 - f. Establezca el objetivo de atención: el paciente no se dañará a sí mismo durante la hospitalización.
3. S.T., es una chica de 15 años de edad que ha sido admitida en la unidad de psiquiatría para adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa. Mide 1.68 m y pesa 37.19 kg. Ha sido elegida como porrista para el otoño, pero dice que no es tan buena como las otras en el grupo. El equipo de tratamiento ha identificado los siguientes problemas: no quiere comer, en ocasiones toma purgas, rechaza la interacción con el personal y sus pares, siente miedo a fallar.
Formule tres diagnósticos de enfermería e identifique resultados para cada uno como parte del equipo de tratamiento para contribuir tanto a la independencia, como a la cooperación al plan de tratamiento del equipo.
4. Revise varios métodos de documentación que reflejen el cuidado de enfermería a través del proceso de enfermería.
Practique hacer entradas para el caso descrito en la pregunta 3 utilizando varios métodos.

R E F E R E N C I A S

- American Nurses' Association (ANA). (2004). *Nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: American Nurses' Association.
- American Nurses' Association. (2003). *Nursing's social policy statement* (2nd ed.). Washington, DC: American Nurses' Association.
- American Nurses' Association. (2000). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing practice*. Washington, DC: American Nurses' Association.
- American Nurses, Credentialing Center (ANCC). (2007). Nursing case management certification. Retrieved from the World Wide Web on February 25, 2007 at <http://www.nursingworld.org/anc/cert/eligibility/CaseMgmt.html>
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bower, K.A. (1992). *Case management by nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2005). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Dochterman, J.M., & Bulechek, G. (2004). Nursing interventions classification overview. Retrieved February 25, 2007 from <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/nic/nicoverview.htm>
- Hopper, K., & Ames, K.J. (2004). *Health policy analysis: Standardized EMRs*. Durham, NC: Duke University.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). Nursing outcomes classification overview. Retrieved February 25, 2007 from <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/noc/nocoverview.htm>
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. & Butcher, H. (2006). *NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes & interventions* (2nd ed.). New York: Elsevier.
- Lampe, S.S. (1985). Focus charting: Streamlining documentation. *Nursing Management*, 16(7), 43-46.
- NANDA International. (2007a). *History and historical highlights 1973 through 1998*. Retrieved February 25, 2007 from <http://www.nanda.org/html/history1.html>
- NANDA International. (2007b). *About NANDA International*. Retrieved February 25, 2007 from <http://www.nanda.org/html/about.html>
- NANDA International. (2007). *Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International.
- Schuster, P.M. (2002). *Concept mapping: A critical-thinking approach to care planning*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Tang, P. (2003). *Key capabilities of an electronic health record system*. Institute of Medicine Committee on Data Standards for Patient Safety. Board on Health Care Services. Washington, DC: National Academies Press.
- Townsend, M.C. (2006). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- World Health Organization (WHO). (1993). *International classification of diseases* (10th ed.). Geneva: World Health Organization.

8

CAPÍTULO

TERAPIA AMBIENTAL: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

AMBIENTE, DEFINIR

ESTADO PRESENTE DE LA COMUNIDAD

TERAPÉUTICA

HIPÓTESIS BÁSICA

CONDICIONES QUE PROMUEVEN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

PROGRAMA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

ambiente

comunidad terapéutica

CONCEPTO CENTRAL

terapia ambiental o comunidad terapéutica

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *terapia ambiental*.
2. Explicar el objetivo de la comunidad terapéutica/terapia ambiental.
3. Identificar las siete hipótesis básicas de una comunidad terapéutica.
4. Discutir las condiciones que caracterizan una comunidad terapéutica.
5. Identificar las diferentes terapias que se pueden incluir dentro del programa de la comunidad terapéutica y los trabajadores de la salud participantes en el equipo de tratamiento interdisciplinario.
6. Describir la función del personal de enfermería en el equipo de tratamiento interdisciplinario.

INTRODUCCIÓN

El estándar Vb de las Responsabilidades y Estándares de la Práctica de Enfermería en Salud Mental-Psiquiátrica (ANA, 2000) establece lo siguiente: “la enfermera en salud mental/psiquiátrica proporciona, estructura y mantiene un ambiente terapéutico en colaboración con el paciente y otros clínicos de la salud”.

Este capítulo define y explica el objetivo de la terapia ambiental, las condiciones necesarias y delinea las funciones de varios trabajadores de la salud dentro del equipo interdisciplinario delineado; se incluye una interpretación de la función del personal de enfermería en la terapia ambiental.

AMBIENTE, DEFINIR

La palabra **milieu** en francés significa “medio”; la traducción de esta palabra es “en los alrededores”, o “ambiente”. En psiquiatría, la terapia que incluye al ambiente se puede llamar terapia ambiental, **comunidad terapéutica** o terapia del medio. El objetivo de la comunidad terapéutica es manipular el ambiente de tal forma que todos los aspectos de la experiencia hospitalaria del paciente sean consideradas terapéuticas. Se espera que el paciente aprenda a tener respuestas de enfrentamiento, de adaptación, interacción y habilidades para relacionarse con otros aspectos de su vida.

ESTADO PRESENTE DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La terapia ambiental se inició durante la década de 1960, y continúo en las de 1970 y 1980; durante este periodo, el tratamiento psiquiátrico de pacientes internos proporcionó tiempo suficiente para llevar a cabo programas de terapia que apuntan a la rehabilitación social, por lo que el enfoque de la enfermería de establecer las relaciones interpersonales con pacientes corresponde a este concepto de terapia, en la que los pacientes son alentados a ser participantes activos en su terapia, y se enfatiza la autonomía individual.

Concepto Central

Terapia Ambiental

Es una estructuración científica del ambiente con el fin de efectuar cambios en el comportamiento y mejorar la salud psicológica y el funcionamiento del individuo (Skinner, 1979).

El presente enfoque de cuidado psiquiátrico del paciente interno ha cambiado, en relación con esto. Hall (1995) menciona lo siguiente:

El cuidado en instituciones psiquiátricas para pacientes internos puede ahora caracterizarse como breve y con base en la biología. Para el momento en que los pacientes se han estabilizado lo suficiente para beneficiarse de la socialización, entran a un programa de tratamiento ambiental y, con frecuencia, ya han sido dados de alta. (p. 51)

Aunque se han utilizado estrategias para la terapia ambiental, se han modificado conforme ha avanzado el cuidado a corto plazo o en los programas de tratamiento de paciente externo (p. ej. los que se aplican a niños y adolescentes, los adictos a sustancias y pacientes geriátricos) se han adaptado de manera exitosa al concepto de tratamiento ambiental a sus necesidades especiales (Bowler, 1991; DeSocio, Bowllan y Staschak, 1997; Whall, 1991).

En este capítulo se presentan muchos de los conceptos originales de la terapia de ambiente; es importante recordar que ciertas modificaciones a éstos han sido aplicadas en la práctica para su uso en varios escenarios.

HIPÓTESIS BÁSICA

Skinner (1979) resumió siete hipótesis en las cuales se basa una comunidad terapéutica:

1. *Se debe alentar en cada individuo la posibilidad de tener condiciones de salud y desarrollo.* Se considera que todos los individuos tienen fortalezas además de limitaciones; al identificar estos aspectos saludables del individuo, sirven como una base para el crecimiento de la personalidad y para funcionar de una manera adaptada y productiva en todos los aspectos de su vida.
2. *Cada interacción es una oportunidad para la intervención terapéutica.* Dentro de este escenario estructurado, es casi imposible evitar la interacción interpersonal; esto es, existe la situación ideal para que los pacientes mejoren sus habilidades de desarrollar comunicación y relaciones, el aprendizaje ocurre a partir de retroalimentación inmediata de las percepciones personales.
3. *El paciente es dueño de su propio ambiente.* Los pacientes toman decisiones y resuelven problemas relacionados con la administración de la unidad; de esta forma, las necesidades personales para la autonomía además de las necesidades relacionadas al grupo como un todo están satisfechas.
4. *Cada paciente es dueño de su propio comportamiento.* Se espera que cada individuo dentro de la comunidad terapéutica tome la responsabilidad de su comportamiento.
5. *La presión de sus pares es un instrumento útil y poderoso.* Las normas de comportamiento del grupo se estable-

cen a través de la presión de sus pares, la retroalimentación es directa y frecuente; comportarse de una manera aceptable para los otros miembros de la comunidad se vuelve algo esencial.

6. *Los comportamientos inapropiados son tratados en cuanto ocurren.* Los individuos examinan la importancia de su comportamiento, observan cómo afecta a otras personas y discuten formas apropiadas en ciertas situaciones.
7. *Se evitan las restricciones y el castigo.* Los comportamientos destructivos en general pueden ser controlados con la discusión en grupo; sin embargo, si un individuo requiere controles externos, se prefiere el aislamiento temporal a una restricción prolongada u otro castigo riguroso.

CONDICIONES QUE PROMUEVEN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En un escenario de comunidad terapéutica, todo lo que sucede para el paciente, o dentro del ambiente del mismo, se considera parte del programa de tratamiento, es decir, el escenario de la comunidad es la base para el programa. Los factores de la comunidad —tales como interacciones sociales y calendario de actividades— pueden generar respuestas negativas en algunos pacientes. Estas experiencias estresantes se utilizan como ejemplos para ayudar al paciente a aprender cómo manejar el estrés con mayor adaptación a situaciones en la vida real.

Entonces, ¿bajo qué condiciones un ambiente hospitalario es considerado terapéutico? Se han identificado algunos criterios:

- *Necesidades fisiológicas básicas satisfechas.* Como ha sugerido Maslow (1968), los individuos no se mueven a un nivel de funcionamiento más elevado hasta que sus necesidades fisiológicas como alimento, agua, aire, sueño, ejercicio, eliminación, refugio y expresión sexual estén satisfechas.
- *Las facilidades físicas son propicias para alcanzar el objetivo de la terapia.* Se proporciona espacio para que cada paciente tenga suficiente privacidad, así como espacio físico, para la interacción terapéutica con otros. El mobiliario se distribuye para presentar una atmósfera que promueva la vida comunal, comer, áreas de actividad, y para facilitar la interacción interpersonal y la comunicación.
- *Existe una forma democrática de autogobierno.* En la comunidad terapéutica, los pacientes participan en la toma de decisiones y en la solución de los problemas que afectan el manejo del escenario del tratamiento. Esto se realiza a través de reuniones programadas de la comunidad atendidas por el personal y los pacientes, todos los individuos tienen igual participación en las discusiones. En estas reuniones se establecen las normas, reglas y límites de comportamiento, lo que refuerza la postura democrática

del escenario del tratamiento, debido a que las expectativas afectan a todos por igual. Las consecuencias de transgredir las reglas se explican y se refuerzan.

Otros asuntos que se discuten en las reuniones de la comunidad incluyen las que tienen relación con desacuerdos de algunos de los pacientes, entonces se toma una decisión de una manera democrática; por ejemplo, varios individuos en una unidad de pacientes internos pueden estar en desacuerdo con las horas asignadas para ver televisión en las noches los fines de semana, por lo que pueden elegir tratar el asunto en una reunión de la comunidad y sugerir, por ejemplo, ver la televisión por más tiempo; después de la discusión en grupo, se vota y tanto los pacientes como el personal se ponen de acuerdo para aceptar la preferencia de la mayoría. Algunas comunidades terapéuticas eligen funcionarios (por lo general un presidente y una secretaria) quienes sirven por un tiempo específico; el presidente llama a la reunión, conduce los asuntos antiguos y nuevos de discusión y pide voluntarios (o hace citas, de manera alternativa para que los pacientes se turnen) para completar las tareas diarias relacionadas con la convivencia; por ejemplo, limpiar las mesas en la institución después de cada comida y echar agua a las plantas; por su parte, la secretaria lee las minutos de las reuniones anteriores y toma el tiempo de la reunión. El tiempo por minutos es importante en la medida en que los pacientes tienen desacuerdos sobre temas que se tienen que discutir en varias reuniones, las anotaciones de los minutos proporcionan evidencia escrita de las decisiones tomadas por el grupo.

En escenarios de tratamiento en los cuales los pacientes tienen períodos donde ponen poca atención o presentan un pensamiento desorganizado, las reuniones son breves; los asuntos se limitan a introducciones y expectativas del aquí y el ahora. Las discusiones también pueden incluir comentarios sobre situaciones recientes en el grupo o algo que preocupe a alguien en particular o algo sobre lo cual tenga preguntas. Estas reuniones, por lo general, son conducidas por el personal, aunque todos los pacientes tienen igual participación en el grupo.

Se espera que todos los pacientes asistan a las reuniones, sólo se hacen excepciones cuando los tiempos de la terapia interfieren con, por ejemplo, citas para realizar exámenes de rayos X, electroencefalogramas; en cuyo caso, se da la explicación a los pacientes que están presentes para evitar las falsas percepciones de peligro generadas por la ausencia en una persona.

También se espera que asistan todos los miembros del personal a las reuniones, a menos que el cuidado de alguno de los pacientes requiera su atención.

- *Las responsabilidades son asignadas de acuerdo con las capacidades del paciente.* Aumentar la autoestima es la meta máxima de la comunidad terapéutica, por tanto, no se debe asignar tareas a un paciente que esté más allá de

sus capacidades, o sea, se asignan responsabilidades que promuevan el logro y aumenten la autoestima. Se debe tener consideración por los tiempos en los cuales el paciente muestre alguna regresión durante el tratamiento, para lo cual se ajustan las asignaciones para preservar la autoestima, lo que provee mayor progreso de responsabilidad para que el paciente regrese al nivel previo de funcionamiento.

- *Se calendariza un programa estructurado de actividades sociales y relacionadas con el trabajo como parte del programa de tratamiento.* Cada programa terapéutico del paciente consiste en actividades de grupo en las cuales se enfatiza la interacción interpersonal y la comunicación con los demás; también se dedica tiempo a problemas personales, para lo cual se seleccionan varias actividades de grupo para pacientes con necesidades específicas (p. ej., un grupo de ejercicios para una persona que expresa su enojo de manera inapropiada, un grupo de acertividad para una persona pasivo agresiva, o un grupo para manejo de estrés para alguien que es muy ansioso). Estas actividades de calendario estructurado son el principal enfoque de la comunidad terapéutica, ya que se aprenden nuevas estrategias para enfrentar el estrés y se desarrollan habilidades sociales; en grupo el paciente es capaz de practicar lo que aprende para prepararse para la transición a la comunidad general.
- *La comunidad y la familia se incluyen en el programa de terapia en un esfuerzo por facilitar el alta del tratamiento.* Se hace el intento de incluir a los miembros de la familia, pues ciertos aspectos de la comunidad, que afectan al paciente en el programa de tratamiento, son importantes para mantener tanto como sea posible los vínculos para la vida fuera del tratamiento. Se invita a los miembros de la familia a participar en los grupos de terapia específicos y, en algunos casos, a que compartan las comidas en el comedor communal, ya que la conexión con la vida comunitaria se puede mantener a través de actividades en grupo como ir de compras, días de campo, ir al cine, al boliche y visitar el zoológico. Los pacientes internos pueden obtener pases para visitar a su familia o pueden participar en actividades relacionadas con el trabajo por períodos determinados por la actividad y la condición del paciente. Estas conexiones con la familia y la comunidad, facilitan el proceso para dar de alta y pueden ayudar a prevenir que el paciente se vuelva demasiado dependiente de la terapia.

PROGRAMA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La atención para pacientes en la comunidad terapéutica es dirigida por un equipo de tratamiento interdisciplinario (TID). Se hace una valoración inicial del psiquiatra, per-

sonal de enfermería u otro empleado de admisión que establece una prioridad de cuidado. El equipo TID determina un amplio plan de tratamiento y las metas de la terapia, y se asignan las responsabilidades de intervención. Todos los miembros firman el plan y se reúnen con regularidad para actualizarlo conforme es necesario. De acuerdo con el grado de disposición del tratamiento y el enfoque del programa de terapia, participan los miembros de varias disciplinas en la organización de una comunidad terapéutica. Un ejemplo de un equipo TID es: un psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera especialista en clínica psiquiátrica, enfermera psiquiátrica, terapeuta ocupacional, terapeuta creativa, terapeuta en arte, terapeuta en música, terapeuta en psicodrama, dietista y capellán. En el cuadro 8-1 se proporciona una explicación de las responsabilidades y preparación educacional requeridos para estos miembros del equipo IDT.

FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La terapia ambiental tiene lugar en una gran variedad de escenarios de pacientes internos y externos. En el hospital, las enfermeras que, en general, son miembros del equipo de TID y quienes están básicamente 24 horas con el paciente, asumen la responsabilidad del manejo de la terapéutica del medio. En todos los escenarios se utiliza el proceso de enfermería para proporcionar el cuidado. Se continúa la valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planeación, realización y evaluación del ambiente para el manejo exitoso. El personal de enfermería participa en todas las actividades que corresponden al cuidado del paciente día a día; sus sugerencias y opiniones reciben mucha consideración en la planeación del cuidado para pacientes individuales. La información de la valoración inicial de enfermería se utiliza para crear el plan TID; lo que significa que el personal de enfermería participa en las metas de la terapia, en las actualizaciones regulares y en la modificación de los planes del tratamiento.

En algunos tratamientos se requiere una enfermera aparte, que se agrega al plan TID; cuando este es el caso, el plan de cuidados de enfermería debe reflejar diagnósticos que son específicos a enfermería e incluyen problemas e intervenciones a partir del plan TID que se han asignado de manera específica a la disciplina de la enfermería.

En el ambiente terapéutico, el personal de enfermería es el responsable de asegurar la satisfacción de las necesidades fisiológicas de los pacientes, éstos deben ser alentados para alcanzar independencia lo antes posible para satisfacer las actividades de la vida diaria pero, además, hace valoraciones en el transcurso para proporcionar asistencia a quienes lo requieran. La valoración del estado físico del paciente es una responsabilidad importante que

CUADRO 8 – 1 Equipo Interdisciplinario de Tratamiento en Psiquiatría

Miembro del Equipo	Responsabilidades	Credenciales
Psiquiatra	Sirve como líder del equipo, es responsable del diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales; lleva a cabo la psicoterapia; prescribe medicamentos y otros tratamientos somáticos.	Grado médico con especialidad en psiquiatría y licencia para practicar medicina.
Psicólogo clínico	Conduce terapia individual, de grupo y familiar; administra, interpreta, y evalúa pruebas psicológicas que ayudan en el proceso de diagnóstico.	Doctorado en psicología clínica con dos a tres años de internado supervisado por un psicólogo clínico con licencia. Se requiere licencia estatal para esta práctica.
Enfermera especialista en psiquiatría clínica	Conduce terapia individual, de grupo y familiar; presenta programas de educación para personal de enfermería; proporciona servicios de consulta a enfermeras que requieren ayuda en la planeación y cuidado de pacientes individuales.	Enfermera registrada con mínimo grado de maestría en enfermería psiquiátrica. Algunas instituciones requieren certificación por asociación de acreditación nacional.
Enfermera psiquiátrica	Proporciona valoración continua de la condición del paciente, tanto mental como física. Maneja el ambiente terapéutico con base en 24 horas; administra medicamentos; ayuda a los pacientes con todas las actividades terapéuticas como es requerido; se enfoca en desarrollar relaciones uno-a-uno.	Enfermera registrada con diploma de hospital, grado asociado o grado de bachillerato. Algunas enfermeras en psiquiatría tienen certificación nacional.
Técnico en salud mental (también llamado asistente psiquiátrico o técnico psiquiátrico)	Funciona bajo la supervisión de la enfermera psiquiátrica; proporciona ayuda a los pacientes a satisfacer sus actividades de la vida diaria; ayuda en las actividades de los terapeutas cuando se requiera en la conducción de los grupos; también puede participar en el desarrollo de relaciones uno-a-uno.	Varía de un estado a otro. Los requerimientos incluyen educación superior, con educación vocacional o entrenamiento laboral. Algunos hospitales contratan individuos con grado de bachillerato en psicología. Algunos estados requieren un examen de licenciatura para esta práctica.
Trabajador social psiquiátrico	Conduce terapias individuales, de grupo y familiares; se relaciona con las necesidades sociales de los pacientes, tales como colocación, apoyo financiero, y requerimientos de la comunidad; conduce la profundización de la historia psicosocial en la cual se basa la valorización de las necesidades. Trabaja con el paciente y la familia para asegurar que los requerimientos para el alta estén completos y las necesidades puedan ser satisfechas por los recursos apropiados de la comunidad.	Mínimo grado de maestría en trabajo social. Algunos estados requieren supervisión adicional y subseciente licencia por examen.
Terapeuta ocupacional	Trabaja con los pacientes para ayudarlos a desarrollar (o reiniciar) su independencia en la realización de actividades de la vida diaria; se enfoca en la rehabilitación y entrenamiento vocacional en el cual los pacientes aprenden a ser productivos, y por tanto, aumentan su autoestima, a través de actividades creativas y de desarrollar sus habilidades de relaciones terapéuticas.	Bachillerato o grado de maestría en terapia ocupacional.
Terapeuta recreacional	Utiliza actividades recreativas para promover que los pacientes redirijan sus pensamientos o recanalicen su energía destructiva de una manera apropiada. Los pacientes aprenden habilidades que se pueden utilizar durante el tiempo libre y en los momentos de estrés después de ser dados de alta del tratamiento; los ejemplos incluyen boliche, voleibol, ejercicios y trotar. Algunos programas incluyen actividades como días de campo, natación, e incluso grupos de asistencia en el estado cuando está en sesión.	Bachillerato o grado de maestría en terapia recreacional.
Terapeuta en música	Alienta a los pacientes en la autoexpresión a través de la música; los pacientes escuchan música, tocan instrumentos, cantan, bailan y componen canciones que les ayudan a entrar en contacto con sus sentimientos y emociones que no son capaces de experimentar en ninguna otra forma.	Graduado con especialidad en terapia musical.
Terapeuta en arte	Utiliza las habilidades creativas para alentar la expresión de emociones y sentimientos a través del arte. Ayuda a los pacientes a analizar su propio trabajo en un esfuerzo por reconocer y resolver el conflicto subyacente.	Graduado con especialidad en terapia de arte.
Terapeuta en psicodrama	Dirige a los pacientes en la creación de un “drama” que represente situaciones de la vida real. Los individuos seleccionan los problemas que desean representar, y otros pacientes interpretan los papeles de otras personas significativas en las situaciones; algunos pacientes son capaces de “sacar” problemas que son incapaces de trabajar a través de formas más tradicionales. Todos los miembros se benefician a través de discusiones intensivas que les siguen.	Graduado en psicología, trabajo social, enfermería o medicina con entrenamiento adicional en terapia de grupo y preparación especial para trabajar con psicodrama.

Miembro del Equipo	Responsabilidades	Credenciales
Dietista	Planea programas de alimentación nutritiva para todos los pacientes. Trabaja consultando a los pacientes con trastornos de alimentación específicos, tales como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y pica (trastorno del apetito frecuente durante la gestación y en pacientes histéricas, caracterizado por ingesta de sustancias no comestibles).	Bachillerato o grado de maestría con especialidad en dietética.
Capellán	Valora, identifica y atiende las necesidades espirituales de los pacientes y los miembros de su familia; proporciona apoyo espiritual y los reanima como sea requerido por el paciente o los familiares; pueden brindar también consejos si los antecedentes educacionales incluyen este tipo de preparación.	Grado colegiado con educación avanzada en teología, seminario o estudios rabínicos.

no se debe pasar por alto en un escenario psiquiátrico que enfatiza el cuidado holístico.

En la terapia ambiental es importante la orientación de la realidad para los pacientes que presentan pensamiento desorganizado o quienes están desorientados o confundidos; para éstos los relojes con manecillas y números grandes, los calendarios con el día y fecha en impresiones grandes, además de pizarrones de orientación que presentan las actividades diarias son de gran utilidad. Por otro lado, el personal de enfermería debe asegurarse de que los pacientes tengan calendarios escritos de actividades asignadas y puedan cumplir con ellas a tiempo; o, en algunos casos, los pacientes pueden requerir una identificación en su puerta para recordarles cuál es su cuarto. En las unidades de estancia corta, el personal de enfermería que trata con pacientes psicóticos, por lo general, se apoyan en una actividad básica o tema que ayuda a las personas a estar orientadas; por ejemplo, muestran fotografías del hospital donde ellos están, dan a conocer a los pacientes que fueron admitidos durante la noche y se les proporcionan distintivos con sus nombres.

El personal de enfermería es responsable del manejo de la administración de medicamentos para pacientes internos en las unidades psiquiátricas, aunque en algunos programas de tratamiento se espera que los pacientes acepten esa responsabilidad y pidan sus medicamentos a la hora precisa, no obstante, la máxima responsabilidad es del o la enfermero(a), por lo que debe alentar al paciente a ser autodependiente. El personal de enfermería debe trabajar con los pacientes para determinar métodos que proporcionen retroalimentación positiva para alcanzar la meta.

Un enfoque muy importante de la enfermería en la comunidad terapéutica es la relación de uno-a-uno, la cual surge de la confianza entre el paciente y el personal de enfermería; muchos pacientes con trastornos psiquiátricos nunca han desarrollado la capacidad de confiar; sin embargo, si se puede desarrollar una relación, es posible que se generalice la confianza a otras relaciones en la vida del paciente. El desarrollo de la confianza significa mantener las promesas que se han hecho, aceptación total del individuo como persona (separada del comportamiento que es inaceptable), responder al paciente con comporta-

mientos concretos que son incomprensibles para él (p. ej., “si estás asustado, voy a permanecer contigo”; “si tienes sed, te traigo un vaso con agua”). Dentro de una atmósfera de confianza, el paciente se siente alentado a expresar sus sentimientos y emociones, y a discutir asuntos sin resolver que crean problemas en su vida.

El personal de enfermería es responsable de poner los límites de comportamientos inaceptables en el medio terapéutico, esto requiere plantear al paciente en términos comprensibles qué comportamientos no son aceptables y cuáles son las consecuencias si los límites son violados. Dichos límites se deben establecer, por escrito, y son realizados por todo el personal, por consiguiente, la consistencia en la consecución de las consecuencias del incumplimiento de los límites establecidos es esencial para reforzar el aprendizaje.

La función del paciente como maestro es importante en el área psiquiátrica, como en todas las áreas de enfermería. El personal de enfermería debe ser capaz de evaluar la disposición de aprender en pacientes individuales, ¿quieren aprender?, ¿cuál es su nivel de ansiedad?, ¿cuál es su capacidad para entender la información que se le presenta? Los temas para la educación en psiquiatría incluyen la información sobre los diagnósticos médicos, efectos colaterales de los medicamentos, la importancia de la continuidad de tomar sus medicamentos y manejo del estrés, entre otros; algunos de estos temas se deben individualizar, mientras que otros pueden aprenderse en situaciones de grupo. El recuadro 8-1 resume varios temas de enfermería en relación con la educación del paciente en psiquiatría.

Echternacht (2001) dice al respecto:

Las intervenciones en terapia ambiental se reconocen como una de las funciones de nivel básico de las enfermeras en salud mental/psiquiátrica como están señaladas [en la *American Nurses Association Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice*, 2000]. La terapia ambiental se ha descrito como un excelente marco de trabajo para la operatividad de la interpretación de Peplau y la extensión de la teoría interpersonal de Harry Stack Sullivan para el uso en la práctica de enfermería (p. 39)...Ahora es el momento de reavivar el interés en el concepto de la comunidad terapéutica y

RECUADRO 8–1 Terapia de Ambiente: Temas para la Educación del Paciente

- Formas para aumentar la autoestima
- Formas para tratar con el enojo de manera apropiada
- Técnicas de manejo de estrés
- Cómo reconocer signos de aumento de ansiedad e intervenir para disminuirla
- Etapas normales de duelo y comportamientos relacionados con cada etapa
- Técnicas de afirmación
- Técnicas de relajación
 - Relajación progresiva
 - Tensión y relajación
 - Respiración profunda
 - Autógena
- Medicamentos (especificar)
 - Razón para tomar medicamentos
 - Efectos colaterales inocuos
 - Importancia de tomarlos con regularidad
 - Importancia de no suspenderlos de manera repentina
- Efectos de sustancias en el organismo:
 - Alcohol
 - Otros depresivos
 - Estimulantes
 - Alucinógenos
 - Narcóticos
 - Canabinoides
- Habilidades para resolver problemas
- Técnicas para detener pensamientos/cambiar pensamientos
- Educación sexual
 - Estructura y función del aparato reproductivo
 - Anticonceptivos
 - Enfermedades de transmisión sexual
- Importancia de la buena nutrición
- (Para padres y cuidadores)
 - Signos y síntomas de abuso de sustancias
 - Técnicas de paternidad eficiente

reclamar las funciones tradicionales de enfermería en la terapia ambiental. Las enfermeras necesitan identificar el número de enfermeras registradas necesarias para realizar las funciones estructuradas y las no estructuradas consistentes con sus estándares de práctica. (p. 43)

RESUMEN

En psiquiatría, la terapia ambiental (o comunidad terapéutica) constituye una manipulación del ambiente en un esfuerzo para crear los cambios de comportamiento y mejorar la salud psicológica y el funcionamiento del individuo. El objetivo de la comunidad terapéutica para el paciente es aprender a desarrollar habilidades de enfrentamiento adaptativo, de interacción, y para relacionarse con otros aspectos de su vida. El ambiente de la comunidad en sí mismo sirve como el instrumento primario de la terapia.

De acuerdo con Skinner (1979), una comunidad terapéutica se basa en siete hipótesis básicas:

1. Se debe alentar en cada individuo la posibilidad de tener condiciones de salud y desarrollo.
2. Cada interacción es una oportunidad para la intervención terapéutica.
3. El paciente es dueño de su propio ambiente.
4. El paciente es dueño de su propio comportamiento.
5. La presión de sus pares es una herramienta útil y poderosa.
6. Los comportamientos inapropiados se tratan como se van presentando.
7. Las restricciones y el castigo son evitados.

Debido a que los objetivos de la terapia ambiental están orientados a ayudar al paciente a aprender en otros aspectos de su vida, las condiciones que promueven una comunidad terapéutica en el escenario de un hospital son similares a los tipos de condiciones que existen en situaciones reales de vida, e incluyen lo siguiente:

- La completa satisfacción de las necesidades fisiológicas.
- Las facilidades físicas que son conductivas para alcanzar los objetivos de la terapia.
- La existencia de una forma democrática de autogobierno.
- La asignación de responsabilidades de acuerdo con las capacidades del paciente.
- Un programa estructurado de actividades sociales y relacionadas con el trabajo.
- La inclusión de la comunidad y la familia en el programa de terapia en un esfuerzo para facilitar la alta del tratamiento.

El programa de terapia en la unidad ambiental es conducido por el equipo IDT, que incluye algunas o todas las siguientes disciplinas y puede contener otras que no se mencionan aquí: psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera especialista en psiquiatría clínica, enfermera psiquiátrica, técnico en salud mental, trabajador social psiquiátrico, terapeuta ocupacional, terapeutas en recreación, terapeuta en arte, terapeuta en música, terapeuta en psicodrama, dietista y capellán.

La enfermera tiene un papel importante en el manejo de un medio terapéutico, participa en la valoración, diagnóstico, identificación del resultado, planeación, realización y evaluación de todos los programas de tratamiento. Tiene importantes participaciones en los planes TID, que se desarrollan para los pacientes, son responsables de asegurar la satisfacción de las necesidades básicas; evalúan el estado físico y psicosocial; administran medicamentos; ayudan al paciente a desarrollar relaciones de confianza; ponen los límites de comportamientos inaceptables; educan a los pacientes; y, por último, los ayudan dentro de los límites de su capacidad a ser miembros productivos de la sociedad.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Pruebe su conocimiento de terapia de ambiente proporcionando la información requerida.

1. Defina *terapia ambiental*.
2. ¿Cuál es el objetivo de la terapia de ambiente/comunidad terapéutica?

Seleccione la mejor respuesta en cada una de las siguientes preguntas:

3. En la priorización del cuidado dentro del ambiente terapéutico, ¿cuál de las siguientes intervenciones de enfermería recibiría la mayor prioridad?
 - a. Asegurarse que las facilidades físicas son conductivas para el alcance de los objetivos de la terapia.
 - b. Calendarizar una reunión de la comunidad para las 8:30 cada mañana.
 - c. Atender las necesidades nutricionales y de comodidad de todos los pacientes.
 - d. Establecer contactos con los recursos de la comunidad.
4. En la reunión comunitaria, ¿cuál de las siguientes acciones es la más importante para reforzar la postura democrática del escenario terapeútico?
 - a. Permitir tiempo específico e igual tiempo para cada individuo para hablar.
 - b. Revisar las reglas del grupo y los límites de comportamiento que aplican para todos los pacientes.
 - c. Leer las minutas de la reunión de ayer.
 - d. Esperar a que los pacientes se presenten antes de iniciar la reunión.
5. Uno de los objetivos de la comunidad terapéutica es que los pacientes lleguen a ser independientes y acepten su autorresponsabilidad. ¿Cuál de los siguientes acercamientos del personal alienta mejor la satisfacción de este objetivo?
 - a. Incluir la participación y las decisiones de los pacientes en el plan de tratamiento.
 - b. Insistir en que cada paciente tome su turno como “presidente” de la reunión de la comunidad.
 - c. Tomar decisiones por el paciente en relación con los planes de tratamiento.
 - d. Requerir que el paciente se bañe, se vista y asista al desayuno a primera hora cada mañana.
6. La enseñanza del paciente es una importante función de la enfermera en la terapia ambiental. ¿Cuál de las siguientes declaraciones del paciente indica la necesidad de saber y la disposición para aprender?
 - a. “¡Aleje de mi esa medicina! ¡No estoy enfermo!”
 - b. “No necesito tratamiento psiquiátrico. Lo que necesito es ayuda para mis dolores de cabeza.”
 - c. “He tomado diazepam todos los días de mi vida desde los últimos 20 años. ¡Dejaré de hacerlo cuando esté lista!”
 - d. “El doctor dice que tengo trastorno bipolar. ¿Qué significa eso realmente?”

Relacione las siguientes actividades con el terapeuta responsable del equipo IDT.

- | | |
|--|---|
| ____ 7. Psiquiatra | a. Ayudan en los planes del paciente, hacen las compras por ellos y cocinan. |
| ____ 8. Psicólogo clínico | b. Localizan una casa cercana y hacen arreglos de condiciones de vida para el paciente cuando es dado de alta del hospital. |
| ____ 9. Trabajador social psiquiátrico | c. Ayuda a los pacientes a conocerse mejor al describirles lo que sienten cuando escuchan cierta canción. |
| ____ 10. Enfermera especialista clínica psiquiátrica | d. Ayuda al paciente a reconocer sus propias creencias para que puedan encontrar consuelo cuando hay necesidad espiritual. |

- ___ 11. Enfermera psiquiátrica
 - e. Acompaña a los pacientes en la comunidad en un paseo al zoológico.
- ___ 12. Técnico en salud mental
 - f. Diagnostica trastornos mentales, conduce la psicoterapia y prescribe terapias somáticas.
- ___ 13. Terapeuta ocupacional
 - g. Maneja la comunidad terapéutica con base en 24 horas.
- ___ 14. Terapeuta recreacional
 - h. Conduce las terapias de grupo y familiares, administra y evalúa las pruebas psicológicas que ayudan en el proceso de diagnóstico.
- ___ 15. Terapeuta de música
 - i. Conduce las terapias de grupo y proporciona consulta y educación a enfermeras de personal.
- ___ 16. Terapeuta en arte
 - j. Ayuda a las enfermeras de personal en el manejo del ambiente.
- ___ 17. Terapeuta en psicodrama
 - k. Alienta a los pacientes a expresar emociones dolorosas a través de dibujos en papel.
- ___ 18. Dietista
 - l. Valora las necesidades, establece, vigila y evalúa un programa nutricional para un paciente con anorexia nerviosa.
- ___ 19. Capellán
 - m. Dirige un grupo de pacientes que representan una situación que de otra forma sería demasiado dolorosa para discutir abiertamente.

R E F E R E N C I A S

- American Nurses' Association (2000). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing practice*. Washington, DC: American Nurses' Association.
- Bowler, J.B. (1991). Transformation into a healing healthcare environment: Recovering the possibilities of psychiatric/mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27(2), 21–25.
- DeSocio, J., Bowllan, N., & Staschak, S. (1997). Lessons learned in creating a safe and therapeutic milieu for children, adolescents, and families: Developmental considerations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 10(4), 18–26.

- Echternacht, M.R. (2001). Fluid group: Concept and clinical application in the therapeutic milieu. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(2), 39–44.
- Hall, B.A. (1995). Use of milieu therapy: The context and environment as therapeutic practice for psychiatric-mental health nurses. In C.A. Anderson (Ed.), *Psychiatric nursing 1974 to 1994: A report on the state of the art*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Whall, A.L. (1991). Using the environment to improve the mental health of the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(7), 39.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Maslow, A. (1968). *Towards a psychology of being* (2nd ed.). New York: D. Van Nostrand.
- Skinner, K. (1979, August). The therapeutic milieu: Making it work. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 38–44.

9

CAPÍTULO

INTERVENCIÓN EN GRUPOS

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

FUNCIONES DE UN GRUPO

TIPOS DE GRUPOS

CONDICIONES FÍSICAS QUE INFLUYEN LAS DINÁMICAS DE GRUPO

FACTORES CURATIVOS

FASES DE DESARROLLO DEL GRUPO

ESTILOS DE LIDERAZGO

FUNCIONES DE LOS PARTICIPANTES

PSICODRAMA

LA FAMILIA COMO UN GRUPO

FUNCTION DE LA ENFERMERA EN LAS INTERVENCIONES DE GRUPO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

altruismo

autocrático

catarsis

democrático

genograma

no intervencionista

psicodrama

grupo terapéutico

universalidad

CONCEPTOS CENTRALES

grupo

terapia de grupo

familia

terapia familiar

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *grupo*.
2. Discutir las ocho funciones de un grupo.
3. Identificar varios tipos de grupos.
4. Describir las condiciones físicas que influyen en los grupos.
5. Discutir “factores curativos” que ocurren en los grupos.
6. Describir las fases de desarrollo de grupo.

7. Identificar varios estilos de liderazgo en los grupos.
8. Identificar varias funciones que los miembros asumen dentro del grupo.
9. Discutir el psicodrama y terapia familiar como formas especializadas de terapia de grupo.
10. Escribir la función de la enfermera en la terapia de grupo.

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos son criaturas complejas que comparten sus actividades diarias con varios *grupos* de personas. Sampson y Marthas (1990) establecen lo siguiente:

Somos organismos *biológicos* en posesión de cualidades compartidas con todos los sistemas vivos y con otros miembros de nuestra especie. Somos seres *psicológicos* con capacidades distintivamente humanas de pensamiento, sentimiento y acción. También somos seres *sociales*, que funcionamos como parte de redes complejas que nos relacionan con otras personas. (p. 3)

Los profesionales del cuidado de la salud no sólo comparten sus vidas personales con grupos de personas, sino que también se encuentran con múltiples situaciones de grupo en sus campos profesionales. Algunos ejemplos de esto incluyen conferencias de equipo, reuniones de comités, mesas redondas y sesiones de servicio interno, por nombrar algunas. En psiquiatría, el trabajo con los pacientes y las familias con frecuencia toma la forma de grupos. Con el trabajo de grupo, la enfermera no sólo tiene la oportunidad de llegar a una gran cantidad de personas a la vez, sino que además esos individuos también ayudan unos a otros al llegar al grupo y compartir sus sentimientos, opiniones, ideas y comportamientos. Los pacientes aprenden de cada persona en el grupo.

Este capítulo explora varios tipos y métodos de grupos terapéuticos que se pueden utilizar con pacientes psiquiátricos, y la función de la enfermera en la intervención de grupo; además de presentarse una discusión de familia como un tipo especializado de grupo.

FUNCIONES DE UN GRUPO

Sampson y Marthas (1990) resumieron ocho funciones que los grupos brindan a sus miembros; los grupos pueden ofrecer más de una función y por lo general, proporcionan diferentes funciones para los distintos miembros. Las ocho funciones son:



Grupo
Un *grupo* es una serie de individuos cuya asociación se encuentra en generalidades de intereses compartidas, valores, normas o propósito. Los miembros de un grupo son generalmente por oportunidad (nacimiento en el grupo), por elección (afiliación voluntaria) o por circunstancias (el resultado de eventos del ciclo de vida en los cuales un individuo puede o no tener el control).

1. **Socialización.** El grupo cultural en el cual nacemos inicia el proceso de enseñarnos normas sociales, lo que se continúa a lo largo de nuestra vida por miembros de otros grupos con los cuales llegamos a afiliarnos.
2. **Apoyo.** Los miembros de un grupo están dispuestos a ayudar en momentos de necesidad, por lo que los individuos derivan un sentimiento de seguridad proveniente del grupo involucrado.
3. **Terminan una tarea.** Los miembros de un grupo proporcionan ayuda en esfuerzos que están más allá de la capacidad de uno solo, o cuando se pueden alcanzar resultados de manera más efectiva como equipo.
4. **Camaradería.** Los miembros de un grupo proporcionan el gusto y el placer que los individuos buscan de las interacciones con otras personas significativas.
5. **Información.** El aprendizaje tiene lugar dentro de grupos; las explicaciones en relación con los eventos en el mundo ocurren en grupos. Se gana el conocimiento cuando miembros individuales aprenden cómo otros en el grupo han resuelto situaciones similares a las que enfrentan en ese momento.
6. **Normativa.** Esta función se relaciona con las formas en que los grupos refuerzan las normas establecidas.
7. **Potencialización.** Los grupos ayudan a mejorar las condiciones existentes al brindar apoyo a los miembros que buscan un cambio. Los grupos poseen un poder que no tienen los individuos por sí solos.
8. **Gobernabilidad.** Un ejemplo de la función de gobernar es que las reglas se hacen por comités dentro de una organización más grande.

TIPOS DE GRUPOS

Las funciones de un grupo varían de acuerdo con la razón por la que se formó. Clark (1994) identifica tres tipos en los cuales el personal de enfermería participa con frecuencia: grupos de tarea, de enseñanza y de apoyo/terapéuticos.

Grupos de Tarea

La función de un grupo de tarea es completar una tarea u obtener un resultado específico. El enfoque está en la solución de problemas y la toma de decisiones. Con frecuencia se plantea un límite y se le da gran importancia a la consecución del resultado por encima de cualquier conflicto, que puede ser suavizado o ignorado con el fin de mantener el enfoque.

Grupos de Enseñanza

Los grupos de enseñanza o educacionales transmiten conocimiento e información a varias personas, quienes pueden

participar en varios tipos de grupos, tales como educación para la administración de medicamentos, educación infantil, autoexamen de glándula mamaria y clases de paternidad eficiente. Estos grupos por lo general tienen un marco de tiempo o determinado número de reuniones; los participantes aprenden uno de otro, así como también del instructor designado. El objetivo es la verbalización o la demostración por el aprendiz del material presentado al término del periodo designado.

Grupos de Apoyo/Terapéuticos

El interés primario de los grupos de apoyo es prevenir futuros disgustos enseñando a las participantes formas eficientes de tratar con el estrés emocional que surge de crisis situacionales de desarrollo.

Para los propósitos de este texto, es importante diferenciar entre **grupo terapéutico** y **terapia de grupo**. Los líderes en terapia de grupo tienen grados avanzados en psicología, trabajo social, enfermería o medicina; con frecuencia están entrenados o están bajo supervisión de un profesional en la conducción de psicoterapia de grupo que se basa en varios marcos teóricos, como dinámicas psicoanalíticas, psicodinámicas, dinámicas individuales o de familia. Los acercamientos se basan en estas teorías, se utilizan por los líderes de terapia de grupo para mejorar la capacidad de los miembros a fin de funcionar en un nivel interpersonal.

Los grupos terapéuticos, por su parte, se basan en un grado menor de teoría; se enfocan más en las relaciones de grupo, interacciones entre los miembros y la consideración de un tema seleccionado. Como terapeutas de grupo, los individuos que llevan el liderazgo deben conocer el *proceso de grupo*; esto es, las *formas* en que los miembros interactúan, es decir, las interrupciones, silencios, juicios, miradas, quiénes se culpan, son ejemplos del proceso de grupo (Clark, 1994). Deben tener el conocimiento del *contentamiento de grupo*, el tema o tópico que se discute y la capacidad de presentarlo en lenguaje que se entienda por todos los miembros. Muchas enfermeras que trabajan en psiquiatría asumen el liderazgo de grupos de apoyo/terapéuticos.

Grupos de Autoayuda

Un tipo adicional de grupo, en el cual el personal de enfermería puede o no participar, es el de autoayuda. Estos grupos han crecido en número y credibilidad en los últimos años. Permiten que los pacientes hablen de sus temores y alivien sentimientos de aislamiento mientras reciben consuelo y consejo de otros que pasan por experiencias similares (*Harvard Medical School*, 1998). Ejemplos de grupos de auto-ayuda se encuentran en enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados, anorexia nerviosa y trastornos relacionados; controladores de peso, alcohólicos anónimos, paternidad sin compañeros; comedores compulsivos anónimos; adultos hijos de alcohólicos, y muchos otros relacionados con necesidades o enfermedades específicas. Estos grupos pueden o no tener un líder profesional o consultante; son dirigidos por los miembros del grupo, y el liderazgo con frecuencia pasa de un miembro a otro.

El personal de enfermería puede participar con grupos de autoayuda ya sea como voluntario, o para dar consejo o porque los participantes lo requieran. La enfermera puede funcionar como un agente de remisión, persona de recursos, miembro de una directiva o líder. Los grupos de autoayuda son una valiosa fuente de remisión para pacientes con problemas específicos. Sin embargo, el personal de enfermería debe entender los propósitos del grupo, participantes, liderazgo, beneficios y problemas que amenazan el éxito antes de remitir a sus pacientes a un grupo específico de auto-ayuda. La enfermera puede considerar necesario asistir a varias reuniones de un grupo particular, si es posible, para evaluar la efectividad de los propósitos y lo adecuado para el paciente remitido.

CONDICIONES FÍSICAS QUE INFLUYEN LAS DINÁMICAS DE GRUPO

Asientos

Las condiciones físicas para el grupo deben disminuir las barreras entre los miembros; por ejemplo, un círculo de sillas es mejor que sillas alrededor de una mesa. Los miembros deben ser alentados a sentarse en diferentes sitios en cada reunión, esta apertura y cambio crean una incomodidad que favorece los comportamientos de ansiedad y nerviosismo que pueden ser explorados dentro del grupo.

Tamaño

Varios autores han sugerido diferentes rangos de tamaño como ideal para la interacción del grupo: cuatro a siete (Huber, 1996), dos a 15 (Sampson y Marthas, 1990), y de



Terapia de Grupo

Es una forma de tratamiento psicosocial en el cual un número de pacientes se reúnen con un terapeuta con el propósito de compartir, obtener una visión personal, y mejorar las estrategias interpersonales de enfrentamiento.

cuatro a 12 (Clark, 1994). El tamaño del grupo influye en la interacción entre los miembros; mientras más grande es el grupo, se tiene menos tiempo para la participación de cada uno, de hecho, los individuos más agresivos son los que quieren ser escuchados, mientras los más callados se quedan a un lado en las discusiones. Por otro lado, los grupos grandes aportan más oportunidades a los individuos de aprender de los demás. A mayor rango de experiencias de vida y conocimiento mayor potencial para la solución efectiva del problema. Los estudios han indicado que una composición de siete u ocho miembros proporciona un clima favorable para la interacción óptima del grupo y para el desarrollo de las relaciones.

Participantes

Si el grupo es abierto o cerrado es otra condición que influye las dinámicas de grupo. Los grupos abiertos son aquellos en los cuales los miembros salen y se unen otras personas en cualquier momento durante la terapia. El movimiento continuo de personas entrando o saliendo crea el tipo de incomodidad descrito antes que favorece los comportamientos de nerviosismo en los individuos y permite la exploración de sentimientos. Estos son los tipos más comunes tratados en las unidades de pacientes internos de estancia breve, aunque se usan en pacientes externos y para atención prolongada. Los grupos cerrados, por lo general tienen un marco de tiempo fijo y pre-determinado; todos los miembros se unen y terminan su participación en el periodo asignado. Los grupos cerrados con frecuencia se componen de individuos con temas comunes o problemas que desean abordar.

FACTORES CURATIVOS

¿Por qué son útiles los grupos terapéuticos? Yalom (1985) identificó 11 factores curativos que los individuos pueden alcanzar a través de las interacciones interpersonales dentro del grupo, algunos están en casi todos los grupos en diferentes grados. Estos factores curativos que Yalom identificó son los siguientes:

1. **Brindan confianza.** Al observar el progreso de otros en el grupo con problemas similares, cada miembro hace acopio de esperanza para resolver sus propios problemas.
2. **Universalidad.** Los individuos se dan cuenta que no están solos en los problemas, pensamientos y sentimientos que experimentan. La ansiedad se alivia por el apoyo y entendimiento de los demás que comparten experiencias similares (universalidad).

3. **Proporcionan información.** El conocimiento se gana a través de instrucción formal y compartir consejos y sugerencias entre los miembros del grupo.
4. **Altruismo.** El altruismo se asimila por los miembros del grupo a través de compartir mutuamente y de interesarse en el otro. Proporcionar ayuda y apoyo a los demás crea una autoimagen positiva y promueve el autocrecimiento.
5. **La recapitulación correctiva del grupo familiar primario.** Los miembros del grupo son capaces de reexperimentar conflictos familiares tempranos que permanecen sin resolver. Los intentos de solución se promueven a través de retroalimentación y exploración.
6. **El desarrollo de técnicas de socialización.** A través de la interacción con y la retroalimentación de los otros miembros del grupo, los individuos son capaces de corregir comportamientos sociales de no adaptación y aprenden a desarrollar nuevas habilidades sociales.
7. **Comportamiento de imitación.** En este escenario, quien ha desarrollado una habilidad psicosocial particular o realiza una tarea, puede ser un valioso modelo para los demás. Los individuos pueden imitar comportamientos seleccionados que deseen desarrollar en ellos mismos.
8. **Aprendizaje interpersonal.** El grupo ofrece muchas y variadas oportunidades para interactuar con otras personas. Se gana introspección en relación con cómo una persona se percibe y es percibida por los demás.
9. **Unión del grupo.** Los miembros desarrollan un sentido de pertenecer que separa al individuo (“yo soy”) del grupo (“nosotros somos”). Fuera de esta alianza surge un sentimiento común de que tanto el individuo como el grupo completo son el uno para el otro.
10. **Catarsis.** Dentro del grupo, los miembros son capaces de expresar tanto sentimientos positivos como negativos —tal vez no expresados antes— en una atmósfera amenazante. Esta **catarsis**, o expresión franca de sentimientos, es beneficiosa para el individuo en el grupo.
11. **Factores existenciales.** El grupo es capaz de ayudar a un miembro a tomar la dirección de su vida y aceptar la responsabilidad para tener calidad en su existencia.

Puede ser útil para un líder de grupo explicar estos factores curativos a los participantes, debido a que los individuos experimentan las respuestas positivas cuando entienden y son capaces de reconocer los factores curativos conforme ocurren en el grupo.

FASES DE DESARROLLO DE GRUPO

Los grupos, como los individuos, se mueven a través de fases de desarrollo del ciclo vital; de manera ideal, los grupos progresan desde la fase de infancia a la madurez avanzada con la finalidad de alcanzar los objetivos planeados por los participantes. No obstante, como los individuos, algunos grupos se quedan en los niveles tempranos del desarrollo y nunca progresan, o experimentan períodos de regresión en el proceso de desarrollo. Estas tres fases de desarrollo de grupo se discuten a continuación.

Fase I. Fase Inicial o de Orientación

Actividades de Grupo

El líder y los miembros trabajan juntos para establecer las reglas que van a gobernar (p. ej., cuándo y dónde se reúnen, la importancia de la confidencialidad, cómo se estructurarán las reuniones); se establecen los objetivos y los participantes se presentan uno a uno a los demás.

Expectativas del Líder

Se espera que el líder oriente a los miembros en los procesos específicos del grupo, aliente a los participantes a involucrarse sin revelar demasiado pronto, promueve un ambiente de confianza y asegura que las reglas establecidas no interfieran con el alcance de los objetivos.

Comportamientos de los Participantes

En la fase I los participantes no han establecido confianza y responden a esta ausencia de la misma siendo demasiado amables; hay miedo de no ser aceptado por el grupo, pueden tratar de “pasarse del lado bueno” del líder con cumplidos y comportamientos conformistas, y se puede originar una fuerte lucha por competir por su posición en el “orden de jerarquía” del grupo.

Fase II. Fase Media o de Trabajo

Actividades de Grupo

De manera ideal, durante la fase de trabajo, se ha establecido la unión dentro del grupo, esto se da cuando se asume el trabajo productivo para completar la tarea; ocurre la solución de problemas y la toma de decisiones al interior. En el grupo maduro, prevalece la cooperación y se confrontan y resuelven las diferencias o desacuerdos.

Expectativas del Líder

La función del líder disminuye y se convierte en un facilitador durante la fase de trabajo; se comparten algunas funciones de liderazgo con ciertos miembros del grupo conforme progresan hacia la solución. El líder ayuda a resolver conflictos y continúa favoreciendo la unión entre los participantes, mientras se asegura que no se desvíen de la tarea a realizar o del propósito para el cual se organizó el grupo.

Comportamientos de los Participantes

En este punto se ha establecido la confianza entre los participantes, cambian los turnos con más frecuencia y necesitan menos la guía del líder; aceptan la crítica de los demás, utilizándola de manera constructiva para crear el cambio. En ocasiones, se forman subgrupos en los cuales dos o más miembros conspiran para la exclusión del resto. Para mantener la unión, estos subgrupos deben ser confrontados y discutirse por todos los miembros del grupo. El conflicto es manejado con mínimo apoyo del líder.

Fase III. Fase Final o de Terminación

Actividades de Grupo

Mientras más prolongada es la existencia del grupo, es más difícil la etapa final para los participantes; por lo que se debe mencionar desde el inicio de la formación del grupo. Se debe discutir a profundidad en varias reuniones antes de la última sesión, puede ser evidente un sentimiento de pérdida que precipite el proceso de duelo, en particular con grupos que han tenido éxito en su propósito.

Expectativas del Líder

En la fase de terminación, el líder alienta a los participantes a recordar lo que ha sucedido dentro del grupo, revisar los objetivos y discutir los resultados reales, y animarlos a dar retroalimentación unos a otros sobre el progreso individual dentro del grupo. El líder también alienta la discusión de los sentimientos de pérdida relacionados con la terminación del grupo.

Comportamientos de los Participantes

Los participantes pueden expresar sorpresa ante la terminación del proceso, esto representa la dolorosa respuesta de negación, lo que puede progresar a enojo, el cual hacia otros miembros del grupo o hacia el líder puede reflejar sentimientos de abandono (Sampson y Marthas, 1990). Estos sentimientos pueden llevar a los participantes a discusiones individuales de pérdidas previas por las que tuvieron emociones similares. La terminación exitosa del

grupo puede ayudar a los miembros a desarrollar las habilidades necesarias cuando ocurren pérdidas en otras dimensiones de sus vidas.

ESTILOS DE LIDERAZGO

Se han descrito tres de los más comunes estilos de liderazgo de grupo por Lippit y White (1958), e incluyen **autocrático**, **democrático** y de **no intervención**. En el cuadro 9-1 se resume una comparación de los tres estilos.

Autocrático

Los líderes autocráticos tienen metas personales para el grupo, retienen información de los miembros del grupo, en particular en los temas que pueden interferir con el alcance de sus propios objetivos. El mensaje que se transmite es “lo voy a hacer a mi manera, mi manera de hacer las cosas es mejor”. El enfoque de este estilo de liderazgo está en el líder, los miembros son dependientes del líder para solucionar problemas, tomar decisiones y tener permiso para llevarlas a cabo. Este acercamiento utilizado por el líder autocrático es persuadir a los otros en el grupo de que sus ideas y métodos son superiores; la productividad es muy alta con este tipo de liderazgo, pero con frecuencia la moral dentro del grupo disminuye por la falta de participación y creatividad de todos los miembros.

Democrático

El liderazgo democrático se enfoca en los miembros del grupo, se comparte información con todos para permitir que se tomen decisiones en relación con el alcance de los

objetivos del grupo. Los miembros son alentados a participar completamente en la solución del problema, y a tomar acción para efectuar el cambio. El mensaje que se transmite al grupo es: “decide qué se debe hacer, considera las alternativas, propón una elección, y procede con las acciones requeridas para completar la tarea”. El líder proporciona guía y experiencia conforme se necesite. La productividad es menor que en el liderazgo autocrático, pero la moral es mucho más alta, debido a la participación permitida a todos los miembros del grupo y al potencial para la creatividad individual.

No Intervención

Este estilo de liderazgo permite a las personas hacer las cosas como les agrade, no hay dirección por parte del líder; de hecho, este tipo de liderazgo es no participativo. Los objetivos del grupo no están definidos, no se toman decisiones, no se solucionan problemas y no se inicia ninguna acción. Los miembros se sienten frustrados y confundidos, y tanto la productividad como la moral son bajas.

FUNCIONES DE LOS PARTICIPANTES

Benne y Sheats (1948) identificaron tres tipos principales de tareas que las personas manifiestan en su participación en el grupo, los cuales sirven para lo siguiente:

1. Completar la tarea del grupo.
2. Mantener o aumentar procesos del grupo.
3. Satisfacer necesidades personales o individuales.

El rol de tareas y mantener estos roles contribuyen al éxito o efectividad del grupo. Las tareas personales satis-

CUADRO 9 – 1 Estilos de Liderazgo: Similitudes y Diferencias			
Características	Autocrático	Democrático	No Intervención
1. Enfoque	Líder	Miembros	Sin determinar
2. Estrategia de la tarea	Los miembros son persuadidos a adoptar las ideas del líder	Los miembros participan en la solución del problema	No hay estrategia definida
3. Participación de los miembros	Limitada	Sin límites	Inconsistente
4. Creatividad individual	Reprimida	Alentado	Sin dirección
5. Entusiasmo y moral de los participantes	Bajos	Altos	Bajos
6. Unión del grupo	Baja	Alta	Baja
7. Productividad	Alta	Alta (no tan alta como el autocrático)	Baja
8. Motivación individual y compromiso	Baja (tiende a trabajar sólo cuando el líder está presente para presionarlos a hacerlo)	Alta (satisfacción derivada de la opinión personal y participación)	Baja (sentimientos de frustración por falta de dirección o guía)

CUADRO 9 – 2 Roles (Funciones) de los Miembros Dentro de los Grupos

Rol	Comportamientos
Roles de tarea	
Coordinador	Aclara las ideas y sugerencias que se han hecho dentro del grupo; favorece las relaciones y busca metas comunes.
Evaluador	Examina los planes del grupo y su desempeño, compara los estándares y objetivos del grupo.
Elaborador	Explica y amplía los planes e ideas del grupo.
Energizador	Alienta y motiva al grupo a desarrollar su máximo potencial.
Iniciador	Resume las tareas para el grupo y propone métodos de solución.
Orientador	Mantiene la dirección dentro del grupo.
Roles de mantenimiento	
De compromiso	Señala el conflicto en el grupo para ayudar a los miembros a alcanzar un compromiso acorde para todos.
Animador	Ofrece reconocimiento y aceptación a las ideas y contribuciones de los demás.
Seguidor	Escucha con atención la interacción del grupo; es un participante pasivo.
Cuida la participación	Alienta la aceptación y la participación de todos los miembros del grupo.
Armonizador	Minimiza la tensión dentro del grupo al intervenir en desacuerdos que producen conflicto.
Roles individuales (personales)	
Agresor	Expresa negativismo y hostilidad hacia los demás, puede usar el sarcasmo para degradar el estatus de los demás.
Bloqueador	Resiste los esfuerzos del grupo; demuestra comportamientos rígidos y algunas veces irrationales que impiden el progreso del grupo.
Dominador	Manipula a los demás para tener el control; se comporta de manera autoritaria.
Víctima	Utiliza al grupo para ganar la simpatía de los demás; busca aumentar su autoconfianza a partir de la retroalimentación del grupo.
Monopolizador	Mantiene el control del grupo dominando la conversación.
Se mantiene en silencio	No participa verbalmente; permanece silencioso por varias razones —puede sentir incomodidad para abrirse o busca llamar la atención a través de guardar silencio.
Busca reconocimiento	Habla sobre asuntos personales para llamar la atención sobre sí mismo.
Seductor	Comparte detalles íntimos sobre sí mismo con el grupo; es el menos renuente a hacerlo; puede asustar a los demás e inhibir el progreso del grupo con revelaciones excesivas prematuras.

Fuente: Tomado de Benne and Sheats (1948).

facen las necesidades de cada participante, algunas veces al grado de interferir con la efectividad del grupo.

En el cuadro 9-2 se presenta un resumen de las funciones específicas dentro de estos tres tipos principales y comportamientos relacionados con cada uno.

PSICODRAMA

Un tipo especializado de grupo terapéutico, llamado psicodrama, fue introducido por J. L. Moreno, un psiquiatra vienes, cuyo método emplea un acercamiento dramático en el cual los pacientes se convierten en “actores” en los escenarios que representan situaciones de vida.

El líder de grupo se llama *director*, los miembros del grupo son la *audiencia*, y el *escenario* puede ser diseñado de manera especial o ser cualquier habitación o parte del salón seleccionado para este propósito. Los actores son miembros de la audiencia quienes acuerdan tomar parte en el “drama” para representar un papel en la situación de la cual son informados por el director. Por lo general, la

situación es un tema con el cual un paciente tiene problemas, dicho paciente se representa a sí mismo y se llama *protagonista*; en su papel, es capaz de expresar sus verdaderos sentimientos hacia los individuos (representados por miembros del grupo) con quienes tiene conflictos sin resolver.

En algunos casos, el líder del grupo puede solicitar un paciente como voluntario para ser el protagonista para esa sesión, el paciente puede elegir la situación que deseé representar y seleccionar a los miembros de la audiencia para representar los papeles de otros en la situación de vida. Cuando el drama se concluye los miembros de la audiencia discuten la situación que observaron, ofrecen retroalimentación, expresan sus sentimientos y relatan sus propias experiencias similares. De esta manera todo el grupo se beneficia de la sesión tanto directa como indirectamente.

El personal de enfermería con frecuencia sirve de actor o representa papeles en las sesiones de psicodrama. Los líderes del psicodrama se han graduado en psicología, trabajo social, enfermería o medicina con entrenamiento

adicional en terapia de grupo y preparación especial para ser terapeutas de psicodrama.

LA FAMILIA COMO GRUPO

En la terapia familiar, la familia es vista como un *sistema* en el cual los miembros son independientes, un cambio en una parte (miembro) dentro del sistema afecta o crea cambios en las otras partes (miembros). El enfoque no es en un individuo (el paciente identificado), sino en la familia como un todo. El concepto básico de esta forma de tratamiento es que es más rápido, más lógico, más satisfactorio y más económico tratar a todos los miembros de un sistema de relaciones que concentrarse en una persona que se supone necesita ser tratada (Goldenberg y Goldenberg, 2005).

Debido a que la meta principal de la terapia familiar es provocar cambios positivos en las relaciones, el terapeuta de manera ideal conduce la valoración inicial con toda la familia. Si no es posible, se reúne la información del paciente quien busca tratamiento y se anota una cita para reunir a toda la familia en una fecha posterior. La valoración inicial estará completa hasta que el terapeuta tenga la oportunidad de observar las interacciones entre todos los miembros de la familia.

Algunos terapeutas familiares favorecen el uso de un **genograma** en el estudio de múltiples generaciones de familias, ya que ofrece la conveniencia de una gran cantidad de información en poco espacio; también se puede utilizar como herramienta de enseñanza con la familia

Concepto Central

Familia

Es un grupo de individuos que están unidos por fuertes lazos emocionales, un sentido de pertenencia, y pasión por estar involucrados en la vida de los demás (Wright, Watson y Bell, 1996).

Terapia Familiar

Modalidad terapéutica en la cual el enfoque de tratamiento es la familia como unidad. Representa una forma de intervención en la cual los miembros de una familia son ayudados a identificar y cambiar patrones de relaciones problemáticas, de no adaptación, repetitivos y de autorrechazo (Goldenberg y Goldenberg, 2005).

misma, ya que describe la vida de la familia por varias generaciones, que puede transmitir, incluyendo las funciones de varios miembros de la familia y las distancias emocionales entre individuos específicos. Además se pueden identificar áreas de cambio con facilidad. En la figura 9-1 se presenta una muestra de genograma.

Una vez que se ha completado la valoración y se identificaron los problemas, los miembros de la familia establecen objetivos para cambiar con la guía del terapeuta. El cambio ocurre a través de la comunicación honesta y abierta entre todos los miembros de la familia, y el papel del terapeuta es facilitar este tipo de interacción. Conforme se alcanzan los objetivos y ocurren los cambios, los miembros de la familia demostrarán la capacidad de

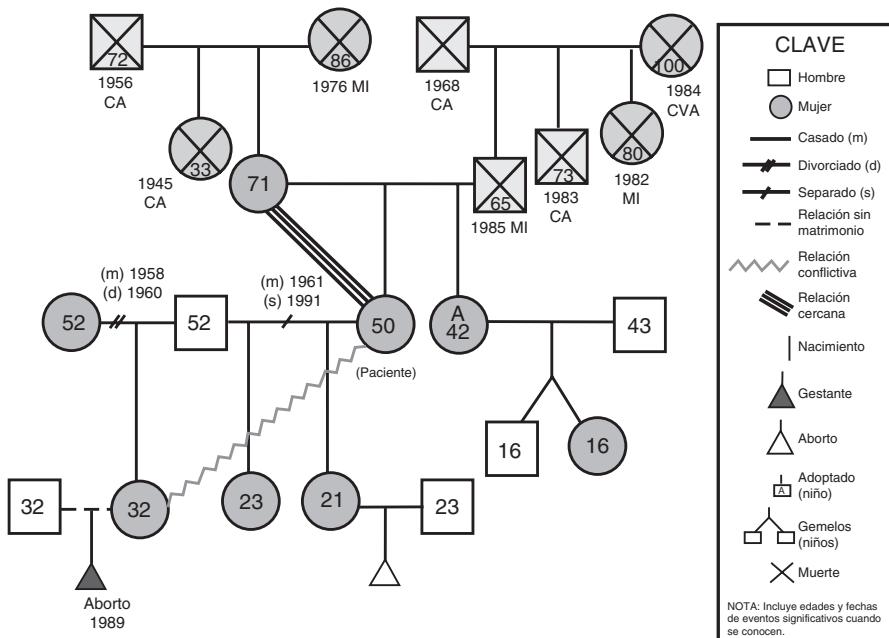


FIGURA 9-1 Muestra de genograma.

comunicarse en forma eficiente, la capacidad de resolver conflictos de manera adaptativa, y la capacidad de cada uno de actuar de forma tanto independiente como interdependiente de un modo saludable.

Se espera que el personal de enfermería que conduce terapias familiares esté graduado y tenga un conocimiento considerable de la teoría familiar; sin embargo, está dentro del campo de la enfermería general en psiquiatría contribuir a la valoración y fases de planeación de la terapia y continuar la observación y evaluación. La consideración familiar en el cuidado del paciente individual también es esencial, por lo que el personal de enfermería debe tener un entendimiento básico de las dinámicas de familia y la capacidad de distinguir entre los comportamientos funcionales y disfuncionales dentro del sistema familiar.

FUNCTION DE LA ENFERMERA EN LAS INTERVENCIONES DE GRUPO

Las enfermeras participan en situaciones de grupo de manera regular; en los escenarios de atención a la salud sirven o son líderes en las tareas de los grupos que crean políticas, describen procedimientos y planean el cuidado de los pacientes. También participan en una variedad de otros grupos dirigidos al esfuerzo institucional de servir al paciente. El personal de enfermería es alentado a utilizar los pasos del proceso de enfermería como marco para el liderazgo en los grupos.

En psiquiatría, el personal de enfermería puede liderar varios tipos de grupos terapéuticos, como educación del paciente, entrenamiento de asertividad o afirmación, de apoyo, paternidad, transición a grupos de alta, entre otros. Para realizar una función efectiva en la capacidad de liderazgo para estos grupos, el personal de enfermería necesita reconocer varios procesos que ocurren en los grupos (p. ej., las fases de desarrollo de grupo, y la motivación detrás del comportamiento), saber seleccionar el liderazgo apropiado para el tipo de grupo con el que trabaja. Las enfermeras generales pueden desarrollar estas habilidades como parte de su educación universitaria, o pueden avanzar en sus estudios mientras practican y co-aprenden a liderar un grupo con una enfermera experimentada.

El personal de enfermería general en psiquiatría pocas veces sirve como líder en grupos de psicoterapia. La *Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice* (*American Nurses Association*, 2000) especifica que el personal de enfermería que sirve como psicoterapeuta de grupo o familiares debe tener mínimo un grado de maestría en enfermería psiquiátrica. Otros criterios que se han sugerido son la preparación educacional en teoría de grupo, la extensa práctica como co-líder de grupo o líder bajo supervisión de un psicoterapeuta experimentado, y la par-

ticipación en terapia de grupo a nivel de experiencia. Se requiere entrenamiento adicional más allá de maestría para preparar enfermeras que se conviertan en terapeutas familiares o en terapeutas de psicodrama.

El liderazgo de los grupos terapéuticos está dentro del campo de la práctica de enfermería, debido a que trabajar con un grupo es un acercamiento terapéutico común en la disciplina de la psiquiatría, el personal de enfermería que trabaja en este campo debe aumentar sus conocimientos y utilizarlos en los procesos de grupo como una significativa intervención de enfermería psiquiátrica.

RESUMEN

Un *grupo* se identifica como “una asociación de individuos cuya asociación se basa en generalidades de intereses compartidos, valores, normas o propósitos”. Los grupos sirven a varias funciones para sus miembros, de las cuales Sampson y Marthas (1990) identifican ocho, las cuales incluyen socialización, apoyo, terminación de tareas, camaradería, informacional, normativa, potencializar y gobernar.

Se identifican tres tipos de grupos: (1) grupos de tarea, cuya función es resolver problemas, tomar decisiones y alcanzar un resultado específico; (2) grupos de enseñanza, se transmite información y conocimiento a varias personas, y (3) grupos de apoyo/terapéuticos, cuya función es educar a las personas para enfrentar de manera eficiente el estrés emocional en sus vidas.

Los grupos de autoayuda también pueden ser beneficiosos para los pacientes con problemas específicos; en estos grupos, los miembros comparten el mismo tipo de problema y se ayudan mutuamente a prevenir la descompensación como resultado de dicho problema. Los profesionales pueden o no ser parte de estos grupos.

La *terapia de grupo* se diferencia de los *grupos terapéuticos* por la preparación académica del líder; en el caso de los grupos de psicoterapia, se requieren grados avanzados en psicología, trabajo social, medicina o enfermería. El enfoque del grupo de psicoterapia es más teórico que en los grupos terapéuticos.

Ciertas condiciones físicas, tales como los lugares para sentarse y el tamaño del grupo, influyen en la interacción del grupo; si los grupos son abiertos o cerrados. En un grupo abierto, los miembros dejan el grupo y se unen otras personas a lo largo de la existencia del grupo. En los grupos cerrados, tienen un marco fijo y predeterminado, en el que todos entran al mismo tiempo y terminan en el periodo asignado.

Yalom (1985) identificó varios beneficios que los individuos derivan de la participación en grupos terapéuticos, y los llamó *factores curativos*, que incluyen: brindar confianza, universalidad, informativos, altruismo, recapitulación

correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento de imitación, aprendizaje interpersonal, unión del grupo, catarsis y factores existenciales.

El progreso de los grupos se da a través de tres fases principales: fase inicial o de orientación, en el que los participantes se presentan unos a otros, se establecen las reglas y objetivos del grupo, se inicia la relación de confianza; en la segunda fase, llamada intermedia o de trabajo, en la que tiene lugar el trabajo en función, y conforme el grupo madura, hay confianza y los miembros toman decisiones y resuelven problemas, con el líder que actúa como servidor; la fase de terminación o final, puede ser difícil, en particular si el grupo ha estado junto por mucho tiempo, se puede desencadenar una respuesta de duelo, y es esencial confrontar estos sentimientos y trabajar en ellos antes de la sesión final.

Los estilos de liderazgo pueden variar; el líder *autocrático* se concentra en la satisfacción de sus objetivos por el grupo, y lo hace a través de la persuasión de realizar ideas personales, la productividad es alta, pero la moral y motivación son bajas. Con el liderazgo *democrático*, los miembros del grupo son alentados a participar en la toma de decisiones, la productividad es menor que en el liderazgo autocrático, pero la moral y motivación son elevadas; y por último el liderazgo de *no intervención*, donde los miembros no reciben ninguna dirección; no se establecen objetivos, no se toman decisiones, cada quien hace lo que quiere y prevalece la confusión, por lo que la productividad, moral y motivación son bajas.

Los participantes desarrollan varios papeles dentro de los grupos, que se categorizan de acuerdo con los *objetivos de tarea, de mantenimiento y personales*, los dos primeros contribuyen al éxito o efectividad del grupo, y los personales, satisfacen las necesidades de los individuos, algunas veces al grado de interferir con la efectividad del grupo.

El *psicodrama* es un tipo especializado de terapia de grupo que utiliza un acercamiento dramático en el cual los pacientes se convierten en “actores” en escenarios donde se representan situaciones de vida; este tipo de terapia proporciona al paciente una atmósfera segura y menos amenazante que una situación real en la que puede expresar y trabajar conflictos no resueltos. Se requiere entrenamiento especializado, además de maestría para que el personal de enfermería pueda ser terapeuta en este tipo de grupo.

La *terapia de familia* trae a algunos miembros o a todos a una situación de grupo, la meta principal es provocar cambios positivos en las relaciones, por lo que el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a identificar problemas, establecer objetivos para el cambio, y trabajar para el alcance de dichas metas a través de una comunicación abierta y honesta.

El personal de enfermería lidera varios tipos de grupos terapéuticos en el escenario psiquiátrico, razón por la cual el conocimiento del comportamiento humano es esencial para un liderazgo de grupo eficaz; se requiere también entrenamiento especializado, además de tener el grado de maestría para que el personal de enfermería pueda trabajar como psicoterapeuta de grupo, de psicodrama y de familia.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Pruebe su conocimiento del proceso de grupo proporcionando la información requerida.

1. Defina un *grupo*.
 2. Identifique el tipo de grupo y el estilo de liderazgo de cada una de las siguientes situaciones:
 - a. N.J. es la enfermera líder de un grupo de preparación para el parto. Cada semana se muestran películas y se proporciona material de lectura. Ella espera que los participantes utilicen su tiempo en un tema de su elección o practiquen habilidades que han observado en las películas. Dos parejas han dejado el grupo, diciendo que “es una pérdida de tiempo”.
 Tipo de grupo _____
 Estilo de liderazgo _____
 - b. M.K. es una enfermera psiquiátrica que ha sido seleccionada para liderar un grupo de mujeres que desean perder peso. El criterio para participar es que deben tener por lo menos 10 kg de sobrepeso. Todas han tratado de perder peso por su cuenta en varias ocasiones sin éxito. En la primera reunión MK proporciona sugerencias de cómo los miembros determinan cuáles son los objetivos y cómo planean alcanzar dichos objetivos. Ellas deciden con qué frecuencia se van a reunir, y qué van a hacer en cada reunión.
- Tipo de grupo _____
 Estilo de liderazgo _____
- c. J.J. es un enfermero de personal en una unidad quirúrgica. Ha sido seleccionado para liderar un grupo nuevo de enfermeras para determinar formas de disminuir el número de errores de medicación que han ocurrido en la unidad. JJ ha definido varias ideas para resolver esta situación. También compitió para la posición de enfermero en jefe en la unidad y cree que tendrá éxito en alcanzar sus metas, lo que también puede facilitar sus oportunidades de promoción. En cada reunión dirige al grupo en un esfuerzo por convencer a los miembros de adoptar sus ideas.
- Tipo de grupo _____
 Estilo de liderazgo _____

Relacione la situación de la derecha con el factor curativo o beneficio que se describe a la izquierda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3. Brindar confianza
<input type="checkbox"/> 4. Universalidad
<input type="checkbox"/> 5. Proporcionar información
<input type="checkbox"/> 6. Altruismo
<input type="checkbox"/> 7. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario
<input type="checkbox"/> 8. Desarrollo de técnicas de socialización | a. Sam admira la forma en que Jack se mantiene firme en sus creencias. Decide poner esa actitud en práctica.
b. Nancy ve que Jane ha sido viuda por cinco años y que se ha adaptado bien. Ella piensa que también puede hacerlo.
c. Susan se ha dado cuenta del poder que tiene para dirigir su vida.
d. John es capaz de discutir con otra persona por primera vez en su vida.
e. Linda ahora entiende que su mamá en realidad la amaba, aunque no era capaz de demostrárselo.
f. Alicia ha llegado a sentir al grupo como una familia. Espera las reuniones de cada semana. |
|---|--|

- _____ 9. Comportamiento de imitación
 - _____ 10. Aprendizaje interpersonal
 - _____ 11. Unión de grupo
 - _____ 12. Catarsis
 - _____ 13. Factores existenciales

g. Tony habla en el grupo sobre el abuso que experimentó de niño. Nunca antes había hablado del asunto.

h. Sandra se sintió tan bien consigo misma anoche que dejó el grupo. Le dio apoyo físico y emocional a Judy quien compartió por primera vez sobre haber sido violada.

i. Judy apreció el apoyo cuando le expresó sus sentimientos relacionados con la violación. Había llegado a creer que nadie se sentía como ella.

j. Paul sabía que nadie lo quería como amigo por su temperamento violento. En el grupo aprendió a controlar su temperamento y a tener relaciones interpersonales satisfactorias con los demás.

k. Henry aprendió sobre los efectos del alcohol en el organismo, cuando una enfermera de la unidad de dependencia química les habló al respecto.

Relacione al individuo de la derecha con el papel que representa dentro del grupo.

- _____ 14. Agresor

_____ 15. Bloqueador

_____ 16. Dominador

_____ 17. Víctima

_____ 18. Monopolizador

_____ 19. Miembro que no habla

_____ 20. Busca reconocimiento

_____ 21. Seductor

a. Nancy habla incesantemente en el grupo. Cuando alguien trata de hacer un comentario, ella se niega a dejar que esa persona hable.

b. En el primer día de reunión del grupo, Valerie comparte detalles íntimos de su relación incestuosa con su padre.

c. Collen escucha con interés a todos, pero no dice nada sobre ella misma.

d. Violet es obsesiva con su apariencia física. Aunque es hermosa, tiene poca confianza en sí misma y necesita retroalimentación positiva de manera constante. Dice: “tal vez si fuera rubia mi novio me querría más”.

e. Larry le dice a Violet: “escucha tonta, necesitas algo más que ser rubia para conservar a tu novio. ¡Un poco más en el departamento cerebral sería de ayuda!”

f. Al inicio de las reuniones del grupo, Dan comenta: “todo está bien, tengo una cita esta noche. ¡Quiero que la reunión de hoy termine a tiempo! Voy a tomar el tiempo para avisarles cuando se termine su turno, y cuando te avise, terminas, ¿entendiste?”

g. Joyce dice: “gané mi primer concurso de belleza cuando tenía seis meses de edad, ¿lo pueden imaginar? Y he ganado desde entonces, fui la reina del baile a los 16, señorita Pétalo de Rosa cuando tenía 19, y señorita *Silver City* a los 21 años de edad. Y lo siguiente es concursar para el Estado. ¡Es tan emocionante!”

h. Joe, un RN en el comité de planeación de cuidado dice: “¡que sugerencia tan estúpida! ¡¿Diagnóstico de enfermería?! Ni siquiera voy a discutir el asunto. Hemos hecho nuestros planes de atención de esta forma por 20 años. Ni siquiera voy a considerar el cambio”.

R E F E R E N C I A S

- American Nurses Association (ANA). (2000). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Clark, C.C. (1994). *The nurse as group leader* (3rd ed.). New York: Springer.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2005). Family therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Harvard Medical School. (1998, March). Cancer in the mind. *Harvard Mental Health Letter*, 14(9), 1–5.
- Huber, D. (1996). *Leadership and nursing care management*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Sampson, E.E., & Marthas, M. (1990). *Group process for the health professions* (3rd ed.). Albany, NY: Delmar Publishers.
- Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Benne, K.B., & Sheats, P. (1948, Spring). Functional roles of group members. *Journal of Social Issues*, 4(2), 42–49.
- Lippitt, R., & White, R.K. (1958). An experimental study of leadership and group life. In E.E. Maccoby, T.M. Newcomb, & E.L. Hartley (Eds.), *Readings in social psychology* (3rd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

10

CAPÍTULO

INTERVENCIÓN EN CRISIS

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE UNA CRISIS

FASES EN EL DESARROLLO DE UNA CRISIS

TIPOS DE CRISIS

INTERVENCIÓN EN CRISIS

FASES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS:

LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CRISIS EN LA UNIDAD DE PACIENTES INTERNOS:

MANEJO DE ENOJO/AGRESIÓN

ENFERMERÍA EN DESASTRES

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
PARA ENFERMERÍA EN DESASTRES

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

intervención en crisis

desastre

síndrome prodrómico

CONCEPTO CENTRAL

crisis

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *crisis*.
2. Describir cuatro fases que ocurren en la vida de las personas.
3. Identificar tipos de crisis que ocurren en la vida de las personas.
4. Discutir el objetivo de una intervención en crisis.
5. Describir los pasos de una intervención en crisis.
6. Identificar la función del personal de enfermería en una intervención de crisis.
7. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes que experimenten una crisis.
8. Aplicar el proceso de enfermería a pacientes que expresen enojo o agresión.
9. Aplicar el proceso de enfermería para cuidar víctimas de un desastre.

INTRODUCCIÓN

Las situaciones estresantes son parte de todos los días en la vida, y cualquier situación puede precipitar una crisis, que es un desequilibrio en el cual muchos individuos requieren ayuda para recuperarse. La **intervención en una crisis** requiere habilidades para resolver problemas que con frecuencia están disminuidas por el nivel de ansiedad que acompaña el desequilibrio, y la ayuda para solucionar los problemas durante la crisis preserva la autoestima y promueve el crecimiento con resolución.

En años recientes, las personas en Estados Unidos han enfrentado varios eventos catastróficos, que incluyen desastres naturales como tornados, terremotos, huracanes e inundaciones; además de otros provocados por el hombre como la bomba en la ciudad de Oklahoma y los ataques en el *World Trade Center* (WTC) y el Pentágono, han creado estrés en proporciones astronómicas en la gente en todo el mundo.

Este capítulo examina las fases en el desarrollo de una crisis y sus tipos en la vida de las personas; se explora la metodología de una intervención, incluso la función del personal de enfermería, y se presenta una discusión de enfermería en desastre.

CARACTERÍTICAS DE UNA CRISIS

Se han identificado algunas características que se pueden ver como hipótesis en las cuales se basa el concepto de crisis (Aguilera, 1998; Caplan, 1964; Kaplan y Sadock, 1998), que incluyen:

- Las crisis se presentan en todos los individuos de un momento a otro, no es necesario equipararlo con una psicopatología.
- Las crisis se precipitan por eventos específicos identificables.
- Son personales por naturaleza, o sea, lo que para una persona es una crisis puede no serlo para otra.
- Son agudas, no crónicas y pueden resolverse de una forma u otra en un periodo breve.
- Una situación de crisis tiene el potencial para crecer de manera psicológica o deteriorarse.

Crisis

Es un evento repentino en la vida de una persona, altera la homeostasis durante lo cual los mecanismos usuales de enfrentamiento no pueden resolver el problema (Lagerquist, 2006).

Concepto Central

Las personas que en crisis se sienten desvalidas frente al cambio, no creen que tengan los recursos para lidiar con la situación estresante que se está presentando; los niveles de ansiedad aumentan al grado en que el individuo deja de ser funcional, los pensamientos se vuelven obsesivos y todo el comportamiento se dirige a aliviar la ansiedad que se está experimentando. El sentimiento es abrumador y puede afectar de manera física al individuo como también psicológicamente.

Bateman y Peternelj-Taylor (1998) establecen que:

En la cultura occidental, una crisis es vista con frecuencia como un momento para moverse y crecer; por otro lado, en la cultura china, la crisis se representa con los signos que significan *peligro* y *oportunidad* (figura 10-1). Cuando una crisis es vista como una oportunidad para crecer, los involucrados son más capaces de resolver situaciones y pueden moverse hacia cambios positivos; en cambio, cuando se experimenta como abrumadora, debido a su alcance y naturaleza o cuando no se ha tenido preparación para los cambios necesarios, el peligro parece importante y ensombrece cualquier potencial, por lo que los resultados son un enfrentamiento de no adaptación y comportamiento disfuncional. (pp. 144-145)

FASES EN EL DESARROLLO DE UNA CRISIS

El desarrollo de una crisis sigue un curso relativamente predecible. Caplan (1964) resumió cuatro fases específicas a través de las cuales las personas progresan en respuesta ante la precipitación de una situación estresante, que culmina en el estado agudo de crisis.

Fase 1. *La persona se expone a la precipitación de una situación estresante.* La ansiedad aumenta; se emplean técnicas para resolver el problema.



FIGURA 10-1 Símbolo chino para “crisis”.

Fase 2. Cuando las técnicas previas para solucionar los problemas no alivian la situación, la ansiedad aumenta todavía más. El individuo empieza a sentir mucha incomodidad en este momento. Las técnicas de enfrentamiento que han funcionado con anterioridad se repiten, pero sólo crean sentimientos de impotencia al no ser exitosas; y prevalecen los sentimientos de confusión y desorganización.

Fase 3. Se procuran todos los recursos posibles, tanto internos como externos, para solucionar el problema y aliviar la incomodidad. La persona puede tratar de ver el problema desde perspectivas diferentes, o incluso pasar por alto ciertos aspectos; se pueden utilizar nuevas técnicas para solucionar los problemas, de hecho, la solución se da en esta fase y el individuo vuelve a su situación más elevada o al nivel previo del funcionamiento mórbido.

Fase 4. Si no hay solución en las fases previas, Caplan menciona que “la cantidad de tensión va más allá del umbral o su carga aumenta hasta un punto de quiebre. Con frecuencia se presenta una importante desorganización del individuo con drásticos resultados”. Lo que significa que la ansiedad puede llegar a niveles de pánico, se presenta desorden de las funciones cognitivas, las emociones son inestables y el comportamiento puede reflejar pensamientos psicóticos.

Estas fases son congruentes con el concepto de “factores de equilibrio” como los describe Aguilera (1998), que afectan la forma en que los individuos perciben y responden a la situación de estrés. En la figura 10-2 se ilustran los factores de equilibrio.

El paradigma planteado por Aguilera sugiere que si un individuo experimenta o no una crisis en respuesta a una situación estresante depende de los siguientes tres factores:

- 1. Percepción que tiene el individuo del evento.** Si el suceso se percibe de manera realista, parece que la persona es más capaz de encontrar los recursos para restaurar el equilibrio, por otro lado, si la percepción está distorsionada, es posible que los intentos por resolver el problema sean ineficaces y siga sin restaurarse el equilibrio.
- 2. Disponibilidad de los apoyos en la situación.** Aguilera menciona que “los apoyos en la situación, son aquellas personas que están disponibles en el ambiente y de quien se puede depender para solucionar el problema”. (p. 37) Sin los apoyos adecuados durante una situación de estrés, una persona puede sentirse abrumada y sola.
- 3. Disponibilidad de mecanismos adecuados de enfrentamiento.** Cuando se presenta una situación estresante, los individuos utilizan estrategias de com-

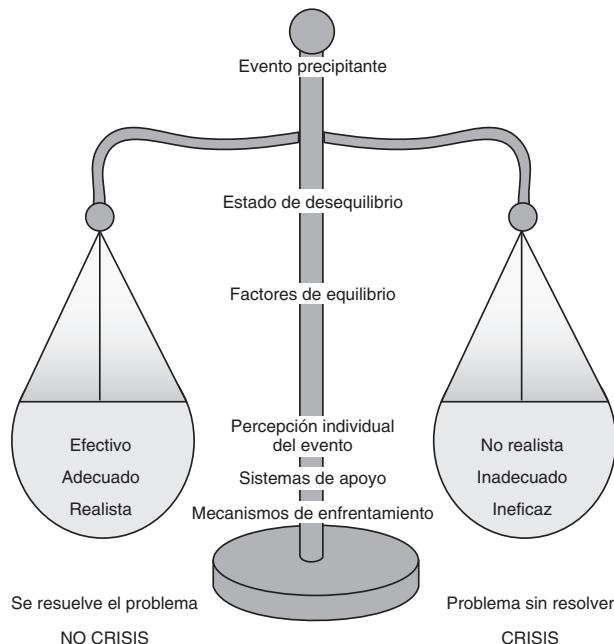


FIGURA 10-2 Los efectos de los factores de equilibrio en un evento estresante.

portamiento que les han sido útiles en el pasado. Si éstas funcionan, las crisis pueden ser desviadas; en caso contrario, continúa el desequilibrio, la tensión y la ansiedad pueden aumentar.

Como se planteó con anterioridad, las crisis son agudas, no crónicas, esto es que se resuelven de una forma u otra en un breve periodo. Kaplan y Sadock (1998) dicen al respecto: “una crisis es autolimitada y puede durar de unas horas a semanas. Se caracteriza por una fase inicial en la cual aumentan la ansiedad y la tensión, seguida por otra en la que se ponen en movimiento los mecanismos para resolver el problema”. Las crisis pueden convertirse en oportunidades de crecimiento que es posible preservar y utilizar cuando ocurran situaciones similares.

TIPOS DE CRISIS

Baldwin (1978) identificó seis clases de crisis emocionales que progresan por grado de severidad conforme aumenta la psicopatología, la fuente de estrés cambia de externa a interna y el tipo de estrés determina el método de intervención seleccionado.

Clase 1: Crisis de Ánimo

DEFINICIÓN. Una respuesta aguda a una situación estresante externa.

EJEMPLO:

Nancy y Ted han estado casados por tres años y tienen una hija de un año de edad. Ted ha tenido dificultades con su jefe en el trabajo, dos veces durante los últimos seis meses se puso furioso y se volvió abusivo con Nancy. La noche anterior llegó enojado a cenar cuando todavía no era esperado, le quitó la niña a Nancy, la sacudió gritando y la dejó en su cuna; Ted golpeó a Nancy hasta que ella temió por su vida. A la mañana siguiente cuando él fue a trabajar, Nancy tomó a la bebé y fue al departamento de urgencias del hospital de la ciudad, porque no tenía a dónde ir.

Intervención

Las heridas físicas de Nancy fueron atendidas en urgencias. El consejero de salud mental proporcionó el apoyo y la guía en términos de presentar las alternativas para ella; se aclararon las necesidades y temas, y se hicieron las referencias para la agencia de asistencia.

Clase 2: Crisis de Transiciones de Vida Anticipadas

DEFINICIÓN. Las transiciones del ciclo de vida se pueden anticipar, pero las personas pueden sentir que no tienen ningún control.

EJEMPLO:

El estudiante J.T. está a prueba debido a las bajas calificaciones de este semestre; su esposa tiene un bebé y ha renunciado a su trabajo. Por su parte, él aumentó las horas de trabajo de medio tiempo a tiempo completo para compensar, por lo tanto, tiene poco tiempo para estudiar. Él mismo se presenta con la enfermera clínica en el área de salud para estudiantes con quejas de numerosos y vagos síntomas físicos.

Intervención

Se debe realizar un examen físico (los síntomas físicos pueden ser causados por depresión) y se alienta al paciente a hablar de sus sentimientos; se debe tranquilizar y apoyar a la persona cuando sea necesario. El paciente es referido a servicios que puedan proporcionar ayuda financiera y de otro tipo. Se deben identificar las áreas problemáticas y discutir las posibilidades de cambio.

Clase 3: Crisis por Estrés Traumático

DEFINICIÓN. Crisis precipitadas por estrés inesperado de las cuales el individuo tiene poco o ningún control, el paciente se siente abrumado y derrotado.

EJEMPLO:

Sally es una mujer trabajadora cuyo cambio de turno termina a la medianoche. Hace dos semanas, después de finalizar sus labores y mientras caminaba hacia su automóvil, en un estacionamiento vacío, fue raptada por dos hombres armados, la llevaron a un edificio abandonado, la violaron y golpearon. Desde entonces, han sanado sus heridas físicas, pero Sally no puede estar sola, constantemente tiene miedo, revive la experiencia en retrospectiva y en sueños; es incapaz de comer, dormir o trabajar en el restaurante. Sus amigos le ofrecen acompañarla a una clínica de salud mental.

Intervención

La enfermera debe alentar a Sally para que hable sobre la experiencia y pueda ventilar los sentimientos al respecto; debe proporcionarle tranquilidad y apoyo; discutir las etapas de duelo y en qué forma la violación ha provocado la pérdida de su autovalía, provocar la respuesta de duelo; identificar sistemas de apoyo que puedan ayudarla a reanudar sus actividades normales, y poner en práctica nuevos métodos para enfrentar las emociones que surgen de una situación en la cual ella no tenía ninguna experiencia previa.

Clase 4: Crisis de Desarrollo/o de Madurez

DEFINICIÓN. Son crisis que pueden ocurrir en respuesta a situaciones que activan las emociones relacionadas con conflictos no resueltos en la vida propia. Estas crisis son de origen interno y reflejan asuntos subyacentes no resueltos que incluyen la dependencia, conflicto de valores, identidad sexual, control y capacidad para la intimidad emocional.

EJEMPLO:

Bob tiene 40 años de edad, acaba de pasar por alto una promoción de trabajo por tercera vez. Ha sido desplazado muchas veces dentro de la misma compañía para la que trabaja, por lo general después de enojarse y distanciarse con su supervisor. Su padre era dominante y se volvía abusivo cuando Bob no cumplía con sus órdenes. Con los años, su respuesta de comportamiento se volvió pasivo-agresiva, primero con su padre, después con sus supervisores. Este tercer rechazo ha creado sentimientos de depresión e intensa ansiedad en él; por la insistencia de su esposa ha decidido buscar ayuda en una clínica de salud mental.

Intervención

La primera intervención es ayudar a Bob a identificar el asunto de desarrollo sin resolver qué está creando el conflicto. Se le ofrece apoyo y guía durante el periodo inicial de crisis, después se le ayuda a trabajar con el conflicto subyacente en un esfuerzo por cambiar los patrones de respuesta que son los que crean problemas en su situación de vida actual.

Clase 5: Crisis que Refleja una Psicopatología

DEFINICIÓN. Crisis emocional en la cual una psicopatología ha sido fundamental en precipitar la crisis o en la que la psicopatología altera o complica de manera significativa la resolución de adaptación. Los ejemplos de psicopatología que pueden precipitar una crisis incluyen personalidad límitrofe, neurosis graves, trastornos de carácter o esquizofrenia.

EJEMPLO:

Sonia tiene 29 años de edad, se le diagnosticó personalidad límitrofe a los 18. Ha estado en terapia cada semana por 10 años, con varias hospitalizaciones por intento de suicidio durante ese tiempo. Ha tenido a la misma terapeuta por seis años, y le dijo a Sonia que se casará en un mes y se va a mudar al otro lado del país. Sonia está muy turbada y experimenta intensos sentimientos de abandono. Se le encuentra deambulando dentro y fuera de una vía rápida con mucho tráfico, inconsciente de lo que sucede a su alrededor. La policía la llevó a la unidad de urgencias del hospital.

Intervención

La intervención inicial es ayudarla a disminuir su nivel de ansiedad que ha creado sentimientos de irrealidad en ella. Requiere que alguien permanezca con ella, la tranquilice, y le dé seguridad y protección. Después de que los sentimientos de pánico han disminuido, se le debe alentar a expresar sus sentimientos de abandono y se deben evitar los comportamientos regresivos. Se le proporciona reforzamiento positivo con actividades independientes y de realización. La primera terapeuta necesitará dedicarse a este tema de terminación con Sonia con detenimiento. Puede ser necesario referirla a una institución de atención de manera prolongada.

Clase 6: Urgencias Psiquiátricas

DEFINICIÓN. Las situaciones de crisis en las cuales el funcionamiento general está alterado gravemente y el

individuo es declarado incompetente o incapaz de asumir responsabilidades personales. Los ejemplos incluyen individuos suicidas, sobredosis de drogas, reacciones por drogas alucinógenas, psicosis aguda, ira incontrolable e intoxicación alcohólica.

EJEMPLO:

Jennifer de 16 años de edad ha estado saliendo con Joe, el jugador estrella del equipo de fútbol de la preparatoria por seis meses. Después de un juego el viernes por la noche, Jennifer y Joe fueron a la casa de Jackie, donde varios muchachos se reunieron para una fiesta. No había adultos presentes. Alrededor de la media noche, Joe le dijo a Jennifer que ya no quería salir con ella, Jennifer se puso histérica y Jackie se asustó por su comportamiento, por lo que se la llevó a la habitación de sus padres y le dio un diazepam de un frasco del gabinete de medicinas de su mamá, y la dejó acostada en la cama y regresó a la fiesta. Alrededor de una hora más tarde, regresó a la habitación y vio que Jennifer había sacado el frasco de diazepam y se tragó todas las pastillas que tenía. Jennifer estaba inconsciente y no pudo despertarla; llamaron una ambulancia y la llevaron al hospital local.

Intervención

El equipo de crisis monitoreó los signos vitales, se aseguraron de mantener las vías respiratorias abiertas, iniciaron lavado gástrico y se le administró carbón activado para disminuir la absorción. Se les avisó a los padres de Jennifer que acudieron al hospital. Se les explicó la situación y fueron alentados a apoyarla. Cuando se resolvió la crisis física, Jennifer fue transferida a la unidad de psiquiatría. En la terapia, se le animó a ventilar sus sentimientos en relación con el rechazo y subsecuente sobredosis. Se condujeron sesiones de terapia familiar para aclarar temas interpersonales e identificar áreas de cambio. A nivel individual, el terapeuta de Jennifer trabajó con ella para establecer métodos de enfrentamiento para adaptarse a situaciones de estrés.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Los individuos que experimentan una crisis tienen necesidad urgente de ayuda, por lo que la intervención en crisis, el terapeuta u otra persona, se convierte en una parte de la situación de vida del individuo. Debido al estado emocional de la persona, ésta es incapaz de resolver el problema y por lo tanto requiere la guía y el apoyo para aplicar los recursos necesarios para resolver la crisis.

Las interpretaciones psicológicas prolongadas no son apropiadas para la intervención en crisis, es el momento de hacer lo que sea necesario para ayudar a la persona a sentir alivio, convocar la participación de todos y utilizar los recursos necesarios para hacerlo. Aguilera (1998) establece que:

El objetivo de la intervención en crisis es solucionar una crisis inmediata. Su enfoque es el de apoyar la restauración del individuo al nivel previo a la crisis de funcionamiento o tal vez a un nivel mayor de funcionamiento. La función del terapeuta es directa, de apoyo y la de un participante activo. (p. 24)

La intervención en crisis tiene lugar tanto en pacientes internos como externos; sin embargo, la metodología básica radica en gran medida en técnicas para solucionar problemas y actividades estructuradas que se enfoquen al cambio. A través de cambios de adaptación, se resuelven las crisis y se presenta el crecimiento. Debido a la limitación del tiempo de intervención de crisis, el individuo debe experimentar cierto grado de alivio casi desde la primera interacción. La intervención, entonces, no apunta a cambios de personalidad importantes o de reconstrucción (como sería en los casos de psicoterapia a largo plazo); su objetivo es utilizar una situación de crisis para, por lo menos, restaurar el funcionamiento y también, a lo sumo, favorecer el crecimiento personal.

FASES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS: LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería responde a crisis de situación todos los días, ya que éstas pueden ocurrir en todas las unidades en un hospital general, en el hogar, el escenario de atención a la salud de la comunidad, escuelas, oficinas y práctica privada; por lo que es llamado para ayudar en crisis en cualquier lugar en la práctica de enfermería.

Roberts y Ottens (2005) proporcionan un modelo de siete etapas de intervención de crisis, que se resume en el cuadro 10-1; Aguilera (1998) por su parte describe cuatro fases específicas en la técnica de intervención que se comparan de forma muy clara con los pasos del proceso de enfermería. Estas fases se discuten en los siguientes párrafos.

Fase 1. Valoración

En esta fase, la persona que interviene reúne información en relación con el evento que desencadena la crisis y que impulsó al individuo a buscar ayuda profesional. El personal de enfermería puede hacer algunas de las siguientes observaciones:

CUADRO 10 – 1 Modelo de Intervención en Crisis de Siete Etapas, de Roberts

Etapa	Intervenciones
<i>Etapa I. Valoración Psicosocial y Letalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración biopsicosocial rápida pero completa.
<i>Etapa II. Establecer Compenetración Rápidamente</i>	<ul style="list-style-type: none"> El consejero utiliza la autenticidad, respeto y aceptación incondicional para establecer compenetración con la persona. Las habilidades tales como el contacto visual, actitud de no juzgar, flexibilidad, y mantener una actitud mental positiva son importantes.
<i>Etapa III. Identificar el principal problema o los precipitantes de la crisis</i>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el evento precipitante que provocó que la persona buscara ayuda en el momento. Identificar otras situaciones que hayan favorecido el evento. Priorizar los principales problemas con los cuales el paciente necesita ayuda. Discutir el estilo de enfrentamiento con la persona, y ofrecer ayuda en áreas donde sea útil el cambio para resolver la crisis presente y prevenir en el futuro. Alentar al paciente para que hable de sus sentimientos. Proporcionar validación. Utilizar técnicas de comunicación terapéuticas para ayudar a la persona a explicar su historia en la situación presente.
<i>Etapa IV. Lidiar con Sentimientos y Emociones</i>	<ul style="list-style-type: none"> De manera eventual y cuidadosa, empiece a desafiar creencias y comportamientos de no adaptación, y ayude al paciente a adoptar opciones más racionales. Colabore a explorar opciones con el paciente. Identifique estrategias que han sido exitosas en el pasado. Ayude al paciente con estrategias para resolver problemas para confrontar la crisis presente. Existe un cambio en esta etapa de crisis a solución.
<i>Etapa V. Generar y Explorar Alternativas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Desarrolle un plan concreto de acción para tratar de manera directa con la presente crisis. Con un plan concreto restaure el equilibrio del paciente y su equilibrio psicológico. Trabaje con el significado del evento que precipitó la crisis, de qué manera se puede prevenir, y qué respuestas agravan la situación.
<i>Etapa VI. Realizar un Plan de Acción</i>	<ul style="list-style-type: none"> Planee una visita de seguimiento con el paciente para evaluar el estado posterior del mismo. La calendarización de visitas de seguimiento serían benéficas si se incluyen un mes y un año de aniversario de la crisis.
<i>Etapa VII. Continuar</i>	

Fuente: adaptado de Roberts and Ottens (2005).

- Pedirle a la persona que describa el evento que precipitó la crisis.
- Determinar cuándo ocurrió.
- Valorar el estado físico y mental del individuo.
- Determinar si la persona ha pasado por la misma situación con anterioridad. Si es así, qué métodos utilizaron para enfrentarla y si se ha intentado lo mismo en esta ocasión.
- Si se utilizaron dichos métodos con anterioridad, es necesario saber si dieron resultado.
- Si se intentaron nuevos métodos, y si éstos dieron resultado.
- Averiguar si existe potencial para el suicidio, homicidio, planes o medios para cometerlos.
- Valorar la suficiencia de los sistemas de apoyo.
- Determinar el nivel de funcionamiento previo a la crisis. Valorar los métodos frecuentes de enfrentamiento, sistemas de apoyo disponibles y la capacidad para resolver el problema.
- Valorar la percepción del individuo de fortalezas y limitaciones personales.
- Valorar el uso de sustancias por parte de la persona.

La información proveniente de la valoración se analiza y de inmediato se identifican los diagnósticos de enfermería apropiados en la situación de crisis; algunos diagnósticos que pueden ser relevantes incluyen los siguientes:

- Enfrentamiento ineficiente.
- Ansiedad (de grave a pánico).
- Procesos de pensamiento perturbado.
- Riesgo de violencia hacia sí mismo o los demás.
- Síndrome de trauma por violación.
- Respuesta postraumática.
- Miedo.

Fase 2. Planeación de Intervención Terapéutica

En la fase de planeación del proceso de enfermería, el personal de enfermería selecciona las acciones apropiadas para identificar el diagnóstico. En la planeación de intervenciones, se toman en consideración el tipo de crisis, las habilidades de la persona y los recursos disponibles para el apoyo; se establecen las metas para la solución y un regreso a, o aumento en, el funcionamiento al nivel previo a la crisis.

Fase 3. Intervención

Durante la fase 3, se realizan las acciones identificadas en la fase anterior; las siguientes intervenciones se enfocan en la intervención de crisis:

- El uso de un acercamiento orientado a la realidad, esto es, el enfoque del problema es aquí y ahora.
- Permanecer con el individuo que experimenta pánico o ansiedad.
- Establecer una relación rápida de trabajo para mostrar aceptación incondicional, al escuchar activamente, y atender a las necesidades inmediatas.
- Evitar explicaciones largas o racionalizaciones de la situación; promover una atmósfera para verbalizar los verdaderos sentimientos.
- Poner límites firmes a la agresión y comportamientos agresivos. En elevados niveles de ansiedad, el comportamiento puede ser impulsivo o regresivo. Establecer desde el principio lo que es aceptable y lo que no, y mantenerse firme.
- Aclarar el problema que el individuo está enfrentando. La enfermera describe su percepción del problema y la compara con la del sujeto.
- Ayudarlo a determinar qué fue lo que desencadenó la crisis.
- Reconocer los sentimientos de enojo, culpa, desamparo e impotencia, sin proporcionar retroalimentación positiva a estos sentimientos.
- Guiar al individuo por el proceso de solución del problema, por el cual pueda dirigirse hacia un cambio de vida positivo.
 - Ayudar a la persona a confrontar la fuente del problema que está creando la respuesta de crisis.
 - Alentar a la persona qué le gustaría hacer, y determinar en conjunto si los cambios deseados son realistas.
 - Apoyar la exploración de los sentimientos sobre aspectos que no se pueden cambiar, y explorar formas alternas de enfrentar dichas situaciones con mejor adaptación.
 - Discutir estrategias alternativas para crear cambios que son posibles en la realidad.
 - Comparar los beneficios y consecuencias de cada alternativa.
 - Ayudar a la persona a elegir alternativas de enfrentamiento para ayudarle a aliviar situaciones futuras.
- Identificar sistemas de apoyo externos y nuevas redes sociales de las cuales el individuo puede obtener ayuda en momentos de estrés.

Fase 4. Evaluación de la Solución de la Crisis y Planeación Anticipada

Para evaluar el resultado de la intervención de la crisis, se hace una revaloración para determinar si se alcanzó el objetivo:

- Averiguar si han ocurrido cambios positivos en el comportamiento.

- Saber si la persona desarrolló estrategias de enfrentamiento de adaptación, y si han sido eficaces.
- Saber si ha habido crecimiento personal a partir de la experiencia al hacer una introspección de sus respuestas a la situación.
- Averiguar si la persona cree que podría responder con adaptación saludable en futuras situaciones estresantes para prevenir el desarrollo de una crisis.
- Saber si el individuo describe un plan de acción para lidiar con situaciones similares a las que precipitaron la crisis.

Durante el periodo de evaluación, la enfermera y la persona resumen lo que ha ocurrido durante la intervención; revisan lo que aprendió, y “anticipan” la respuesta futura. Se determina un seguimiento de la terapia; y si es necesario, la enfermera proporciona información de referencia.

CRISIS EN LA UNIDAD DE PACIENTES INTERNOS: MANEJO DE ENOJO/AGRESIÓN

Valoración

El personal de enfermería debe estar atento a los síntomas relacionados con la ira y la agresión para hacer una valoración exacta. Debido a que la mejor intervención es prevenir, a continuación se presentan los factores de riesgo para valorar el potencial de violencia.

Ira

La ira se puede relacionar con algunos comportamientos típicos, incluso (pero no se limita a) los siguientes:

- Expresión facial de arrugar la frente
- Puños apretados
- Verbalizaciones en voz baja forzadas entre los dientes apretados
- Vociferaciones y gritos
- Contacto visual intenso o elución de contacto visual
- Se ofenden con facilidad
- Respuestas defensivas a la crítica
- Comportamientos pasivo-agresivos
- Exceso de control emocional con enrojecimiento de la cara
- Incomodidad intensa; estado continuo de tensión

El enojo se ha identificado como un etapa en el proceso de duelo; las personas que se quedan en ésta pueden volverse depresivas, en cuyo caso, el enojo se interioriza como una forma para el individuo de mantener el control sobre el enojo reprimido. Debido a la connotación nega-

tiva de la palabra *enojo*, algunas personas no reconocen que se sienten enojadas, necesitan ayuda para reconocer el sentimiento y entender que es una emoción perfectamente aceptable cuando se expresa de manera apropiada.

Agresión

La agresión puede surgir de sentimientos, que incluyen enojo, ansiedad, culpa, frustración, o sospecha. Los comportamientos agresivos se pueden clasificar como leve (p. ej., sarcasmo), moderado (p. ej., azotar las puertas), grave (p. ej., amenazas de violencia física contra los demás), extrema (p. ej., actos físicos de violencia contra los demás), además se pueden relacionar con (pero no se limita a) las siguientes características:

- Pasearse, inquietud
- Expresión facial tensa y lenguaje corporal
- Amenazas verbales o físicas
- Vociferaciones, gritos, uso de obscenidades, argumentación
- Amenazas de homicidio o suicidio
- Aumento de agitación, con reacción a estímulos ambientales
- Pánico, interpretación equivocada de los estímulos ambientales
- Procesos de pensamiento trastornados; sospecha
- Enojado, con frecuencia en desproporción a la situación

Kassinove y Tafrate (2002) menciona lo siguiente: “en contraste con el enojo, la agresión es casi siempre con dirección a un objetivo a una persona específica o a un objeto. La agresión es uno de los resultados más negativos que pueden surgir de la excitación general y el enojo”.

La *intensión* es un requisito en la definición de agresión, y se refiere al comportamiento que *pretende* infiligrar daño o destrucción. Los accidentes que provocan daño *no intencional* no se consideran agresiones.

Valorando Factores de Riesgo

La prevención es el tema clave en el manejo del comportamiento agresivo o violento. Las personas que se vuelven violentas, por lo general se sienten en una situación de desamparo subyacente; se han identificado tres factores como consideraciones importantes en la valoración para la violencia potencial que incluyen:

1. Historia pasada de violencia
2. Diagnóstico del paciente
3. Comportamiento presente

El historial de violencia es muy reconocido como un importante factor de riesgo para la violencia en un escenario de tratamiento, también tiene una elevada correla-

ción con el diagnóstico de comportamiento abusivo. Los diagnósticos que tienen mayor relación con el comportamiento violento son de esquizofrenia; trastornos cerebrales orgánicos; trastornos del ánimo; trastornos de personalidad antisocial, limítrofe, y personalidad explosiva intermitente, además de trastornos por uso de sustancias (Sunderland, 1997).

Dubin (2003) menciona al respecto:

El manejo exitoso de la agresión se basa en la capacidad de predecir qué pacientes son más susceptibles de ser violentos. Una vez hecha esta predicción, una rápida intervención puede evitar el riesgo de violencia, ya que por lo general, ésta no ocurre sin advertencia.

Él describe un “**síndrome prodrómico**” que se caracteriza por ansiedad y tensión, abuso verbal y obscenidad, además de hiperactividad; la escalada de estos comportamientos por lo general no ocurre en etapas, sino que se superponen y algunas veces ocurren de manera simultánea. Los comportamientos relacionados con esta etapa prodrómica incluyen: postura rígida, puños y maxilares apretados, expresión adusta, actitud desafiante, la verbalización es rápida, levantan la voz, discuten y demandan, uso de palabras obscenas y amenazantes; hay agitación y se pasean de un lado a otro, golpean y azotan.

El comportamiento más abusivo es precedido por un periodo de aumento en la hiperactividad, y en general los comportamientos relacionados con el síndrome prodrómico se deben considerar urgentes y demandan atención inmediata, por lo que requieren habilidades de observación aguda y conocimiento previo para la valoración exacta, estos son factores críticos para predecir comportamiento violento potencial.

Identificación de Diagnóstico y Resultado

NANDA International no incluye un diagnóstico de enfermería separado para enojo, en cambio se puede utilizar el diagnóstico de duelo disfuncional cuando el enojo se expresa de manera inapropiada y la etiología se relaciona con pérdida.

Los siguientes diagnósticos de enfermería pueden ser considerados para los pacientes que demuestran expresiones inapropiadas para el enojo o la agresión:

- Enfrentamiento ineficiente relacionado con modelos negativos y sistema familiar disfuncional, evidenciado por vociferaciones, insultos, golpear a los demás, rabietas como expresiones de enojo.
- Riesgo de violencia autoinfligida o hacia los demás relacionadas con una crianza en una atmósfera violenta.

Criterios de Resultados

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en el cuidado del paciente que necesita ayuda con el manejo del enojo y agresión.

El paciente:

- Es capaz de reconocer cuándo está enojado, y busca al personal para hablar de sus sentimientos.
- Es capaz de tomar la responsabilidad de sus propios sentimientos de enojo.
- Demuestra capacidad para ejercer control interno sobre sus sentimientos.
- Es capaz de disminuir su enojo antes de perder el control.
- Utiliza la tensión generada por el enojo de una manera constructiva.
- No se causa daño a sí mismo o a los demás.
- Es capaz de usar los pasos del proceso para solucionar problemas en lugar de volverse violento como medio para encontrar soluciones.

Planeación/Realización

En el cuadro 10-2 se presenta un plan de atención para el paciente que expresa enojo de manera inapropiada, los objetivos del plan y las intervenciones de enfermería apropiadas; además, se incluyen los razonamientos en cada diagnóstico.

Evaluación

La evaluación consiste en revalorar para determinar si las intervenciones han tenido éxito en alcanzar los objetivos. Las siguientes preguntas pueden proporcionar información para determinar el éxito del trabajo con un paciente que muestra expresiones inapropiadas de enojo.

- Si el paciente es capaz de reconocer hoy día cuándo está enojado.
- Saber si el paciente toma la responsabilidad de estos sentimientos y los contiene sin perder el control.
- Averiguar si el paciente busca al personal para hablar de sus sentimientos en relación con lo sucedido.
- Saber si el paciente utiliza la tensión en actividades constructivas.
- Averiguar que el paciente haya evitado dañarse o a otros.
- Saber si el paciente es capaz de resolver problemas sin frustración y sin volverse violento.

ENFERMERÍA EN DESASTRES

Aunque existen muchas definiciones de **desastre**, una característica común es que el evento sobrepasa los recursos loca-

CUADRO 10 – 2 Plan de Atención para Individuos que Expresan Enojo de Manera Inapropiada**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICIENTE****RELACIONADO A:** (Posible) modelo de rol negativo; familia disfuncional.**EVIDENCIADO POR:** Vociferaciones, insultos, golpear a los demás, rabietas como expresiones de enojo.

Criterio de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente será capaz de reconocer el enojo en sí mismo y tomará la responsabilidad antes de perder el control.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permanecer calmado cuando se trata con una persona enojada. 2. Poner límites verbales al comportamiento. Delinear con claridad las consecuencias de expresiones inapropiadas de enojo y siempre cumplirlas. 3. Que el paciente escriba en un diario sus sentimientos de enojo. 4. Evitar tocar a la persona cuando se enoja. 5. Ayudar al paciente a determinar la verdadera fuente de enojo. 6. Puede ser constructivo, ignorar comentarios despectivos de la persona. 7. Ayudar al paciente a encontrar formas alternativas de liberar la tensión, tales como salidas físicas y formas más apropiadas de expresar el enojo, como buscar a alguien del personal para hablar de los sentimientos que surgen en ese momento. 8. Ser un modelo apropiado para expresar enojo de manera asertiva como: “me disgusta que me insulten. Me enojo cuando te oigo decirme esas cosas”. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El enojo expresado por la enfermera puede incitar a la persona a que se muestre más enojada. 2. Refuerce de manera consistente las consecuencias, es esencial para obtener resultados positivos. La inconsistencia provoca confusión y alienta a probar los límites. 3. Esto proporciona una medida más objetiva del problema. 4. La persona puede ver que la toquen como una amenaza y se puede volver violento. 5. Muchas veces el enojo puede ser desplazado hacia un objeto seguro o una persona. Si se da la solución, el primer paso es identificar la fuente del problema. 6. La falta de retroalimentación con frecuencia extingue un comportamiento indeseable. 7. La persona podría necesitar ayuda para resolver el problema con formas más adecuadas de comportamiento. 8. Los modelos de rol son los métodos más poderosos de aprendizaje.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA O DIRIGIDA A OTROS**RELACIONADO CON:** (Posiblemente) ha sido criado en una atmósfera de violencia.

Criterio de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no se dañará a sí mismo o a otros.	1. Observar si el paciente presenta enojo en escalada (llamado síndrome pródromo): aumento de actividad motora, golpear, azotar, postura tensa, actitud desafiante, dientes y puños apretados, discutir, demandar y desafiar al personal.	1. Se puede prevenir la violencia si se identifican los riesgos a tiempo.
El paciente verbalizará su enojo en lugar de golpear a los demás.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cuando se observan estos comportamientos, primero asegúrese que hay suficiente personal para ayudar en una situación potencialmente violenta. Intente disminuir el enojo con los medios menos restrictivos. 3. Técnicas para lidiar con la agresión incluyen: <ol style="list-style-type: none"> a. Hablar con tranquilidad. Decir: “John, pareces muy enojado, vamos a tu cuarto para platicar sobre eso.” (Asegúrese de que el paciente no está entre la enfermera y la puerta.) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. La consideración inicial debe ser tener ayuda suficiente para disminuir el potencial de situación violenta. Los derechos de los pacientes deben ser considerados, mientras se previene que se lesione a sí mismo o a los demás. 3. Las técnicas de control de la agresión promueven la seguridad y reducen el riesgo de dañar al paciente o a otros. <ol style="list-style-type: none"> a. Promueve una relación de confianza y puede prevenir que aumente la ansiedad del paciente.

Caminando con el paciente a la habitación de aislamiento.



(continúa)

CUADRO 10 – 2 Plan de Atención para Individuos que Expresan Enojo de Manera Inapropiada (cont.)

Criterio de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
 <p>Restricción por parte del personal de un paciente en posición supina, se detiene la cabeza del paciente para evitar que se golpee.</p>	<p>b. Salidas físicas, “tal vez sería mejor si golpeas tu almohada o la bolsa de boxeo por un rato” o “me quedaré contigo si quieres eso”</p> <p>c. Medicación. Si la agitación continúa y aumenta, se le ofrece al paciente la opción de tomar medicación de manera voluntaria. Si se niega, se reevalúa la situación para determinar si el daño a sí mismo o a los demás es inminente.</p> <p>d. Llamar por ayuda. Retírese usted mismo y a otros pacientes del área inmediata. Llame a código de violencia, toque el botón de “pánico”, llame al equipo de asalto o las medidas establecidas por el instituto. Suficiente personal puede indicar una demostración de fuerza por si se agrava la situación y puede hacer que el paciente esté de acuerdo con tomar medicación.</p> <p>e. Restricciones. Si el paciente no se calma tratando de tranquilizarlo o con medicación, puede ser necesario el uso de los mecanismos de restricción y aislamiento o ambos, asegúrese de que haya suficiente personal para ayudar. Las fotografías de la izquierda ilustran formas en las cuales el personal puede lidiar de manera segura y apropiada con un paciente fuera de control. Se sigue el protocolo establecido de restricción/aislamiento por la institución. JCAHO (2000) requiere que el médico confirme una nueva orden para la restricción cada cuatro horas para adultos y cada hora o cada dos horas para niños y adolescentes. Las restricciones NUNCA deben usarse como castigos, además esta intervención es apropiada sólo en casos de urgencia o si el paciente se puede dañar a sí mismo o a los demás.</p> <p>f. Observación y documentación. Observe al paciente en restricción cada 15 minutos (o de acuerdo a la política del hospital) Asegúrese de que la circulación de las extremidades no está comprometida (revise temperatura, color y pulsos). Ayude al paciente con sus necesidades de nutrición, hidratación, y eliminación. La posición del paciente debe ser confortable y hay que prevenir la aspiración. Documente todas las observaciones.</p> <p>g. Continuar la valoración. Conforme disminuye la agitación, valore la posibilidad de retirar la restricción o de reducirla. Con ayuda de otros miembros del personal, retire una restricción a un tiempo, mientras se evalúa la respuesta del paciente. Esto minimiza el riesgo de lesión al paciente y al personal.</p>	<p>b. Proporciona una forma eficiente para que el paciente libere tensión relacionado con los niveles de enojo.</p> <p>c. Proporciona el método menos restrictivo de controlar el comportamiento de un paciente.</p> <p>d. El paciente y el personal reciben consideración primaria.</p> <p>e. Los pacientes que no tienen control interno de su comportamiento pueden requerir controles externos, como restricciones mecánicas, con la finalidad de que no se cause daño o no causar daño a los demás.</p> <p>f. El bienestar del paciente es prioridad en la enfermería.</p> <p>g. La remoción gradual de las restricciones permite probar el autocontrol del paciente. Son de interés primario la seguridad del paciente y del personal.</p>
 <p>Transportando al paciente a la habitación del cuarto de aislamiento.</p>		

Criterio de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>h. El personal hace una sesión informativa. Es importante cuando un paciente pierde el control que el personal haga un seguimiento con una discusión sobre la situación. Tardiff (2003) menciona: “el episodio violento se debe discutir en términos de lo que sucedió, qué lo habría prevenido, por qué se utilizó la restricción o aislamiento (si fue así), y cómo se sintió tanto el paciente como el personal en términos de haber usado la restricción”. Es importante discutir la situación con los otros pacientes que hayan atestiguado el episodio, ya que es importante que entiendan qué sucedió porque pueden temer que ellos sean aislados o restringidos en algún momento sin razón aparente.</p>	<p>h. La sesión disminuye el impacto emocional de la intervención y proporciona una oportunidad para aclarar la necesidad de la intervención, ofrece retroalimentación mutua, y promueve la autoestima del paciente (Norris y Kennedy, 1992).</p>

les y amenaza la función y seguridad de la comunidad (Norwood, Ursano y Fullerton, 2007). Un desastre violento, ya sea natural o provocado por el hombre, puede dejar devastación tanto material como de vidas humanas. Tales tragedias dejan víctimas con sentido de seguridad y bienestar dañados, como también varios grados de trauma emocional (*Oklahoma State Department of Health [OSDH]*, 2001). Los niños que carecen de experiencias de vida y de habilidades de enfrentamiento, son en particular vulnerables; su sentido de orden y seguridad se trastorna, y son incapaces de entender que esta alteración está limitada en el tiempo y que su mundo volverá a la normalidad de manera eventual.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA ENFERMERÍA EN DESASTRES

Valoración de Datos Previos

Las personas responden a eventos traumáticos en muchas formas; el duelo es una respuesta natural después de una pérdida, y puede ser más extrema si el desastre se experimenta o se es testigo de ello de manera directa (OSDH, 2001). Los efectos emocionales de la pérdida y las alteraciones pueden manifestarse de manera inmediata o pueden aparecer semanas o meses después.

Las respuestas comunes psicológicas y de comportamiento en los adultos después del trauma y desastre incluyen enojo, incredulidad, tristeza, ansiedad, miedo, irritabilidad, excitación, insensibilidad, trastornos del sueño, y se aumenta el consumo de alcohol, cafeína y tabaco (Norwood, Ursano y Fullerton, 2007). Los niños de edad preescolar con frecuencia experimentan ansiedad por separación, comportamientos regresivos, pesadillas, comportamientos de hiperactividad o de retraimiento; los niños mayores pueden tener dificultad para concentrarse, quejas somáticas, trastorno del sueño, y preocupaciones en relación con la seguridad; por su parte los adolescentes responden de manera similar a los adultos.

Norwood, Ursano y Fullerton (2007) establecen que:

La pérdida traumática se reconoce como una postura especial de desafío para sobrevivir. La muerte de personas amadas es siempre dolorosa, pero una muerte violenta e inesperada puede ser más difícil de asimilar. Los miembros de la familia pueden desarrollar imágenes indeseables de la muerte con base en la información proporcionada por las autoridades o los medios. Ser testigo o saber de la violencia de un ser querido también aumenta la vulnerabilidad a padecer trastornos psiquiátricos. El conocimiento de que se ha estado expuesto a toxinas es un factor estresante traumático muy poderoso... y el enfoque de tanta preocupación en la comunidad médica por preparar respuestas a los ataques terroristas utilizando agentes biológicos, químicos o nucleares. (p. 3)

Diagnóstico de Enfermería e Identificación de Resultados

Se analiza la información obtenida en la valoración, y los diagnósticos de enfermería apropiados reflejan la inmediatez de la situación. Algunos de los diagnósticos que pueden ser relevantes incluyen:

- Riesgo de lesiones (traumatismo, sofocación, envenenamiento)
- Riesgo de infección
- Ansiedad (pánico)
- Miedo
- Angustia espiritual
- Riesgo de síndrome postraumático
- Enfrentamiento de la comunidad ineficiente

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados en la atención de los pacientes que han experimentado un evento traumático.

El paciente:

- Experimenta mínimas o ninguna lesión en sí mismo.
- Demuestra comportamientos necesarios para protegerse de mayores daños.

- Identifica las intervenciones para prevenir o reducir el riesgo de infección.
- Está libre de infecciones.
- Mantiene la ansiedad a un nivel que pueda manejar.
- Expresa creencias y valores sobre temas espirituales.
- Demuestra capacidad para lidiar con reacciones emocionales de manera individual y apropiada.
- Demuestra un aumento en las actividades para mejorar el funcionamiento de la comunidad.

Planeación y Realización

El cuadro 10-3 proporciona un plan de atención para el paciente que ha experimentado un evento traumático; se presentan los diagnósticos de enfermería seleccionados, además de criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada una.

Evaluación

En el paso final del proceso de enfermería, se realiza una revaloración para determinar si las acciones de enfermería han sido exitosas; la evaluación de dichas acciones se facilita por la información recabada con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente ha escapado de sufrir lesiones graves, o sus lesiones se han resuelto?
- ¿Las infecciones fueron prevenidas o resueltas?
- ¿El paciente es capaz de mantener la ansiedad a un nivel que pueda manejar?
- ¿La persona demuestra habilidades apropiadas para resolver problemas?
- ¿Discute sus creencias sobre temas espirituales?
- ¿Tiene la habilidad para lidiar con reacciones emocionales de manera apropiada y por sí mismo?
- ¿Comenta sobre alguna manifestación física subyacente (p. ej., dolor, pesadillas, ideas retrospectivas, fatiga) relacionada con el evento traumático?
- ¿Ha reconocido factores que afecten la capacidad de la comunidad para resolver sus propias demandas o necesidades?
- ¿Demuestra mayor actividad para mejorar el funcionamiento de la comunidad?
- ¿Tiene un plan establecido y lo pone en práctica para lidiar con futuras contingencias?

RESUMEN

Una *crisis* se define como “un evento repentino en la vida de una persona que altera la homeostasis, durante la cual los mecanismos de enfrentamiento no resuelven el problema” (Lagerquist, 2006, p. 351).

Todos los individuos experimentan crisis en un momento u otro, y no necesariamente indican una psicopatología.

Las crisis se precipitan por eventos identificables específicos y se determinan por la percepción individual de la situación; son agudas y por lo general no duran más de unas horas a pocas semanas.

Las crisis se presentan cuando un individuo se expone a una situación de estrés y las previas técnicas para resolver problemas son ineficientes, lo que provoca que aumente el nivel de ansiedad; en caso de que las técnicas utilizadas no funcionen y el problema no se resuelva puede presentarse una respuesta de pánico.

Baldwin (1978) identificó seis tipos de crisis, que incluyen crisis por disposición, de transición de vida anticipada, por estrés traumático, de desarrollo o maduración, psicopatológicas y urgencias psiquiátricas; por supuesto, el método de intervención se selecciona de acuerdo al tipo de crisis.

La intervención en crisis se designa para proporcionar asistencia rápida a personas que tienen una necesidad urgente. Aguilera (1998) identifica el objetivo terapéutico mínimo de intervención en crisis como la resolución psicológica de la crisis inmediata del individuo y la restauración por lo menos a un nivel de funcionamiento que existía previo al periodo crítico, el objetivo máximo es mejorar el funcionamiento por encima del nivel previo a la crisis.

Las enfermeras por lo común responden a las personas en crisis en todos los tipos de escenarios; los procesos de enfermería son el medio para ayudar a las personas en crisis con un acercamiento para solucionar el problema a corto plazo. Se describió una técnica de cuatro fases: valoración/análisis, planeación de la intervención terapéutica, intervención y evaluación de la resolución de la crisis y planeación anticipada. A través de este método estructurado de asistencia, las enfermeras ayudan a los individuos a desarrollar estrategias de adaptación para enfrentar situaciones estresantes en el futuro.

La intervención en crisis que involucran enojo y agresión por parte de un paciente requiere de conocimiento y habilidades especiales por parte del personal de enfermería, ya que debe estar al tanto de los síntomas relacionados con estas manifestaciones para hacer una valoración exacta. La prevención es el tema clave en el manejo del comportamiento agresivo o violento. Se identifican tres elementos como factores de riesgo importantes en el potencial para la violencia: (1) historial de violencia; (2) diagnóstico del paciente, y (3) comportamientos actuales. Los diagnósticos de enfermería y los criterios de resultado para trabajar con pacientes que expresan enojo y agresión se discutieron, además de planes de atención que resumen intervenciones apropiadas.

Las enfermeras tienen muchas habilidades importantes para ayudar a personas y comunidades al inicio de eventos traumáticos. Este capítulo presenta un ejemplo de enfermería en desastres utilizando los seis pasos del proceso de enfermería, junto con un plan de atención para un paciente que experimenta un evento traumático.

CUADRO 10 – 3 Plan de Atención para el Paciente que ha Experimentado un Evento Traumático***DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** ANSIEDAD (PÁNICO)/MIEDO

RELACIONADO CON: Amenaza real o percibida al bienestar físico; amenaza de muerte; crisis de situación; exposición a toxinas, necesidades insatisfechas.

EVIDENCIADO POR: Sentimientos persistentes de aprehensión e inseguridad; sensación de inminente fatalidad; funcionamiento alterado; expresiones verbales de no tener el control o influencia en la situación, resultado o autocuidado; estimulación simpática; movimientos físicos externos.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente mantendrá la ansiedad a un nivel manejable.	<ol style="list-style-type: none"> Determinar el grado de ansiedad/miedo presente, comportamientos relacionados (p. ej., risa, llanto, calma o agitación, excitación, o comportamiento histérico, expresiones de incredulidad y culpabilidad o ambos), y la realidad de la amenaza percibida. Note el grado de desorganización. Crear un área de calma en lo posible. Mantener la calma, de manera confiable. Hablar en tono equilibrado, con oraciones cortas y sencillas. Desarrollar una relación de confianza con el paciente. Identificar si el incidente ha reactivado situaciones preexistentes o coexistentes (físicas o psicológicas). Determinar la presencia de síntomas físicos (p. ej., paralizado, dolor de cabeza, presión en el pecho, náuseas, y palpitaciones). Identificar respuestas psicológicas (p. ej., enojo, choque, ansiedad aguda, pánico, confusión, negación). Registro de cambios emocionales. Discutir con el paciente la percepción que es causante de la ansiedad. Ayudar al paciente a corregir cualquier distorsión que se experimente. Compartir la percepción con el paciente. Explorar con el paciente o con alguien más la manera en la cual el paciente ha enfrentado con anterioridad los eventos que producen ansiedad. Conversar con el paciente sobre aprender nuevos comportamientos de enfrentamiento (p. ej., relajación muscular progresiva, detener los pensamientos). Alentar el uso de técnicas para manejar el estrés y ventilar emociones tales como el enojo y la hostilidad. Dar retroalimentación positiva cuando el paciente demuestra mejores formas para tratar la ansiedad y enfrentar de manera realista la situación. 	<ol style="list-style-type: none"> Entender con claridad la percepción del paciente es base para proporcionar ayuda al presentarse el miedo. El individuo puede estar agitado o completamente abrumado. El estado de pánico aumenta el riesgo para la seguridad del paciente como también la seguridad de los demás en el ambiente. El paciente puede ser incapaz de manejar actividades diarias o los requerimientos del trabajo y necesita intervención más intensa. Disminuye la sensación de confusión o sobreestimulación; aumenta la sensación de seguridad. Ayudar al paciente a enfocarse en lo que se dice y reducir la transmisión de ansiedad. La confianza es la base de una relación terapéutica enfermera-paciente y los capacita para trabajar juntos de manera efectiva. Los intereses y los asuntos psicológicos se reciclan en cada momento que se revive el trauma y afecta cómo el paciente ve la situación presente. Los problemas físicos necesitan ser diferenciados de síntomas de ansiedad para poder dar un tratamiento apropiado. Aunque estos problemas son respuestas normales en el momento del trauma, se reciclan una y otra vez hasta que son enfrentados de manera adecuada. Aumenta la habilidad de relacionar síntomas con un sentimiento subjetivo de ansiedad, lo que proporciona una oportunidad de introspección y control para realizar los cambios deseados. Percepciones basadas en la realidad ayudarán a disminuir el miedo. La forma en que la enfermera ve la situación puede ayudar al paciente a verla de manera diferente. Puede ayudar al paciente a recuperar su sentimiento de control y reorganizar el significado del trauma. Sustituir los comportamientos de no adaptación para poder manejar y lidiar con el estrés. Interrumpir los pensamientos obsesivos para que el paciente encauce esa energía para disminuir la ansiedad, ya que los pensamientos obsesivos sobre el incidente pueden retrasar la recuperación. Reduce la posibilidad de estallidos que puedan causar comportamiento abusivo. Proporciona el conocimiento y reforzamiento, alentar el uso de nuevas estrategias de enfrentamiento. Aumentar la capacidad de lidiar con sentimientos de miedo y ganar control sobre la situación, promover el éxito futuro.

(continúa)

CUADRO 10 – 3 Plan de Atención para el Paciente que ha Experimentado un Evento Traumático*(cont.)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	14. Administrar medicamentos como se indican: antansiedad, diazepam, alprazolam, oxazepam; o antidepresivos: fluoxetina, paroxetina, bupropión.	14. Proporciona alivio temporal de los síntomas de ansiedad, aumenta la habilidad para enfrentar la situación. Levanta el ánimo y ayuda a suprimir pensamientos indeseados y las explosiones de enojo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ANGUSTIA ESPIRITUAL

RELACIONADA CON: Estrés físico o psicológico; ansiedad que disminuye energía; pérdidas, sufrimiento intenso; separación de lazos religiosos o culturales; desafío de creencias y sistema de valores.

EVIDENCIADA POR: Expresiones de interés sobre el desastre y el significado de la vida y la muerte o sistema de creencias; conflicto interno sobre la presente pérdida de normalidad y los efectos del desastre; enojo dirigido hacia la deidad; manifestar culpabilidad; búsqueda de ayuda espiritual.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa creencias y valores sobre temas espirituales.	<ol style="list-style-type: none"> Determinar la orientación religiosa/espiritual del paciente, participación presente, y presencia de conflictos. Establecer un ambiente que promueva la libre expresión de sentimientos e intereses. Proporcionar un ambiente de calma y paz en lo que sea posible. Escuchar las expresiones del paciente y de otras personas que le son importantes de enojo, interés, alejamiento de Dios, creer que esa situación es un castigo por errores cometidos, etc. Note cualquier sentimiento de futilidad, sentimientos de desesperanza e impotencia, falta de motivación para sobreponerse. Escuche las expresiones de incapacidad de encontrar significado en la vida y razón para vivir. Evaluar la idea de suicidio. Determinar los sistemas de apoyo disponibles para el paciente. Preguntar de qué manera se puede ayudar. Transmitir aceptación de creencias espirituales y preocupaciones. Hacer tiempo para una discusión sin juicios de temas y asuntos filosóficos sobre el impacto espiritual de la presente situación. Discutir la diferencia entre duelo y culpa, y ayudar al paciente a identificar y lidiar con cada uno; asumir la responsabilidad de las propias acciones, expresar conciencia de las consecuencias de los acciones sin falsa culpa. Utilizar las habilidades de comunicación terapéutica de reflexión y escucha activa. Alentar al paciente a experimentar la meditación, oración, y perdón. Proporcionar información de que enojarse con Dios es una parte normal del proceso del duelo. Ayudar al paciente a desarrollar objetivos que lidian con la situación de vida. 	<ol style="list-style-type: none"> Proporcionar una base para el plan de atención y acceder a los recursos apropiados. Promover la atención e identificación de sentimientos para poder ser enfrentados. Es útil entender al paciente y el significado de los puntos de vista de los demás y cómo cuestionan su fe para enfrentar la tragedia. Estos pensamientos y sentimientos pueden ocasionar en la paciente sensación de paralizarse y ser incapaz de avanzar para resolver la situación. Puede indicar necesidad de mayor intervención para prevenir un intento de suicidio. Presencia o falta de sistemas de apoyo pueden afectar la recuperación del paciente. Promover la confianza y la comodidad, alentar al paciente a abrirse a temas de sensibilidad. Ayudar al paciente a ver la base de su confusión espiritual. NOTA: Hay potencial de que el sistema de creencias de quien da la atención interfiera con que el paciente encuentre su propia visión. Culparse a sí mismo puede impedir el lidiar con el proceso de duelo y se discutirán las necesidades con las que hay que tratar. Ayudar al paciente a encontrar sus propias soluciones a lo que le preocupa. Esto puede ayudar a sanar el dolor pasado y presente. Aumentar el compromiso con el objetivo, optimizar los resultados y promover el sentimiento de esperanza.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>13. Identificar y referir a recursos que puedan ser útiles (p. ej., enfermera pastoral/sacerdotal o consejero religioso, consejero de crisis, psicoterapia, Alcohólicos/Narcóticos Anónimos).</p> <p>14. Alentar la participación en grupos de soporte.</p>	<p>13. Ayuda específica puede ser útil para recuperarse (p. ej., problemas de relaciones, abuso de sustancias, ideas de suicidio).</p> <p>14. Discusión sobre preocupaciones y temas con otros que puedan ayudar al paciente a resolver sus sentimientos.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO PARA SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

RELACIONADO CON: Eventos externos de experiencia común; amenazas serias o lesiones a sí mismo o a seres queridos; testigos de horrores o eventos trágicos; sentido exagerado de la responsabilidad; culpa del sobreviviente o rol en el evento, apoyo social inadecuado.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra capacidad para lidiar con reacciones emocionales de manera apropiada.	<p>1. Determinar la participación en el evento (p. ej., sobreviviente, otro significativo, personal de rescate o asistencia, atención a la salud, miembro de la familia).</p> <p>2. Evaluar los factores presentes relacionados con el evento, como desplazamiento del lugar por enfermedad o lesión, desastre natural, o ataque terrorista. Identificar cómo las experiencias anteriores del paciente pueden afectar la situación presente.</p> <p>3. Escuchar los comentarios sobre tomar la responsabilidad (p. ej., “debí ser más cuidadoso o regresar para traerla”).</p> <p>4. Identificar los mecanismos de enfrentamiento presentes del paciente.</p> <p>5. Determinar la capacidad y utilidad de los sistemas de apoyo del paciente, contactos sociales, y recursos de la comunidad.</p> <p>6. Proporcionar información sobre los signos y síntomas de respuesta posttraumática, en especial si el individuo tiene una ocupación de alto riesgo.</p> <p>7. Identificar y discutir las fortalezas del paciente además de sus vulnerabilidades.</p> <p>8. Evaluar las percepciones individuales de los eventos y el significado personal (p. ej., rescatistas entrenados para salvar vidas, pero sólo recuperan cadáveres).</p> <p>9. Proporcionar presencia emocional y física sosteniéndose al lado del paciente o personas relacionadas y ofrecer consuelo.</p> <p>10. Alentar la expresión de los sentimientos. Note si los sentimientos expresados son congruentes con los eventos experimentados.</p> <p>11. Note la presencia de pesadillas, revivir el incidente, pérdida del apetito, irritabilidad, entumecimiento, y llanto, además de alteraciones en la familia o relaciones.</p> <p>12. Proporcionar calma y un ambiente seguro.</p> <p>13. Alentar y ayudar al paciente a aprender técnicas de manejo del estrés.</p> <p>14. Recomendar la participación en sesiones informativas que puedan servir después de los eventos de desastre.</p>	<p>1. Todos los relacionados con el evento están en riesgo de trauma emocional y tienen necesidades relacionadas con la participación en dicho evento. NOTA: La participación cercana con las víctimas afecta las respuestas individuales y puede provocar la prolongación del sufrimiento emocional.</p> <p>2. Afecta la reacción del paciente en el evento presente y es la base para el plan de atención e identificar sistemas de apoyo y recursos apropiados.</p> <p>3. Declaraciones tales como éstas son indicadores de “culpa del sobreviviente” y culparse a sí mismo por las acciones.</p> <p>4. Observar las habilidades positivas o negativas de enfrentamiento proporciona dirección para la atención.</p> <p>5. La familia y otras personas cercanas al paciente pueden también estar en riesgo y requerir ayuda para enfrentar el trauma.</p> <p>6. Atender estos factores ayuda al individuo a identificar la necesidad de ayuda cuando se presentan los signos y síntomas.</p> <p>7. Provee información para enfrentar una experiencia traumática.</p> <p>8. Eventos que desencadenan sentimientos de desesperación y desesperanza pueden ser más difíciles de confrontar, y pueden requerir intervenciones a largo plazo.</p> <p>9. Fortalezas frente habilidades.</p> <p>10. Es importante hablar sobre el incidente repetidas veces. Las incongruencias pueden indicar conflictos más profundos y pueden impedir la resolución.</p> <p>11. Estas respuestas son normales poco después del incidente. Si se prolongan y persisten, pueden indicar la necesidad de terapia más intensa.</p> <p>12. Ayuda al paciente a lidiar con las alteraciones en su vida.</p> <p>13. Promueve la relajación y ayuda a la persona a tener control sobre sí mismo y lo que sucede.</p> <p>14. Lidiar con el estrés repentino facilita la recuperación del evento o prevenir la exacerbación.</p>

(continúa)

CUADRO 10 – 3 Plan de Atención para el Paciente que ha Experimentado un Evento Traumático* (cont.)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>15. Identificar empleos, y grupos de recursos en la comunidad.</p> <p>16. Administrar medicamentos como se indica: antipsicóticos (p. ej., clorpromazina o haloperidol) o carbamazepina.</p>	<p>15. Proporciona la oportunidad de continuar con el apoyo para lidiar con los sentimientos recurrentes relacionados con el trauma.</p> <p>16. Se pueden utilizar bajas dosis para reducir síntomas psicóticos cuando ocurre pérdida de la realidad, por lo general para pacientes con pensamientos alterados retrospectivos relacionados con el trauma.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO DE LA COMUNIDAD INEFICIENTE

RELACIONADO CON: Desastres naturales o provocados (terremotos, tornados, inundaciones, brote de infecciones, actividad terrorista); sistemas de comunidad ineficientes o inexistentes (p. ej., falta de o sistema médico de emergencia, sistema de transporte o sistema de planeación para desastres inadecuados).

EVIDENCIADOS POR: Deficiencias en la participación de la comunidad, la comunidad no tiene sus propias expectativas; vulnerabilidad expresada; impotencia de la comunidad; situaciones de estrés percibidas como excesivas; demasiados conflictos en la comunidad; elevados índices de enfermedad.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
La persona demuestra un aumento en las actividades para mejorar el funcionamiento de la comunidad.	<p>1. Evaluar cómo se relacionan las actividades de la comunidad con las necesidades colectivas dentro de la comunidad misma, entre la comunidad y el resto de la sociedad. Observar necesidades inmediatas, tales como atención a la salud, alimentos, refugios, fondos.</p> <p>2. Observar los informes de la comunidad de funcionamiento incluyendo áreas de debilidad y de conflicto.</p> <p>3. Identificar los efectos de los factores relacionados con las actividades de la comunidad.</p> <p>4. Determinar la disponibilidad y el uso de los recursos. Identificar las demandas o necesidades insatisfactorias de la comunidad.</p> <p>5. Determinar las fortalezas de la comunidad.</p> <p>6. Alentar a los grupos y personas a participar en las actividades para solucionar los problemas.</p> <p>7. Desarrollar un plan en conjunto con los miembros de la comunidad dirigidos a las necesidades inmediatas.</p> <p>8. Crear planes de interacción de manejo dentro de la comunidad misma y entre las comunidades y la sociedad en general.</p> <p>9. Dar información accesible al público. Proveer de canales de diseminación de información a la comunidad como un todo (p. ej., informes impresos, radiofónicos, televisivos y boletines, pizarrones, sitios de internet, comité de conferencias, informes a comités, concejos, y de asesoría).</p> <p>10. Proporcionar información accesible en diferentes modalidades y orientados a niveles educativos y culturales de la comunidad.</p> <p>11. Investigar y evaluar las necesidades de poblaciones con pocos servicios.</p>	<p>1. Proporciona una base para determinar las necesidades de la comunidad en relación con las presentes preocupaciones o amenazas.</p> <p>2. Proporciona una visión de cómo la comunidad misma ve estas áreas.</p> <p>3. Frente a una amenaza, es necesario evaluar los recursos locales o nacionales o de la comunidad, actualizarlos y dar prioridad para identificar las necesidades inmediatas.</p> <p>4. Información necesaria para identificar otras necesidades en la situación presente.</p> <p>5. Promueve el entendimiento de las formas en que la comunidad realmente identifica sus necesidades.</p> <p>6. Promueve un sentimiento de trabajar en conjunto para satisfacer las necesidades.</p> <p>7. Trata con las deficiencias en el apoyo de los objetivos identificados.</p> <p>8. Satisface necesidades colectivas cuando los intereses o amenazas se comparten más allá de la comunidad local.</p> <p>9. La información exacta disponible y rápida puede ayudar a los ciudadanos a enfrentar la situación.</p> <p>10. Utilizar otros idiomas además del inglés y elaborar material escrito accesible a todos los miembros de la comunidad que promueven el entendimiento.</p> <p>11. Es importante que las personas sin hogar y los que residen en áreas alejadas o con requerimientos especiales pueden encontrar recursos adicionales.</p>

*Fuente: Doenges, Moorhouse y Geissler, 2006. Con permiso.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

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

1. ¿Cuál de las siguientes es una hipótesis correcta en relación con el concepto de crisis?
 - a. Una crisis sólo se presenta en individuos con una psicopatología.
 - b. El evento estresante que precipita la crisis es pocas veces identificable.
 - c. Una situación de crisis presenta el potencial para el crecimiento psicológico o el deterioro.
 - d. Las crisis son situaciones crónicas que se presentan muchas veces durante la vida de una persona.
2. Las crisis se presentan cuando una persona:
 - a. Está expuesta a una situación de estrés.
 - b. Percibe la situación estresante como una amenaza.
 - c. No tiene sistemas de apoyo.
 - d. Experimenta una situación estresante y percibe estrategias de enfrentamiento como ineficientes.
3. La casa móvil de Amanda fue destruida por un tornado. Amanda sólo tiene heridas menores, pero presenta ansiedad discapacitante posterior al evento. Este tipo de crisis se llama:
 - a. Crisis resultante de estrés traumático.
 - b. Crisis de desarrollo o de maduración.
 - c. Crisis de disposición.
 - d. Crisis de transiciones de vida anticipada.
4. La más apropiada intervención con Amanda sería:
 - a. Alentarla a reconocer la suerte que tiene de estar viva.
 - b. Discutir las etapas de duelo y los sentimientos relacionados con cada una.
 - c. Identificar los recursos que pueden ayudar a Amanda.
 - d. Sugerir que encuentre un lugar que proporcione un refugio.
5. Jenny informó a la enfermera de la escuela que su madre bebe demasiado. Está bebida todas las tardes cuando regresa de la escuela, y Jenny teme invitar a sus amigos por el comportamiento de su madre. Este tipo de crisis se llama:
 - a. Crisis resultante de estrés traumático.
 - b. Crisis de desarrollo o de maduración.
 - c. Crisis de disposición.
 - d. Crisis que refleja una psicopatología.
6. La intervención más apropiada con Jenny sería:
 - a. Hacer arreglos para que ella pueda asistir a las reuniones de adolescentes.
 - b. Ayudarla a identificar las cosas positivas en su vida y reconocer que su situación sería peor que eso.
 - c. Enseñarle sobre los efectos del alcohol en el cuerpo y que puede ser hereditario.
 - d. Referirla con un psiquiatra para terapia privada y que aprenda a lidiar con la situación en su casa.
7. Ginger de 19 años de edad es hija única, se fue hace tres meses para asistir al colegio de su elección a 800 km de casa de sus padres; es la primera vez que está lejos de casa, por lo que tiene dificultades para tomar decisiones y no hace nada sin antes consultar a su mamá; y hablan por teléfono casi todos los días. Ginger ha comenzado a tener ataques de ansiedad recientemente, consulta a la enfermera del centro de salud para estudiantes. Este tipo de crisis se llama:
 - a. Crisis por estrés traumático.
 - b. Crisis de disposición.
 - c. Urgencia psiquiátrica.
 - d. Crisis de maduración o de desarrollo.

(continúa)

8. La intervención más apropiada con Ginger sería:
- Sugerirle que se mude a un colegio más cercano a su casa.
 - Trabajar con Ginger sobre asuntos de dependencia sin resolver.
 - Ayudarla a encontrar alguien en el lugar del colegio a quien pueda recurrir para buscar ayuda en lugar de llamar a su mamá.
 - Recomendarle que el médico del colegio le dé medicamentos para la ansiedad.
9. Marie de 56 años de edad, es la madre de cinco hijos. El más joven que vive con ella y va a la escuela, se graduó y aceptó un trabajo en otro estado. Marie nunca ha trabajado fuera de casa y ha dedicado su vida a satisfacer las necesidades de su esposo e hijos. Desde la partida de su hijo, Marie se ha descorazonado más y más, por lo que su esposo está muy preocupado y la lleva al centro de salud mental. Este tipo de crisis se llama:
- Crisis de disposición.
 - Crisis de transición de vida anticipada.
 - Urgencia psiquiátrica.
 - Crisis por trauma.
10. La intervención más apropiada con Marie sería:
- Referirla a ella y su familia para un examen físico completo.
 - Sugerirle que busque un empleo externo ahora que sus hijos no están.
 - Identificar los sistemas de apoyo para los momentos en que se siente más descorazonada.
 - Iniciar el trabajo de duelo y ayudarla a reconocer las áreas de autovalía separadas y aparte de sus hijos.

Situación: John de 27 años de edad, ha sido traído a la unidad de urgencias por dos policías. Tiene un fuerte olor a alcohol, fue grosero y verbalmente agresivo con el personal; mezcla las palabras y tiene dificultad para pararse y caminar sin ayuda. Su nivel de alcohol es de 293 mg/dl. La novia de John informó que fueron a una fiesta y se volvió violento, la golpeó y amenazó con matar a quienes quisieron protegerla, también mencionó que ha bebido casi todos los días y que la ha golpeado en varias ocasiones. Cuando le dijeron que tenía que ser admitido para desintoxicarse, empezó a maldecir y a golpear al personal que trataba de ayudarle. Fue admitido en el Centro Detox en la unidad de tratamiento para alcohólicos, con diagnóstico de intoxicación por alcohol. Ha sido restringido para su propia protección y de los demás, posteriormente el diagnóstico cambió a dependencia del alcohol, seguido de la conclusión de síndrome de abstinencia.

11. Las enfermeras hacen un diagnóstico para John de riesgo de violencia dirigida a los demás. ¿Cuál es el objetivo prioritario para este diagnóstico?
- Que el paciente no hable de su enojo o golpee a alguien.
 - Que el paciente externe su enojo en lugar de golpear a los demás.
 - Que el paciente no se dañe a sí mismo o a otros.
 - Que el paciente sea restringido si se vuelve verbal o físicamente agresivo.
12. Una tarde, la enfermera escucha a John gritando en la habitación, observa que su agitación va en aumento, tiene los puños apretados y grita con voz demandante. Está desafiando y amenazando al personal y a otros pacientes. La intervención prioritaria de la enfermera sería:
- Pedir ayuda.
 - Preparar una jeringa con haloperidol PRN.
 - Preguntarle a John si quiere hablar de su enojo.
 - Decirle a John que si no se calma, tendrá que restringirlo.

13. John y su novia tienen una discusión durante la visita. ¿Qué comportamiento de John indicaría que está aprendiendo a solucionar sus frustraciones de manera adaptativa?
- John le dice a la enfermera: “¡démelo algún medicamento porque lo necesito para contenerme!”
 - Cuando se va su novia, John va al cuarto de ejercicio y golpea una bolsa de boxeo.
 - John le dice a la enfermera: “creo que voy a tener que botar esa chica!”
 - John le dice a su novia: “es mejor que te vayas antes de que haga algo que tenga que lamentar.”
14. Andrew, un bombero de la ciudad de Nueva York, y toda su unidad respondieron a los ataques terroristas del WTC como un equipo. Él y su mejor amigo, Carlo, entraron al área juntos. Carlo murió cuando se colapsaron los edificios, Andrew salió herido, pero sobrevivió. Desde entonces, tiene pesadillas y ataques de ansiedad, le dice al trabajador social: “¡no sé por qué Carlo tenía que morir y yo no!” Esta declaración de Andrew sugiere que está experimentando:
- Angustia espiritual.
 - Terrores nocturnos.
 - Culpabilidad por sobrevivir.
 - Ideas suicidas.
15. La intervención con Andrew sería:
- Alentar la expresión de sus sentimientos.
 - Prescribirle medicamentos para la ansiedad.
 - Participar en un grupo de apoyo.
 - a y c.
 - Todas las anteriores.

R E F E R E N C I A S

- Aguilera, D.C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Bateman, A., & Peterrelj-Taylor, C. (1998). Crisis intervention. In C.A. Glod (Ed.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing: The brain-behavior connection*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2006). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span* (7th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Dubin, W.R. (2003). Violent patients. In G. Bosker (Ed.), *The emergency medicine reports textbook of adult and pediatric emergency medicine*. Atlanta, GA: Thomson American Health Consultants.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] (2000). *Restraint and Seclusion Standards for Behavioral Health*. [On-line]. Available: http://www.jcaho.org/standard/restraint-restraint_stds.html
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kassinove, H., & Tafrate, R.C. (2002). *Anger management*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Lagerquist, S.L. (2006). *Davis's NCLEX-RN success* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Norris, M.K., & Kennedy, C.W. (1992). How patients perceive the seclusion process. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30(3), 7-13.
- Norwood, A.E., Ursano, R.J., & Fullerton, C.S. (2007). *Disaster psychiatry: Principles and practice*. American Psychiatric Association. Retrieved February 28, 2007 from <http://www.psych.org/disasterpsych/sl/principlespractice.cfm>
- Oklahoma State Department of Health [OSDH]. (2001). *After the storm: Helping families cope with disaster*. Oklahoma City, OK: State Department of Health.
- Roberts, A.R., & Ottens, A.J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.
- Sunderland, T. (1997). Trends in violence and aggression. *Online coverage from the 150th annual meeting of the American Psychiatric Association, May 18-21, 1997*. Retrieved February 28, 2007 from http://www.dangerousbehaviour.com/Disturbing_News/Trends%20in%20Violence%20and%20Aggression.htm
- Tardiff, K. (2003). Violence. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, & J.A. Talbott (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Baldwin, B.A. (1978, July). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(3), 538-551.

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

11

CAPÍTULO

PSICOFARMACOLOGÍA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

¿CÓMO ACTÚAN LOS PSICOTRÓPICOS?

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

agranulocitosis
acatisia
acinesia
amenorrea
crisis hipertensiva

crisis oculógira
discinesia tardía
distornia
eyaculación retrógrada
ginecomastia

síndrome de serotonina
síndrome neuroléptico maligno
síntomas extrapiramidales
priapismo
seudoparkinsonismo

CONCEPTOS CENTRALES

medicación psicotrópica

neurotransmisor

receptor

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Discutir las perspectivas históricas relacionadas con la psicofarmacología.
2. Describir indicaciones, acciones, contraindicaciones, precauciones, efectos colaterales e implicaciones de enfermería para las siguientes clasificaciones de fármacos:
 - a. Sustancias antiansiedad
 - b. Antidepresivos
 - c. Estabilizadores del ánimo
- d. Antipsicóticos
- e. Sustancias antiparkinsonismo
- f. Sedantes hipnóticos
- g. Sustancias para trastorno por déficit de atención/hiperactividad
3. Aplicar los pasos del proceso de enfermería a la administración de los medicamentos psicotrópicos.

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo xx se presentó un periodo fundamental en el tratamiento de la enfermedad mental, ya que durante ese tiempo se introdujeron en Estados Unidos los antipsicóticos de la clase de las fenotiazinas; antes estos fármacos se utilizaban en Francia como medicamentos preoperatorios, como dijo el doctor Henri Laborit del Hospital Boucicaut en París:

Nuestro objetivo era disminuir la ansiedad de los pacientes, y prepararlos para su recuperación posoperatoria. Con estos nuevos fármacos, las fenotiazinas, se ha observado una relajación física y psíquica profunda... una verdadera indiferencia al ambiente y a la próxima cirugía. Me pareció que estos medicamentos deben tener una aplicación en psiquiatría. (Sage, 1984)

En realidad tuvieron una importante aplicación en psiquiatría, no sólo se administraron a muchas personas que no serían capaces de funcionar sin ellas, también proporcionaron a los investigadores y clínicos información para estudiar los orígenes y las causas de la enfermedad mental. El conocimiento obtenido sobre cómo trabajan estos medicamentos promovió el avance para entender cómo se desarrollan los trastornos de comportamiento. El doctor Arnold Scheibel, director del Instituto de Investigación del Cerebro UCLA, menciona al respecto:

[Cuando surgieron estos medicamentos] había un sentimiento de incredulidad de que podrían hacer algo realmente importante para los pacientes... verlos por primera vez como individuos enfermos y no como algo bizarro de lo que literalmente no podíamos hablar. (Sage, 1984)

Este capítulo explora las perspectivas históricas en el uso de medicamentos psicotrópicos para el tratamiento de enfermedades mentales, además se discuten las siete clasificaciones y sus implicaciones para la enfermería psiquiátrica en el contexto de los pasos del proceso de enfermería.

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

De manera histórica, la reacción a la enfermedad mental y su tratamiento van de la atención benigna a la intervención que algunos considerarían inhumana. Los indivi-

duos con enfermedad mental eran temidos debido a las creencias relacionadas con demonios o con lo sobrenatural, con frecuencia eran vistos con odio o se les maltrataba.

Al inicio del siglo xviii ocurrió un tipo de “reforma moral” en el tratamiento de personas con enfermedades mentales, que resultó en el establecimiento de hospitales comunitarios y estatales, interesados en las necesidades de personas con enfermedad mental. Consideradas un cambio en la humanización del cuidado, estas instituciones, bien intencionadas, adoptaron el concepto de atención de custodia. Se aseguraba la provisión de alimentos y refugio, pero no había esperanza de cambio para el futuro debido a que, conforme aumentaba su dependencia hacia la institución para satisfacer todas sus necesidades, disminuía la posibilidad de regresar a su familia o comunidad.

A principios del siglo xx con la llegada de tratamientos somáticos en psiquiatría, los individuos con enfermedades mentales fueron tratados con insulinoterapia de choque, bandas de sábanas mojadas, baños de hielo, electrochoques y psicocirugía. Antes de 1950, los únicos medicamentos disponibles eran los sedantes y las anfetaminas, incluso, éstas eran de uso limitado por su toxicidad y efectos adictivos. A partir de 1950 se expandió el desarrollo de la psicofarmacología para incluir el uso de antipsicóticos, antidepresivos y antiansiolíticos. La investigación ha proporcionado un entendimiento de la etiología de estos trastornos y de cómo los medicamentos actúan en el individuo.

Los medicamentos psicotrópicos no se utilizan en el intento de “curar” la enfermedad mental, muchos médicos que los prescriben los utilizan como un complemento a psicoterapia individual o de grupo. Aunque su contribución al cuidado psiquiátrico no se puede minimizar, se debe enfatizar que los fármacos psicotrópicos alivian los síntomas físicos y de comportamiento, pero no pueden resolver los problemas emocionales.

El personal de enfermería debe entender las implicaciones legales relacionadas con la administración de psicotrópicos. Las leyes difieren de un estado a otro, pero el mayor número se adhieren al derecho del paciente a negarse al tratamiento. Existen excepciones en situaciones de urgencia cuando se ha determinado que los pacientes pueden lastimarse ellos mismos o a otras personas.

¿CÓMO ACTÚAN LOS PSICOTRÓPICOS?*

Casi todos los medicamentos tienen sus efectos en la sinapsis neuronal, producen cambios en la liberación de neurotransmisores y los receptores a los que se fijan (figu-



Medicación psicotrópica

La medicación afecta la función psíquica, comportamiento o la experiencia.

*Tomado de Glod and Levy (1998), con autorización.

Concepto Central

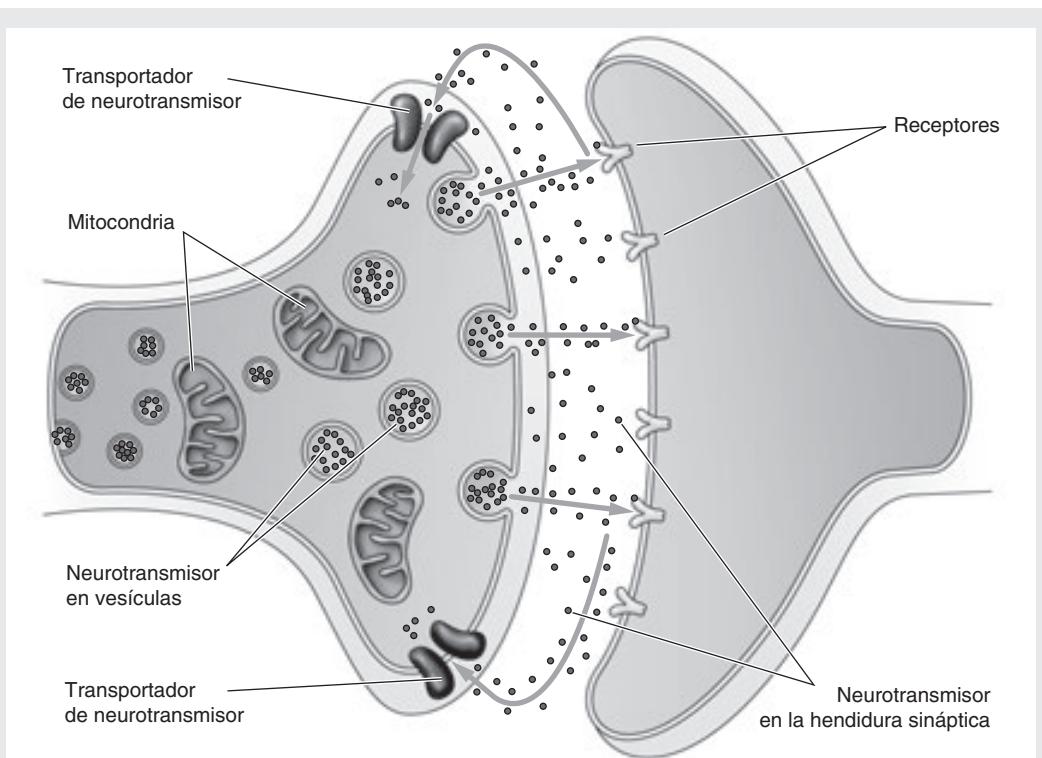
Neurotransmisor

Es un químico que se almacena en las terminales del axón de la neurona presináptica. Un impulso eléctrico a través de la neurona estimula la liberación de los neurotransmisores a la hendidura sináptica, la cual a su vez determina si se genera otro impulso.

Receptor

Moléculas situadas en la membrana celular que son sitios de fijación para los neurotransmisores.

ra 11-1). Los investigadores presentan la hipótesis de que casi todos los antidepresivos trabajan bloqueando la recaptación de los neurotransmisores, en especial, la serotonina y la norepinefrina. La *recaptación* es el proceso de inactivar al neurotransmisor, éste se reabsorbe en la neurona presináptica de la cual ha sido liberada; esto permite que mayor cantidad de serotonina y norepinefrina esté disponible para la transmisión neuronal; no obstante, el bloqueo de la serotonina y norepinefrina también puede tener efectos colaterales indeseables (cuadro 11-1). Algunos antidepresivos también bloquean los sitios receptores que no están relacionados con sus mecanismos de acción;



La transmisión de los impulsos eléctricos desde el axón terminal de una neurona a la dendrita de otra que se lleva a cabo por la liberación controlada de los neurotransmisores en la brecha sináptica. Los neurotransmisores incluyen serotonina, norepinefrina, acetilcolina, dopamina, glutamato, ácido gamma-aminobutírico (GABA) e histamina, entre otros. Antes de su liberación, los neurotransmisores se concentran en vesículas sinápticas especializadas; una vez activadas, se libera el neurotransmisor en la hendidura sináptica donde encuentra los receptores (cada neurotransmisor tiene receptores específicos) en la membrana postsináptica. Algunos neurotransmisores se consideran *excitadores*, mientras que otros son *inhibidores*, una característica que determina el potencial de acción que va a ocurrir. En la brecha sináptica, el neurotransmisor se difunde con rapidez, se cataboliza por acción enzimática, o es captado por transportadores de neurotransmisores y regresan a las vesículas dentro de la terminal del axón hasta el siguiente potencial de acción.

Los medicamentos psicotrópicos ejercen sus efectos en varias formas en esta área de transmisión sináptica. Los inhibidores de recaptación bloquean la recuperación de los neurotransmisores por el transporte de proteínas, lo que ocasiona mayores concentraciones de neurotransmisores extracelulares. Los fármacos que inhiben las enzimas catabólicas promueven la acumulación de neurotransmisores en el sitio de sinapsis.

Algunos medicamentos provocan el bloqueo del receptor, por lo tanto, se reduce la transmisión y se disminuye la actividad del neurotransmisor; estos medicamentos se llaman *antagónicos* y los fármacos que aumentan la actividad de los neurotransmisores por estimulación directa de los receptores específicos son los *agonistas*.

FIGURA 11-1 Área de transmisión sináptica que es alterada por los fármacos.

CUADRO 11 – 1 Efectos Psicotrópicos en Neurotransmisores

Ejemplo de Medicamento	Acción en Neurotransmisor y/o Receptor	Efectos Fisiológicos	Efectos Colaterales
SSRI	Inhibe la recaptación de la serotonina (5-HT)	Reduce la depresión Controla la ansiedad Controla las obsesiones	Náusea, agitación, dolor de cabeza, disfunción sexual
Antidepresivos tricíclicos	Inhibe la recaptación de la serotonina (5-HT) Inhibe la recaptación de norepinefrina (NE) Bloquea receptor de norepinefrina (α_1) Bloquea receptor de acetilcolina Bloquea receptor de histamina (H_1)	Reduce depresión Alivia dolor grave Previene ataques de pánico	Disfunción sexual (norepinefrina y 5-HT) Sedación, aumento de peso (H_1) Boca seca, constipación, visión borrosa, retención de orina (acetilcolina) Hipotensión postural y taquicardia (α_1)
MAOI	Aumenta norepinefrina y 5-HT por inhibición de la enzima que los degrada (monoaminoxidasa-A)	Reduce depresión Controla la ansiedad	Sedación, vértigo Disfunción sexual Crisis hipertensivas (interacción con tiramina)
Trazodona y nefazodona	Antagonismo del receptor 5-HT ₂ Bloqueo de receptor adrenérgico	Reduce depresión Reduce ansiedad	Náusea (5-HT) Sedación Ortostasis (α_1) Priapismo (α_2)
SSRI—venlafaxina y duloxetina	Potente inhibidor de serotonina y recaptación de norepinefrina Débil inhibidor de la recaptación de dopamina	Reduce depresión Alivia dolor de neuropatías (duloxetina) Alivia ansiedad (venlafaxina)	Náusea (5-HT) ↑ sudación (5-HT) Insomnio (alfa) Tremores (alfa) Disfunción sexual (5-HT)
Bupropión	Inhibe la recaptación de 5-HT, norepinefrina y dopamina (D)	Reduce depresión Ayuda a dejar de fumar Disminuye síntomas de ADHD	Insomnio, boca seca, temblores, convulsiones
Antipsicóticos —fenotiazinas y haloperidol	Fuerte bloqueador del receptor D ₂ Débil bloqueador de receptores acetilcolina, receptores H ₁ , α_1 -adrenérgico y 5-HT ₂	Alivia psicosis Alivia ansiedad (Algunos) alivian la náusea y vómito y el hipo intratable	Visión borrosa, boca seca, disminución de sudación, constipación, retención urinaria, taquicardia (acetilcolina) Síndrome extrapiramidal (D ₂) Aumento de prolactina plasmática (D ₂) Sedación, ganancia de peso (H_1) Dificultad eyaculatoria (5-HT ₂) Hipotensión ortostática (alfa)
Antipsicóticos (novel): clozapina, olanzapina, aripiprazol, quetiapina risperidona, ziprasidona	Receptor antagonista de 5-HT ₂ D ₁ – D ₅ (varía con el fármaco) H ₁	Alivia psicosis (con mínimos o ningún síntoma de síndrome extrapiramidal) Alivia la ansiedad Alivia manía aguda	Potencial con algunos fármacos para síndrome extra piramidal leve (D ₂) Sedación, ganancia de peso (H_1)
	Adrenérgico α_1 Muscarínico (acetilcolina)		Ortostasis y vértigo (adrenérgico-alfa) Visión borrosa, boca seca, disminución de la sudación, constipación, retención urinaria, taquicardia (acetilcolina)
Ansiolíticos —benzodiazepinas	Se fija a sitios del receptor BZ en el complejo receptor GABA _A ; aumenta la afinidad del receptor para ácido gamma-aminobutírico	Alivia ansiedad Sedación	Dependencia (con uso prolongado) Confusión; trastorno de la memoria; incoordinación motora
Ansiolítico—buspirona	5-HT _{1A} agonista D ₂ agonista D ₂ antagonista	Alivia la ansiedad	Náusea, dolor de cabeza, vértigo Inquietud

GABA, ácido gamma-aminobutírico.

éstos incluyen receptores α -adrenérgicos, histaminérgicos, colinérgicos muscarínicos; el bloqueo de estos receptores está relacionado con el desarrollo de ciertos efectos colaterales.

Los medicamentos antipsicóticos bloquean los receptores de dopamina y algunos colinérgicos muscarínicos, histaminérgicos y α -adrenérgicos. Los antipsicóticos "atípicos" bloquean un receptor específico de la serotonina; las benzodiacepinas facilitan la transmisión del neurotransmisor inhibidor ácido gamma-aminobutírico (GABA). Los psicoestimulantes aumentan la liberación de norepinefrina, serotonina y dopamina.

Aunque cada medicamento psicotrópico afecta la neurotransmisión, los fármacos específicos dentro de cada clase tienen efectos neuronales variables. Sus mecanismos de acción exactos son desconocidos. Muchos de los efectos neuronales ocurren de manera intensa; sin embargo, sus efectos terapéuticos pueden tardar semanas en presentarse, tal es el caso de los antidepresivos y antipsicóticos. Las alteraciones agudas en la función neuronal no explican por completo cómo funcionan estos medicamentos y las reacciones neurofarmacológicas a largo plazo se deben más a los niveles elevados de norepinefrina y serotonina que a su mecanismo de acción. Investigaciones recientes sugieren que los efectos terapéuticos se relacionan con la adaptación del sistema nervioso a las concentraciones elevadas de neurotransmisores. Estos cambios de adaptación resultan de un mecanismo de homeostasis parecido al de un termostato, que regula a la célula y la mantiene en equilibrio.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

En el cuadro 11-1 se presenta una herramienta de valoración para obtener una historia de medicamentos que se puede adaptar al uso del personal de enfermería para pacientes ingresados al hospital, o por los estudiantes de medicina que desean utilizarlo con privilegios prescriptivos. También puede ser útil para que el paciente dé su consentimiento, necesario antes del tratamiento farmacológico.

Sustancias Antiansiolíticas

Datos de Valoración de Antecedentes

Indicaciones

Los medicamentos contra la ansiedad también llamados *ansiolíticos* y *tranquilizadores menores* son utilizados en el

tratamiento de trastornos de ansiedad, síntomas de ansiedad, abstinencia alcohólica aguda, espasmo musculoesquelético, trastornos convulsivos, estados epilépticos y anestesia preoperatoria. No se ha evaluado su eficacia por períodos mayores a cuatro meses. Los ejemplos de los ansiolíticos usados con más frecuencia se presentan en el cuadro 11-2.

Acción

Los ansiolíticos deprimen los niveles subcorticales del sistema nervioso central (SNC), en particular el sistema límbico y la formación reticular. Pueden potenciar los efectos del poder inhibidor del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico GABA en el cerebro, por lo tanto, producen un efecto sedante. Pueden afectar o deprimir al SNC en todos sus niveles, desde sedación ligera, hipnosis, hasta coma.

Contraindicaciones/Precauciones

Los ansiolíticos están contraindicados en individuos con hipersensibilidad a cualquiera de los fármacos dentro de la clasificación (p. ej., ansiolíticos) o grupo (p. ej., benzodiazepinas). No se debe tomar en combinación con otros depresivos del SNC y se contraindican en embarazo y lactación, glaucoma de ángulo cerrado, choque y coma.

Se debe tener cuidado en administrar estos medicamentos a pacientes mayores o debilitados y aquellos con disfunción hepática o renal (por lo general, se debe disminuir la dosis); también en pacientes con historia de abuso de fármacos o adicción, y en los que son depresivos o suicidas. En los pacientes depresivos, los depresivos del SNC pueden exacerbar los síntomas.

Interacciones

Se puede presentar un aumento en los efectos de los medicamentos ansiolíticos cuando se toman con alcohol, barbitúricos, narcóticos, antipsicóticos, antidepresivos, antihistamínicos, bloqueadores neuromusculares, cimetidina o disulfiram, y con depresivos herbales (p. ej., kavakava y valeriana). La disminución en los efectos de estos medicamentos se puede notar al fumar un cigarro y consumir cafeína.

Diagnóstico

Se pueden considerar los siguientes diagnósticos de enfermería para los pacientes que reciben tratamiento con ansiolíticos:

- Riesgo de lesiones relacionadas con convulsiones de pánico; abstinencia abrupta después de uso a largo plazo; efectos de intoxicación o sobredosis.

RECUADRO 11-1 Herramienta de Valoración Médica

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Edad _____

Estado civil _____

Hijos _____

Ocupación _____

Síntomas que presenta (subjetivos)

y objetivos) _____

Diagnóstico (DSM-IV-TR)

Signos vitales presentes: Presión arterial: Sentado _____ / _____; De pie _____ / _____; Pulso _____

Respiraciones _____

USO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS ACTUALES/PASADOS (indique con “a” o “p” además del nombre para uso “a” actual o “p” pasados):

Nombre	Dosis	Tiempo de tomarlo	Razón de prescripción	Por quién	Efectos colaterales/Resultados
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

USO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE ACTUALES/PASADOS (indique con “a” o “p” además del nombre del medicamento):

Nombre	Dosis	Tiempo de tomarlo	Razón de prescripción	Por quién	Efectos colaterales/Resultados
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

USO ACTUAL O PASADO DE DROGAS, ALCOHOL, NICOTINA Y/O CAFEÍNA (indique con “a” o “p” además del nombre de la droga):

Nombre	Cantidad usada	Frecuencia	Última vez	Efectos producidos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Mencione cualquier alergia alimenticia
o a medicamentos _____Mencione cualquier consideración
especial en la dieta _____

¿Tiene cualquiera de los siguientes síntomas o afecciones (o las ha tenido)? En caso de ser afirmativo, explique en el reverso de la hoja.

Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Dificultad para tragar	_____	12. Dolor en el pecho	_____	24. Bultos en los	_____
2. Demora en sanar	_____	13. Coágulos de sangre/	_____	pechos	_____
una herida	_____	dolor en las piernas	_____	25. Visión borrosa	_____
3. Problemas de	_____	14. Desmayos	_____	o doble	_____
constipación	_____	15. Tobillos/piernas/	_____	26. Zumbido en	_____
4. Problemas para orinar	_____	manos hinchadas	_____	los oídos	_____
5. Cambios recientes en	_____	16. Asma	_____	27. Insomnio	_____
los patrones de	_____	17. Venas varicosas	_____	28. Exantema	_____
eliminación	_____	18. Entumecimiento/	_____	29. Diabetes	_____
6. Debilidad o temblores	_____	hormigueo	_____	30. Hepatitis	_____
7. Convulsiones	_____	(localización)	_____	(u otras	_____
8. Dolores de cabeza	_____	19. Úlceras	_____	enfermedades	_____
9. Vértigo	_____	20. Náusea/vómito	_____	hepáticas)	_____
10. Presión arterial alta	_____	21. Problemas de diarrea	_____	31. Enfermedad	_____
11. Palpitaciones	_____	22. Respiración	_____	renal	_____
		entrecontada	_____	32. Glaucoma	_____
		23. Disfunción sexual	_____		

(continúa)

RECUADRO 11-1 Herramienta de Valoración Médica (continuación)

¿Está usted embarazada o lactando? _____ Fecha de la última menstruación _____

Tipo de anticonceptivo utilizado _____

Describa cualquier restricción o limitaciones que puedan interferir con el uso de la medicación para su problema presente _____

Otras prescripciones:

El paciente muestra medicamentos relacionados prescritos:

Exámenes de laboratorio o referencias prescritas:

Nombre de la enfermera _____

Firma del paciente _____

- Riesgo por intolerancia asociada a los efectos colaterales de sedación y letargo.
- Riesgo por confusión aguda asociada a la acción del medicamento en el SNC.

Planeación/Realización

El plan de atención debe incluir el seguimiento de los efectos colaterales de los ansiolíticos. Las implicaciones en enfermería relacionadas con cada uno de los efectos colaterales se designan con un asterisco (*).

- Somnolencia, confusión, letargo (efectos colaterales más comunes)

*Instruir al paciente para que no maneje automóvil o maquinaria peligrosa mientras toma los medicamentos.

- Tolerancia; dependencia física y psicológica (no aplica la buspirona)

*Instruir al paciente en el tratamiento a largo plazo para que no deje de tomar el medicamento de manera

abrupta, ya que puede amenazar la vida. Los síntomas incluyen depresión, insomnio, aumento de ansiedad, dolores abdominales y musculares, temblores, vómito, sudación, convulsiones y delirio.

- Capacidad para potenciar los efectos de otros depresivos

*Instruir al paciente para que no beba alcohol o ingiera otros medicamentos que depriman el SNC mientras toma los medicamentos.

- Es posible que se agraven los síntomas en personas deprimidas

*Valorar diariamente el estado de ánimo del paciente.

*Tomar las precauciones necesarias si existe suicidio potencial.

- Hipotensión ortostática

*Revisar presión arterial en reposo y de pie, y cualquier cambio en el pulso.

*Instruir al paciente sobre levantarse despacio al estar acostado o sentado.

CUADRO 11-2 Medicamentos Ansiolíticos

Clase química	Nombre Genérico	Categorías Controladas	Vida Media (h)	Rango de Dosis Diaria en Adultos (mg)
<i>Antihistamínicos</i>	Hidroxizina		3	100-400
<i>Benzodiazepinas</i>	Alprazolam	CIV	6-26	0.75-4
	Clordiazepóxido	CIV	5-30	15-100
	Clonazepam	CIV	18-50	1.5-20
	Clorazepato	CIV	40-50	15-60
	Diazepam	CIV	20-80	4-40
	Lorazepam	CIV	10-20	2-6
	Oxazepam	CIV	5-20	30-120
<i>Propanediolas</i>	Meprobamato	CIV	6-17	400-2 400
<i>Azaspironodecanedionas</i>	Buspirona		2-11	15-60

- Efecto paradójico (el paciente desarrolla síntomas opuestos a los efectos deseados del medicamento)
 - *Suspender el medicamento y notificar al médico.
- Boca seca
 - *Que el paciente tome pequeños sorbos de agua, chupe cubitos de hielo o dulce, o mastique goma de mascar con azúcar.
- Náusea y vómito
 - *Que el paciente tome el medicamento con los alimentos y leche.
- Discrasias sanguíneas
 - *Síntomas de dolor de garganta, fiebre, malestar general, equimosis, o sangrado inusual que deben ser informados al médico de manera inmediata.
- Inicio retardado (sólo con buspirona)
 - *Asegurarse de que el paciente entienda que necesita un periodo de 10 días a dos semanas entre el inicio del tratamiento con buspirona y la disminución de los síntomas de ansiedad. El paciente debe continuar la medición en este periodo.

NOTA: Este medicamento no se recomienda para administración por razón necesaria debido a este efecto terapéutico retardado. No hay evidencia de que la buspirona produzca tolerancia o dependencia física durante este tiempo.

Educación del Paciente y la Familia

El paciente debería:

- No manejar ni operar maquinaria peligrosa, ya que se puede presentar somnolencia y vértigo.
- No dejar de tomar el medicamento de manera abrupta ya que esto puede ocasionar graves síntomas de abstinencia, como depresión, insomnio, ansiedad, dolores musculares y abdominales, temblores, vómito, sudación, convulsiones y delirio.
- (Sólo con buspirona): Estar atento al tiempo entre el inicio del tratamiento y la disminución de los síntomas. El alivio por lo general es evidente a los 10 y 14 días. El paciente debe tomar el medicamento de manera regular, como se prescribió para que tenga suficiente tiempo para hacer efecto.
- No consumir otros depresivos del SNC (incluso alcohol).
- No tomar medicamentos sin prescripción ni aprobación del médico.
- Levantarse despacio del asiento después de estar acostado para prevenir un descenso rápido de la presión arterial.
- Informar al médico inmediatamente los síntomas de dolor de garganta, fiebre, malestar general, moretones, sangrado inusual o inquietud motora.
- Estar atento a los riesgos de tomar este medicamento durante la gestación (se ha relacionado con malformaciones congénitas durante el primer trimestre). La paciente debe notificar al médico el deseo de suspender el medicamento si se sospecha o planea un embarazo.

ciones congénitas durante el primer trimestre). La paciente debe notificar al médico el deseo de suspender el medicamento si se sospecha o planea un embarazo.

- Estar atento a posibles efectos colaterales. Debe referirse a las indicaciones escritas proporcionadas por los proveedores de cuidado de la salud en relación al método correcto de autoadministración.
- Llevar consigo todo el tiempo una tarjeta con los nombres de los medicamentos que se estén tomando.

Criterios de Resultado y Evaluación

Los siguientes criterios pueden evaluar la seguridad de la terapéutica con los medicamentos ansiolíticos.

El paciente:

- Demuestra disminución de ansiedad, tensión e inquietud.
- No presenta crisis convulsivas.
- No presenta lesiones físicas.
- Es capaz de tolerar actividades usuales sin sedación excesiva.
- No muestra evidencia de confusión.
- Tolera los medicamentos sin trastornos gastrointestinales (GI).
- Expresa que entiende la necesidad para, efectos colaterales de, y el esquema de automedicación.
- Expresa las consecuencias posibles de suspender de manera abrupta la medicación.

Antidepresivos

Datos de Valoración de Antecedentes

Indicaciones

Los medicamentos antidepresivos se utilizan para el tratamiento de trastorno distímico; depresión mayor con melancolía o síntomas psicóticos; depresión asociada con enfermedad orgánica, alcoholismo, esquizofrenia o retraso mental; fase depresiva del trastorno bipolar; y depresión acompañada de ansiedad. Estos medicamentos elevan el estado de ánimo y alivian otros síntomas relacionados con depresión moderada a grave. En el cuadro 11-3 se presentan ejemplos de los medicamentos antidepresivos usados con más frecuencia.

Acción

Estos medicamentos actúan principalmente para aumentar la concentración de norepinefrina, serotonina y dopamina, o ambas en el organismo. Esto se lleva a cabo en el cerebro por bloqueo de la recaptación de estos neurotransmisores por las neuronas (tricíclicos, inhibidores de recaptación de serotonina selectivos y otros). También, a través de la enzima monoaminooxidasa (MAO), que se

CUADRO 11 – 3 Medicamentos Antidepresivos

Clase Química	Nombre Genérico	Rango de Dosis Diaria en Adultos (mg)*
Tricíclicos	Amitriptilina Amoxapina Clomipramina Desipramina Doxepina Imipramina Nortriptilina Protriptilina Trimipramina	50-300 50-600 25-250 25-300 25-300 30-300 30-100 15-60 50-300
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ISRS	Citalopram Fluoxetina Fluvoxamina Escitalopram Paroxetina Sertralina	20-60 20-80 50-300 10-20 10-50 50-200
Inhibidores de la monoaminoxidasa	Isocarboxazida Fenelzina Tranilcipromina	20-60 45-90 30-60
Otros	Bupropión Maprotilina Mirtazapina Trazodona Nefazodona Venlafaxina Duloxetina	200-450 50-225 15-45 150-600 200-600 75-375 40-60
Combinaciones psicoterapéuticas	Olanzapina y fluoxetina Clordiazepóxido y amitriptilina	6/25-12/50 20/50-60/150

*La dosis requiere un ajuste lento; la reacción al tratamiento es de 1 a 4 semanas.

conoce por inactivar la norepinefrina, serotonina y dopamina, es inhibida en varios sitios del sistema nervioso (MAO inhibidores [MAOI]).

Contraindicaciones/Precauciones

Los medicamentos antidepresivos están contraindicados en individuos con hipersensibilidad, en pacientes en fase de recuperación aguda después de infarto al miocardio y en individuos con glaucoma de ángulo cerrado.

Se debe tener cuidado en la administración de estos medicamentos en personas mayores, en pacientes débiles y aquellos con insuficiencia renal o cardíaca, en general se debe disminuir la dosis. También es importante tener cuidado con pacientes psicóticos, con hipertrrofia prostática, y en sujetos con historia de convulsiones (puede disminuir el umbral convulsivo).

NOTA: Como estos fármacos tienen efecto y mejoran el estado de ánimo, el individuo puede presentar aumento de la energía, con la cual logra realizar un plan de suicidio. Con frecuencia el potencial de sui-

cidio aumenta conforme disminuye la depresión. El personal de enfermería debe estar atento a cambios repentinos de humor.

Interacciones

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS. Cuando se utilizan inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI) se pueden presentar crisis hiperpirética, **crisis hipertensiva**, convulsiones graves y taquicardia. El uso de estos medicamentos puede disminuir la respuesta terapéutica a algunos antihipertensiones (clonidina, guanetidina). Se puede presentar depresión potencial con el uso concurrente de depresivos del SNC, ya que los efectos simpatomiméticos y anticolinérgicos potencializados se presentan con el uso de otros medicamentos que tienen las mismas propiedades. El incremento de los efectos de los antidepresivos tricíclicos puede ocurrir con bupropión, cimetidina, haloperidol, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (SSRI) y ácido valproico.

MAOI (INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDA- SA). Se pueden presentar crisis hipertensivas con el uso

CUADRO 11 – 4 Restricciones de Dieta y Medicamentos para Pacientes en Tratamiento con MAOI

Alimentos que Contienen Tíramina		
Elevado Contenido de Tíramina (Evítese Mientras esté en Tratamiento con MAOI)	Contenido Moderado de Tíramina (Se Pueden Comer de Manera Ocasional Mientras esté en Tratamiento)	Bajo Contenido de Tíramina (Cantidades Limitadas Permitibles Mientras se está en Tratamiento)
<p>Quesos añejados (cheddar, suizo, Camembert, queso azul, parmesano, provolone, romano, brie)</p> <p>Arroces, frijoles fava, frijoles italianos refritos, guisantes chinos en vaina</p> <p>Vino tinto (Chianti, burgundy, cabernet sauvignon)</p> <p>Alimentos ahumados y procesados (salami, bologna, pepperoni, salsa summer)</p> <p>Caviar, arenques encurtidos, carne de vaca cocinada y enlatada, hígado de pollo o de res</p> <p>Salsa de soya, levadura de cerveza, ablandador para carnes (MSG)</p>	<p>Queso gouda, queso procesado americano, mozzarella</p> <p>Yogurt, crema ácida</p> <p>Aguacates, plátanos</p> <p>Cerveza, vino blanco, café, refresco de cola, té, chocolate caliente</p> <p>Extractos de carne, como el bouillon</p> <p>Chocolate</p>	<p>Quesos pasteurizados (queso crema, queso cottage, ricotta)</p> <p>Higos</p> <p>Licores destilados (con moderación)</p>

Restricciones de Medicamentos
<p><i>La ingestión de las siguientes sustancias mientras se está en tratamiento con MAOI puede provocar crisis hipertensivas fatales. Se recomienda hacer un intervalo de 14 días entre el uso de estos medicamentos y de MAOI.</i></p> <p>Otros antidepresivos (tricíclicos; SSRI)</p> <p>Simpatomiméticos (epinefrina, dopamina, norepinefrina, efedrina, seudoefedrina, fenilefrina, fenilpropanolamina, preparaciones de mostrador para la tos y el resfrió)</p> <p>Estimulantes (anfetaminas, cocaína, metildopa, medicamentos para bajar de peso)</p> <p>Antihipertensivos (metildopa, guanetidina, reserpina)</p> <p>Meperidina y (tal vez) otros opioides narcóticos (morfina, codeína)</p> <p>Medicamentos antiparkinsonianos (levodopa)</p>

Fuente: Adaptado de Sadock and Sadock (2003) and Marangell, et al (2003).

concurrente de anfetaminas, metildopa, levodopa, dopamina, epinefrina, norepinefrina, reserpina, vasoconstrictores, o ingestión de alimentos que contienen tíramina (cuadro 11-4). Se puede presentar hipertensión o hipotensión, coma, convulsiones y muerte con meperidina u otros analgésicos narcóticos, cuando se utilizan con MAOI. La hipotensión potencializada puede presentarse y el uso concomitante de antihipertensivos o anestesia espinal y los MAOI; reacciones graves y potencialmente fatales pueden ocurrir con el uso de otros antidepresivos como carbamazepina, ciclobenzaprina, maprotilina, furazolidona, procarbazina, o selegilina. Utilícelos por un periodo de diferencia de dos semanas (cinco semanas después del tratamiento con fluoxetina).

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA (SSRI). El uso de SSRI con cimetidina puede ocasionar aumento en las concentraciones y, a su vez, se presentan crisis de hipertensión a los 14 días del uso de MAOI; y con el alcohol se presenta trastorno de las habilidades mentales y motoras. El **síndrome de serotonina** se presenta con el uso de MAOI, otros medicamentos

que aumentan la serotonina, tales como triptófano, anfetaminas y otros psicoestimulantes; otros antidepresivos que aumentan los niveles 5-HT; o buspirona, litio o agonistas de dopamina (p. ej., amantadina, bromocriptina). El uso recurrente de SSRI puede aumentar los efectos de hidantoínas, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, beta-bloqueadores, carbamazepina, clozapina, haloperidol, fenotiazina, hierba de San Juan, sumatriptán, simpatomiméticos, tacrina, teofilina y warfarina.

Diagnóstico

Los siguientes diagnósticos de enfermería pueden ser considerados por los pacientes que reciben tratamiento medicamentoso con antidepresivos:

- Riesgo de suicidio relacionado con humor depresivo.
- Riesgo de lesiones relacionadas con los efectos colaterales de sedación, umbral de convulsiones disminuido, hipotensión ortostática, **priapismo**, fotosensibilidad, arritmias, crisis hipertensivas o síndrome serotoninérgico.
- Aislamiento social relacionado con humor depresivo.

- Constipación relacionada con los efectos colaterales de la medicación.

Planeación/Realización

El plan de cuidado debe incluir la vigilancia de los siguientes efectos colaterales de los medicamentos antidepresivos. Las implicaciones de enfermería se señalan con un asterisco (*). En el cuadro 11-5 se presenta un perfil general de los efectos colaterales de los antidepresivos.

● Puede ocurrir con toda clase de medicamentos:

- Boca seca
 - *Ofrezca al paciente dulces sin azúcar, hielo, pequeños sorbos de agua.
 - *Es importante la higiene estricta de la boca.
- Sedación
 - *Petición referida al médico para que el medicamento se tome al ir a dormir.
 - *Petición referida al médico para disminuir la dosis o tal vez un sedante menos fuerte.
 - *Instruir al paciente para que no maneje o utilice equipo peligroso mientras se experimenta la sedación.

● Náusea

*Los medicamentos pueden ser tomados con los alimentos para disminuir los problemas gastrointestinales.

● Síndrome de discontinuación

*Todas las clases de antidepresivos tienen diferente potencial para causar el síndrome de interrupción. La suspensión abrupta después de un largo periodo de tratamiento con estos medicamentos y venlafaxina puede ocasionar vértigo, letargo, dolor de cabeza y náusea; la fluoxetina parece provocar menos síntomas de abstinencia por su efecto prolongado. La suspensión repentina de los tricíclicos pueden producir hipomanía, acatasis, arritmias cardíacas y convulsiones de pánico. El síndrome de discontinuación relacionado con MAOI incluye confusión, hipomanía y se agravan los síntomas depresivos. Todos los medicamentos antidepresivos se deben retirar de manera gradual para prevenir los síntomas de abstinencia (Haddad, 2001).

● Ocurre con más frecuencia con los tricíclicos:

- Visión borrosa

CUADRO 11 – 5 Perfiles de Efectos Colaterales de Medicamentos Antidepresivos

	Efectos Colaterales SNC		Efectos Colaterales Cardiovasculares		Otros Efectos Colaterales		
	Sedación	Insomnio/ Agitación	Hipotensión Ortostática	Arritmia Cardiaca	Trastornos Gas- trointestinales	Aumento de Peso	Anticolí- néricos*
Amitriptilina	4+	0	4+	3+	0	4+	4+
Clomipramina	3+	0	2+	3+	2+	1+	3+
Desipramina	1+	1+	2+	2+	0	1+	1+
Doxepin	4+	0	2+	2+	0	3+	3+
Imipramina	3+	1+	4+	3+	1+	3+	3+
Nortriptilina	1+	0	2+	2+	0	1+	1+
Protriptilina	1+	1+	2+	2+	0	0	2+
Trimipramina	4+	0	2+	2+	0	3+	1+
Amoxaprina	2+	2+	2+	3+	0	1+	2+
Maprotilina	4+	0	0	1+	0	2+	2+
Mirtazapina	4+	0	0	1+	0	2+	2+
Trazodona	4+	0	1+	0	1+	0	0
Nefazodona	3+	0	1+	0	1+	0	0
Bupropión	0	2+	0	1+	1+	0	0
Fluoxetina	0	2+	0	0	3+	0	0
Fluvoxamina	0	2+	0	0	3+	0	0
Paroxetina	0	2+	0	0	3+	0	0
Sertralina	0	2+	0	0	3+	0	0
Citalopram	1+	2+	0	0	3+	0	0
Escitalopram	0	2+	0	0	3+	0	0
Venlafaxina	0	2+	0	0	3+	0	0
Duloxetina	0	1+	0	0	3+	0	0
MAOI (MAOI)	1+	2+	2+	0	1+	2+	1+

CLAVE: 0 = Ausente o raro.

1+ = Infrecuente.

2+, 3+ = Relativamente común.

4+ = Frecuente.

*Boca seca, visión borrosa, orina intermitente, constipación.

- *Asegurarle al paciente que este síntoma debe ir disminuyendo después de unas pocas semanas.
- *Instruir al paciente de no conducir hasta que se aclare la visión.
- *Retirar pequeños objetos de los caminos principales para prevenir caídas.
- **Constipación**
 - *Ordenar alimentos con mucha fibra; aumentar la ingestión de líquidos si no está contraindicado, y alentar al paciente a aumentar el ejercicio físico, si es posible.
- **Retención de orina**
 - *Instruya al paciente a que informe si hay incapacidad para orinar o si es vacilante.
 - *Observe lo ingerido y lo que sale.
 - *Trate varios métodos para estimular la orina, como escuchar agua corriendo en el baño o dejar caer agua en el área perineal.
- **Hipotensión ortostática**
 - *Explicarle al paciente que se levante con lentitud después de estar acostado o de estar sentado.
 - *Revisar presión arterial (de pie y en reposo) con frecuencia, documentarla e informar los cambios significativos.
 - *Evitar baños de agua caliente prolongados o baños en tina.
- **Reducción del umbral al dolor**
 - *Observar a los pacientes con historia de convulsiones.
 - *Tome precauciones para crisis convulsivas como se especifica en el manual de procedimientos del hospital.
 - *Se debe administrar buproprión en dosis mayores a 150 mg y en intervalos de seis horas, por lo menos, este medicamento se ha relacionado con una incidencia relativamente alta de actividad convulsiva en pacientes anoréxicos y caquéticos.
- **Taquicardia; arritmias**
 - *Observe con cuidado la presión arterial, pulso y ritmo, informe al médico cualquier cambio significativo.
- **Fotosensibilidad**
 - *Asegúrese de que el paciente use protector solar, ropa y anteojos mientras esté fuera.
- **Ganancia de peso**
 - *Proporcione instrucciones para una dieta baja en calorías.
 - *Aliente a que el paciente aumente su actividad, si es apropiado.
- **Ocurre con mayor frecuencia con SSRI**
 - **Insomnio; agitación**
 - *Administre el medicamento o instruya al paciente para que tome el medicamento en la mañana temprano.
 - *Explíquele al paciente que evite tomar alimentos y bebidas que contengan cafeína.
 - *ENSEÑE al paciente técnicas de relajación para usar antes de ir a dormir.
 - **Dolor de cabeza**
 - *Administrar analgésicos, como se prescribieron.
 - *Pedir al médico que recete otro SSRI u otra clase de antidepresivos.
 - **Perder peso (puede ocurrir al principio del tratamiento)**
 - *Asegúrese de que el paciente tenga la suficiente ingesta calórica para mantener el peso deseado.
 - *Es necesario tener cuidado en la prescripción de estos medicamentos a pacientes anoréxicos.
 - *Pesar al paciente si es posible, diario o cada tercer día, a la misma hora, y en la misma báscula.
 - *Después del uso prolongado, algunos pacientes pueden ganar peso con SSRI.
 - **Disfunción sexual**
 - *Los hombres pueden informar eyaculación anormal o impotencia.
 - *Las mujeres pueden experimentar retraso o pérdida del orgasmo.
 - *Si los efectos colaterales se vuelven intolerables, puede ser necesario cambiar el medicamento por otro antidepresivo.
 - **Síndrome serotoninérgico (puede ocurrir cuando dos medicamentos que potencializan la neurotransmisión serotoninérgica se utilizan de manera concurrente [ver “Interacciones”]).**
 - *Los síntomas más frecuentes incluyen cambios en el estado mental, inquietud, mioclonías, hiperreflexia, taquicardia, presión arterial lóbil, diaforesis, escalofríos y temblores.
 - *Suspenda el medicamento de manera inmediata.
 - *El médico prescribirá medicamentos para bloquear los receptores de serotonina, se aliviará la hipertermia y la rigidez muscular, y se prevendrán las convulsiones. Se puede requerir ventilación artificial.
 - *La condición por lo general se resuelve por sí sola una vez que se suspende el medicamento; sin embargo, si la medicación no se suspende, el estado del paciente puede progresar a un estado más grave y llegar a ser fatal (Schatzberg, Cole y DeBattista, 2005).
 - **Ocurre con más frecuencia con MAOI:**
 - **Crisis hipertensiva**
 - *Las crisis hipertensivas se presentan si el individuo consume alimentos que contengan tiramina mientras reciben terapia con MAOI (ver cuadro 11-4).
 - *Los síntomas de crisis hipertensiva incluyen dolor de cabeza occipital grave, palpitaciones, náusea/vómito, rigidez de la nuca, fiebre, sudoración, aumento

marcado de la presión arterial, dolor en el pecho y coma.

*Tratamiento de crisis hipertensiva: suspenda el medicamento de manera inmediata; revise signos vitales, administre medicación antihipertensiva de corta acción como lo recomiende el médico, y utilice medidas externas para controlar hiperpirexia.

- **Efectos colaterales misceláneos:**

- **Priapismo (con trazodona)**

*El priapismo es un efecto colateral poco frecuente, pero ha ocurrido en algunos individuos que toman trazodona.

*Si el paciente se queja de erecciones del pene prolongadas o inapropiadas, se suspende la medicación y se notifica al médico de manera inmediata.

*El priapismo puede volverse muy problemático, requerir intervención quirúrgica, y si no se trata con éxito, puede ocasionar impotencia.

- **Insuficiencia hepática (con nefazodona)**

*Se han informado casos de insuficiencia hepática que amenazan la vida en pacientes tratados con nefazodona.

*Avise a los pacientes que estén atentos a signos o síntomas sugerentes de disfunción hepática (p. ej., ictericia, anorexia, trastornos gastrointestinales, o malestar general) y repórtelo al médico de manera inmediata.

Educación del Paciente y Familia

El paciente debe:

- Continuar tomando el medicamento incluso cuando los síntomas no han disminuido; el efecto terapéutico puede no ser visto hasta por cuatro semanas. Si después de este periodo no se observa una mejoría, el médico debe prescribir otro medicamento.
- Tener precaución de manejar u operar maquinaria peligrosa, debido al vértigo o al mareo que pueden manifestar. Si estos efectos colaterales se vuelven persistentes o interfieren con las actividades diarias, el paciente debe informarlo al médico para ajustar la dosis.
- No dejar de tomar el medicamento de manera abrupta, ya que se podrían producir síntomas de abstinencia, tales como náusea, vértigo, dolor de cabeza, malestar general, y pesadillas.
- Si toma un tricíclico, utilice loción bloqueadora y ropas protectoras al estar en exteriores, la piel se puede volver sensible a las quemaduras.
- Informar la presentación de cualquiera de los síntomas al médico de manera inmediata: dolor de garganta, fiebre, malestar general, piel amarilla, sangrado inusual, moretones que salen con facilidad, náusea/vómito per-

sistente, dolor de cabeza grave, aumento de frecuencia cardiaca, dificultad para orinar, pérdida de peso/anorexia, convulsiones, rigidez del cuello y dolor en el pecho.

- Levantarse despacio después de estar sentado o acostado para prevenir una repentina caída de la presión arterial.
- Tomar pequeños sorbos de agua, masticar goma de mascar sin azúcar, o chupar un dulce si se seca la boca. Es muy importante una buena higiene bucal (cepillado frecuente y el uso de hilo dental).
- No consumir los siguientes alimentos o medicamentos mientras se toma MAOI: quesos añejos, vino (en especial el Chianti), cerveza, chocolate, refresco de cola, café, té, crema ácida, hígado de pollo o de res, higos enlatados, salsa de soya, alimentos fermentados o demasiado maduros, arenques curtidos, salsas preservadas, yogurt, productos de levaduras, habas, remedios fríos, píldoras de dieta. Todos estos alimentos pueden causar crisis hipertensivas que amenazan la vida.
- Evitar fumar mientras se está en tratamiento con tricíclicos, ya que se aumenta el metabolismo del medicamento, lo que requeriría un ajuste de la dosis para obtener el efecto terapéutico.
- No beber alcohol mientras se está en tratamiento con antidepresivos, ya que se potencializan los efectos de éstos.
- No consumir otros medicamentos (incluso medicamentos de mostrador) sin aprobación del médico mientras se está en tratamiento con antidepresivos, ya que muchos medicamentos contienen sustancias que combinadas con los antidepresivos, pueden ocasionar una crisis de hipertensión que amenace la vida.
- Notificar al médico de manera inmediata si se presentan erecciones inapropiadas o prolongadas mientras se toma trazodona. Si la erección persiste por más de una hora, busque tratamiento en urgencias. Esta condición es poco frecuente, pero ha ocurrido en algunos hombres que han tomado este medicamento, si no se resuelve de inmediato puede provocar impotencia.
- No duplicar la dosis de medicamento si se olvida una dosis de bupropión, a menos que lo recomiende el médico. Tomar bupropión en dosis divididas disminuye el riesgo de convulsiones y otros efectos adversos.
- Estar consciente de los posibles riesgos de tomar antidepresivos durante la gestación, no se ha establecido el uso seguro de estos medicamentos durante gestación y lactación. Se cree que éstos atraviesan la barrera placentaria, si es así el feto puede experimentar efectos adversos. Informe de manera inmediata al médico si se sospecha de un embarazo o se está planeando.
- Estar atento de los efectos colaterales de los antidepresivos. Refiérase a las instrucciones de los proveedores de atención a la salud para automedicación segura.

- Llevar consigo en todo momento una tarjeta u otra identificación que describa el tipo de medicamentos que está tomando.

Criterios de Resultado/Evaluación

Los siguientes criterios se pueden utilizar para evaluar la eficacia de terapia con los medicamentos antidepresivos:

El paciente:

- No se ha lastimado él mismo.
- No ha experimentado lesiones causadas por efectos colaterales tales como priapismo, crisis hipertensivas, fotosensibilidad o síndrome de serotonina.
- Muestra signos vitales dentro de los límites normales.
- Manifiesta síntomas de mejoría en el ánimo (vivacidad, interactúa con otros, mejora su higiene, pensamientos y patrones de comunicación claros).
- Participa de manera voluntaria en actividades e interactúa de manera apropiada con los demás.

Sustancias Estabilizadoras del Humor

Datos de Valoración de Antecedentes

Por muchos años, el medicamento de elección para el tratamiento y manejo de manía bipolar era el carbonato de litio; sin embargo, en años recientes algunos investigadores y médicos en la práctica clínica han tenido resultados satisfactorios con otros medicamentos, solos o combinados con litio; el cuadro 11-6 proporciona información sobre la indicación, acción, y contraindicaciones y precauciones de varios medicamentos para ser utilizados como estabilizadores del ánimo.

Interacciones

CARBONATO DE LITIO. Con la acetazolamida, diuréticos osmóticos y teofilina se puede aumentar la excreción renal de litio, y disminuye con medicamentos antiinflamatorios no esteroides y diuréticos de tiazida. También existe un riesgo mayor de neurotoxicidad con el uso concurrente de litio con carbamazepina, haloperidol, o metildopa; el uso concomitante con fluoxetina o diuréticos de asa puede provocar aumento en las concentraciones sanguíneas de litio. En el caso del uso concomitante con litio se aumentan los efectos de los agentes bloqueadores neuromusculares o antidepresivos tricíclicos, y disminuye la sensibilidad de simpaticomiméticos; cuando se combina con fenotiazinas puede causarse neurotoxicidad, disminuyendo las concentraciones de fenotiazina o aumentando las de litio; en el caso del verapamilo se puede provocar disminución en los niveles de litio o intoxicación por el mismo.

CLONAZEPAM. Los efectos del clonazepam pueden aumentarse con el uso concomitante de depresivos del

SNC, cimetidina, anticonceptivos hormonales, disulfiram, fluoxetina, isoniazida, ketaconazol, metoprolol, propoxifeno, propranolol o ácido valproico. Los efectos del clonazepam se disminuyen con la rifampicina, barbitúricos, teofilina o fenitoína; el uso concomitante puede ocasionar mayores concentraciones de fenitoína y menor eficacia de levodopa.

CARBAMAZEPINA. Los efectos de carbamazepina se pueden disminuir con verapamilo, diltiazem, propoxifeno, eritromicina, claritromicina, SSRI, antidepresivos, cimetidina, barbitúricos, isoniazida, o danazol. Los efectos de este medicamento se pueden disminuir con felbamato, hidantoínas, o fenobarbital. El uso concurrente con carbamazepina puede disminuir las concentraciones de corticosteroides, doxiciclina, felbamato, quinidina, warfarina, barbitúricos anticonceptivos que contienen estrógeno, ciclosporina, benzodiacepinas, teofilina, lamotrigina, ácido valproico, bupropión y haloperidol.

ÁCIDO VALPROICO. Los efectos del ácido valproico pueden aumentar por clorpromazina, cimetidina, eritromicina, felbamato o salicilatos, y disminuyen por rifampicina, carbamazepina, colestiramina, lamotrigina, fenobarbital o fenitoína. El uso concomitante de ácido valproico puede aumentar los efectos de los antidepresivos tricíclicos, carbamazepina, depresivos del SNC, etosuximida, lamotrigina, fenobarbital, fenitoína, warfarina, y otras sustancias antiplaquetarias o zidovudina.

LAMOTRIGINA. Los efectos de este medicamento se aumentan por los inhibidores de folatos o ácido valproico; en cambio se disminuyen por primidona, fenobarbital, fenitoína, rifampicina, succinimidas, o carbamazepina. El uso concomitante con lamotrigina puede disminuir las concentraciones de ácido valproico.

GABAPENTINA. Los antiácidos reducen la biodisponibilidad de la gabapentina; la coadministración de ésta con cimetidina ocasiona una pequeña disminución de excreción renal de gabapentina.

TOPIRAMATO. Los efectos de este medicamento se disminuyen con fenitoína, carbamazepina o ácido valproico. El uso concomitante de topiramato con alcohol u otros depresivos de SNC pueden potenciar el efecto de estos últimos o puede tener efectos adversos cognitivos o neuropsiquiátricos. Existe riesgo de formación de cálculos en riñón con la coadministración de topiramato con inhibidores de anhidrasa carbónica (p. ej., acetazolamida o diclorfenamida); por otra parte se puede ver comprometida la eficacia de los anticonceptivos orales con este medicamento, y se puede disminuir la concentración de digoxina sérica por el uso de topiramato.

VERAPAMIL. Se puede presentar hipotensión potencializada con el fentanil, otros antihipertensores, nitratos, alcohol, quinidina; por otra parte, los efectos antihipertensores de este medicamento se pueden disminuir con

CUADRO 11 – 6 Medicamentos Estabilizadores del Ánimo

Clasificación: Genéricos	Indicaciones	Mecanismo de Acción	Contraindicaciones/ Precauciones	Rango de Dosis Diarias en Adultos
Antimaníacos Carbonato de litio	Prevención y tratamiento de episodios maníacos de trastorno bipolar. También utilizado para depresión bipolar. Usos no etiquetados: Depresión Neutropenia Migraine, profilaxis de dolor de cabeza Dependencia de alcohol	No se entiende por completo, pero aumenta la recaptación de nor-epinefrina y serotonina, disminuye las concentraciones en el organismo lo que disminuye hiperactividad (puede tardar de una a tres semanas para que disminuyan los síntomas).	Hipersensibilidad Enfermedad cardíaca o renal, deshidratación; depleción de sodio; daño cerebral; gestación y lactación. Precaución con trastornos tiroideos, diabetes, retención urinaria, historia de convulsiones, y con personas mayores.	Manía aguda 1 800-2 400 mg Mantenimiento: 900-1 200 mg Rangos terapéuticos: Manía aguda: 1.0-1.5 meq/L Mantenimiento: 0.6-1.2 meq/L
Anticonvulsivos Clonazepam	Ausencia, acinético y convulsiones mioclónicas. Uso no etiquetado: manía bipolar.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad. Glaucoma, enfermedad hepática, lactación. Precaución con personas mayores, enfermedad hepática/renal, gestación.	0.75-16 mg
Carbamazepina	Epilepsia generalizada y convulsiones psicomotoras. Usos no etiquetados: manía bipolar, reacciones de ira, esquizofrenia resistente.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad. Con MAOI, lactación. Precaución con personas mayores, enfermedad hepática/renal/cardíaca, gestación.	200-1 200 mg
Ácido valproico	Ausencia de convulsiones. Usos no etiquetados: manía bipolar, profilaxis de migraña.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad; enfermedad hepática. Precaución con personas mayores, enfermedad renal/cardíaca, gestación y lactación.	500-1 500 mg
Lamotrigina	Convulsiones tónico-clónicas generalizados; convulsiones de ausencia y mioclónicos. Uso no etiquetado: trastorno bipolar.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad. Precaución en insuficiencia renal y hepática, gestación, lactación y niños <16 años.	50-200 mg
Gabapentina	Convulsiones parciales con y sin generalización en adultos con epilepsia. Uso no etiquetado: trastorno bipolar.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad. Precaución en insuficiencia renal, gestación, lactancia, niños y personas mayores.	900-3 600 mg
Topiramato	Inicio de convulsiones parciales. Uso no etiquetado: trastorno bipolar.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad. Precaución en trastornos renales y hepáticos, gestación, lactación, niños y personas mayores.	100-200 mg
Bloqueador de los conductos de calcio Verapamil	Angina, arritmias, hipertensión. Uso no etiquetado: manía bipolar, profilaxis de dolor de cabeza/migraña.	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad; bloqueo cardíaco, hipotensión, choque cardíogeno, insuficiencia cardíaca congestiva, gestación y lactación. Precaución en enfermedades hepáticas o renales, cardiomiopatías, presión intracranal, personas mayores.	160-480 mg

Clasificación: Genéricos	Indicaciones	Mecanismo de Acción	Contraindicaciones/ Precauciones	Rango de Dosis Diarias en Adultos
Antipsicóticos				
Olanzapina	Esquizofrenia	No está clara la función en el tratamiento de trastorno bipolar.	Hipersensibilidad; niños; lactación;	Olanzapina 5-20 mg
Asipripasol	Manía bipolar		Precaución con enfermedades hepáticas o cardiovasculares, historia de convulsiones, comatosos u otra depresión de SNC, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo estrecho, gestación, pacientes mayores y debilitados.	Aripiprazol 10-30 mg
Clorpromazina				Clorpromazina 75-400 mg
Quetiapina				Quetiapine 400-800 mg
Risperidona				Risperidona 1-6 mg
Ziprasidone				Ziprasidona 40-160 mg

antiinflamatorios no esteroides; por otra parte, puede aumentar las concentraciones séricas de digoxina. El uso de verapamil con beta-bloqueadores, digoxina, disopiramida o fenitoína pueden provocar bradicardia, defectos en la conducción o insuficiencia cardiaca congestiva. Con ciclosporina, prazosina, quinidina o carbamazepina puede disminuir el metabolismo de aumentar el riesgo de toxicidad de los medicamentos antes mencionados. El verapamil puede disminuir la eficacia de rifampicina y aumentar los efectos paralizantes de músculos de las sustancias bloqueadoras neuromusculares no despolarizantes. Con compuestos de vitamina D y calcio se puede disminuir la eficacia del verapamil, en cambio éste puede alterar las concentraciones en suero del litio.

ANTIPSICÓTICOS. El uso de estos medicamentos con otros depresivos o con alcohol puede producir depresión potencial del SNC; con clorpromazina o beta-bloqueadores produce mayores efectos de ambos. Disminuye las concentraciones plasmáticas de aripiprazol, olanzapina, risperidona y ziprasidona con carbamazepina. En cambio aumenta las concentraciones de aripiprazol, risperidona y ziprasidona con el ketaconazol y eritromicina. Se aumentan los efectos de quetiapina con el uso de cimetidina; y los de olanzapina con fluvoxamina o fluoxetina, y de risperidona con fluoxetina y paroxetina. Por otro lado, se disminuyen los efectos de los agonistas de dopamina con olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona. Los efectos de aripiprazol aumentan con el uso de la quinidina. Se obtiene menor efecto de quetiapina con fenitoína o tioridazina, y de aripiprazol con valproato.

Diagnóstico

Los siguientes diagnósticos de enfermería se pueden considerar para pacientes que reciben tratamiento con estabilizadores del humor:

- Riesgo de una lesión relacionada con hiperactividad maníaca.

- Riesgo de violencia autodirigida o hacia los demás relacionadas con enojo sin resolver dirigido a sí mismo o al ambiente.
- Riesgo de lesión relacionado con intoxicación por litio.
- Riesgo de intolerancia a la actividad relacionada con los efectos colaterales de vértigo y mareo.

Planeación y Realización

El plan de cuidado debe incluir la observación de efectos colaterales del tratamiento con estos fármacos e intervenir cuando sea necesario para prevenir la presentación de eventos adversos relacionados con la administración de estabilizadores del ánimo. En el cuadro 11-7 se presentan los efectos colaterales y las implicaciones de enfermería para dichos medicamentos.

Intoxicación por litio

El margen entre las concentraciones terapéuticas y tóxicas del carbonato de litio es muy estrecho, es decir, los valores comunes de concentraciones séricas terapéuticas son:

- Para manía aguda: 1.0 a 1.5 meq/L
- Para mantenimiento: 0.6 a 1.2 meq/L

Las concentraciones séricas de litio se deben revisar una o dos veces por semana después del tratamiento inicial hasta que las dosis y las concentraciones sean estables, después se hace cada mes durante el mantenimiento. Las muestras de sangre se deben tomar 12 horas después de la última dosis.

Los síntomas de intoxicación por litio empiezan a aparecer cuando las concentraciones de éste en sangre son mayores a 1.5 meq/L y se determina la dosis. Los síntomas incluyen:

- **A concentraciones séricas de 1.5 a 2.0 meq/L:** Visión borrosa, ataxia, tinnitus, náusea y vómito persistente, diarrea grave.
- **A concentraciones séricas de 2.0 a 3.5 meq/L:** Producción excesiva de orina diluida, aumento de temblo-

CUADRO 11 – 7 Efectos Colaterales e Implicaciones de Enfermería de los Estabilizadores de Ánimo

Medicamento	Efectos Colaterales	Implicaciones de Enfermería
Antimaníacos		
Carbonato de litio	1. Somnolencia, vértigo, dolor de cabeza 2. Boca seca; sed 3. Trastornos gastrointestinales; náusea/vómito 4. Temblor fino de las manos 5. Hipotensión; arritmias; irregularidades en el pulso 6. Poliuria; deshidratación 7. Ganancia de peso	1. Asegúrese que el paciente no participa en actividades que tenga que estar alerta u operar maquinaria peligrosa. 2. Proporcione dulces sin azúcar, frecuentes sorbos de agua. Asegúrese de que tenga higiene bucal. 3. Administre medicamentos con los alimentos para disminuir los trastornos gastrointestinales. 4. Informe al médico, quien puede disminuir la dosis. Algunos médicos prescriben una pequeña dosis de beta-bloqueador propranolol para contrarrestar este efecto. 5. Revise los signos vitales dos o tres veces al día. El médico puede disminuir la dosis del medicamento. 6. Puede disminuir después de la primera o segunda semana. Revise la ingestión y eliminación diaria y el peso. Revise la turgencia de la piel diariamente. 7. Instruya para reducir las calorías en la dieta. Enfatice la importancia de mantener una ingestión adecuada de sodio.
Anticonvulsivos		
Clonazepam Carbamazepina Ácido valproico Gabapentina Lamotrigina Topiramato	1. Náusea/vómito 2. Somnolencia; vértigo 3. Discrasias sanguíneas 4. Tiempo de sangrado prolongado 5. Riesgo de exantema grave 6. Disminución de la eficacia con anticonceptivos orales (con topiramato)	1. Puede dar con los alimentos para disminuir los trastornos gastrointestinales. 2. Asegúrese que el paciente no maneje ni opere maquinaria peligrosa, o que participe en actividades en que tiene que estar alerta. 3. Asegúrese que el paciente entiende la importancia de las pruebas sanguíneas regulares mientras se recibe el tratamiento de anticonvulsivos. 4. Asegúrese que el recuento plaquetario y el tiempo de sangrado están determinados antes del inicio del tratamiento con ácido valproico. Busque sangrado o moretones espontáneos. 5. Asegúrese que el paciente informe al médico evidencia de exantema de manera inmediata. 6. Asegúrese que el paciente está atento a la disminución de la eficiencia de los anticonceptivos orales con el uso concomitante.
Bloqueador del conducto de calcio		
Verapamil	1. Somnolencia; vértigo 2. Hipotensión; bradicardia 3. Náusea 4. Constipación	1. Asegúrese que el paciente no maneje ni opere maquinaria peligrosa, o que participe en actividades en que tiene que estar alerta. 2. Revise los signos vitales al inicio del tratamiento y después diariamente con la administración del medicamento. El médico dará parámetros aceptables para la administración. Informe los cambios marcados de manera inmediata. 3. Puede dar con los alimentos para disminuir trastornos gastrointestinales. 4. Aliente la ingestión de líquidos (si no está contraindicado) y fibra en la dieta.
Antipsicóticos		
Olanzapina Aripiprazol Clorpromazina Quetiapina Risperidona Ziprasidone	1. Somnolencia; vértigo 2. Boca seca; constipación 3. Aumento de apetito y peso 4. Cambios en el electrocardiograma 5. Síntomas extrapiramidales 6. Hiperglucemia y diabetes	1. Asegúrese que el paciente no maneje ni opere maquinaria peligrosa, o que participe en actividades donde tiene que estar alerta. 2. Proporcione dulces sin azúcar o goma de mascar, hielo, y frecuentes sorbos de agua. Proporcione alimentos ricos en fibra; aliente la actividad física y los líquidos; si no está contraindicado. 3. Proporcione una dieta controlada de calorías; ejercicio físico, y una dieta e instrucción de ejercicios. 4. Revise los signos vitales. Observe los síntomas de vértigo, palpitations, síncope o debilidad. 5. Observe en busca de síntomas. Administre medicación p.r.n. al primer signo. 6. Revise la glucosa sanguínea con regularidad. Observe la presentación de síntomas de polidipsia, poliuria, polifagia y debilidad en cualquier momento del tratamiento.

res, irritabilidad, retardo psicomotor, confusión mental, mareo.

- **A concentraciones séricas de 3.5 meq/L:** Conciencia alterada, nistagmo, convulsiones, coma, oliguria/anuria, arritmias, infarto al miocardio, colapso cardiovascular.

Las concentraciones de litio se deben revisar antes de administrar el medicamento; suspender las dosis y notificar al médico si las concentraciones llegan a 1.5 meq/L o a la primera observación o informe del paciente, incluso al síntoma más leve. Si no se trata, la intoxicación por litio puede ser fatal.

El litio es similar en estructura química al sodio, y en el organismo se comporta de manera muy similar, por lo que compite en varios sitios con el sodio. Si se disminuye la ingestión o si se reduce en el organismo al sodio normal (p. ej., debido a sudación excesiva, fiebre o diuresis), el litio se reabsorbe por los riñones y aumenta la toxicidad de este medicamento; por lo tanto, el paciente debe consumir una dieta adecuada de sodio al igual que 3 000 ml de líquido por día; llevar registros diarios de ingestión, eliminación y peso del paciente.

Educación del Paciente y de la Familia

El paciente debe:

- Tomar los medicamentos de manera regular, incluso si se siente bien. Descontinuar el medicamento ocasiona el regreso de los síntomas.
- No conducir u operar maquinaria peligrosa hasta que se estabilicen las concentraciones de litio; se puede presentar vértigo y mareo.
- No disminuir la ingestión de sodio de la dieta; se deben consumir alimentos de la pirámide alimenticia y evitar comida “chatarra”, además beber de seis a ocho vasos de agua al día y evitar las bebidas que contengan cafeína (café, té, bebidas de cola), que causan mayor producción de orina.
- Avisar al médico si se presenta vómito o diarrea, ya que estos síntomas también pueden provocar pérdida de sodio y por consiguiente aumentar el riesgo de intoxicación.
- Llevar consigo una tarjeta o identificación donde notifique que está tomando litio.
- Estar atento a tener una buena dieta para evitar subir de peso, que se puede convertir en un problema, incluso sodio adecuado y otros nutrientes mientras se disminuye la cantidad de calorías.
- Estar atento a los riesgos de quedar embarazada mientras se está en tratamiento con litio. Revise la información de los proveedores para considerar los métodos de anticoncepción, y notifique de inmediato al médico si se sospecha de un embarazo o si lo planea.
- Prestar atención a los efectos colaterales y a los síntomas relacionados con intoxicación, avisar al médico si se presenta cualquiera de los siguientes síntomas: náusea y vómito persistentes, diarrea grave, ataxia, visión borrosa, tinnitus, producción de orina excesiva, aumento de temblores o confusión mental.
- Referirse a las indicaciones de los proveedores mientras se recibe tratamiento de mantenimiento auto-administrado. Hacer citas de seguimiento como paciente externo; hágase revisiones de las concentraciones de litio en sangre cada mes o cada dos o cuando lo recomiende el médico.

Educación del Paciente y de la Familia (Anticonvulsivos)

El paciente debe:

- No suspender de manera abrupta el medicamento. Los médicos proporcionan recetas para reponer el medicamento cuando se discontinúe el tratamiento.
- Informar los siguientes síntomas al médico de manera inmediata: sangrado inusual, moretones espontáneos, dolor de garganta, fiebre, malestar, orina oscura y piel u ojos amarillos.
- No manejar u operar maquinaria peligrosa hasta que la reacción al medicamento se estabilice.
- Evitar consumir alcohol o medicamentos no prescritos sin la aprobación del médico.
- Llevar una tarjeta todo el tiempo con los nombres de los medicamentos que se estén tomando.

Educación del Paciente y de la Familia (Antagonistas de los Conductos de Calcio)

El paciente debe:

- Tomar el medicamento con los alimentos si se presentan malestares gastrointestinales.
- Ser cuidadoso al manejar o cuando se opera maquinaria peligrosa, ya que puede sentir vértigo, mareo y visión borrosa.
- No suspender de manera abrupta el medicamento, porque puede ocasionar problemas cardiovasculares.
- Informar la manifestación de cualquiera de los siguientes síntomas al médico de manera inmediata: latidos cardíacos irregulares, acortamiento de la respiración, tumefacción de pies y manos, vértigo pronunciado, dolor en el pecho, cambios profundos de ánimo, dolor de cabeza grave y persistente.
- Levantarse despacio después de estar sentado o acostado para prevenir un repentino descenso de la presión arterial.
- No consumir otros medicamentos (incluso medicamentos de mostrador) sin la aprobación del médico.
- Llevar consigo una tarjeta todo el tiempo con la descripción de los medicamentos que se estén tomando.

Educación del Paciente y la Familia (Antipsicóticos)

Esta información se incluye en la siguiente sección en “medicamentos antipsicóticos”.

Criterios de Resultados y Evaluación

Se pueden utilizar los siguientes criterios para evaluar la eficacia del tratamiento con los fármacos estabilizadores del ánimo.

El paciente:

- Está manteniendo estabilidad del ánimo.
- No se ha lastimado a sí mismo o a otros.
- No ha experimentado ninguna lesión por hiperactividad.
- Es capaz de participar en actividades sin excesiva sedación o vértigo.
- Mantiene peso corporal apropiado.
- No muestra signos de intoxicación por litio.
- Expresa la importancia de tomar el medicamento de manera regular y presentarse para pruebas sanguíneas en el laboratorio con regularidad.

Medicamentos Antipsicóticos

Datos para Evaluación de Antecedentes

Indicaciones

Los medicamentos antipsicóticos también son llamados *tranquilizantes principales o neurolépticos*; son utilizados en el tratamiento de psicosis agudas y crónicas, en particular cuando se acompañan por aumento de actividad psicomotora. Los fármacos seleccionados se usan como antieméticos (clorpromazina, perfenazina, proclorperazina), en el tratamiento de hipo incontrolable (clorpromazina, perfe-

nazina) y para el control de tics y emisiones vocales en el síndrome de Tourette (haloperidol, pimozida). En el cuadro 11-8 se presentan los medicamentos antipsicóticos utilizados con más frecuencia.

Acción

Se desconocen los mecanismos exactos de acción, pero se piensa que bloquean los receptores postsinápticos de dopamina en los ganglios basales, hipotálamo, sistema límbico, tallo cerebral y médula. Nuevos medicamentos pueden tener propiedades antipsicóticas en receptores específicos para dopamina, serotonina y otros neurotransmisores. Los efectos antipsicóticos pueden estar relacionados con la inhibición de la transmisión de impulsos neurales mediados por la dopamina (capítulo 3).

Contraindicaciones/Precauciones

Estos medicamentos están contraindicados en pacientes con hipersensibilidad conocida (se puede presentar sensibilidad cruzada con las fenotiazinas); no se deben utilizar cuando es evidente la depresión del SNC, en discrasias sanguíneas, en pacientes con enfermedad de Parkinson, o con insuficiencia hepática, cardiaca o renal.

Se debe tener cuidado en administrar estos fármacos a pacientes mayores, gravemente enfermos, o debilitados, diabéticos, con insuficiencia respiratoria, hipertrofia prostática u obstrucción intestinal. Los antipsicóticos pueden disminuir el umbral convulsivo. Las personas que utilizan estos medicamentos deben evitar la exposición a temperaturas extremas, mientras están bajo tratamiento. No se ha establecido que sean seguros durante la gestación y lactancia.

Interacciones

Se observaron efectos anticolinérgicos cuando se administraron antipsicóticos en combinación con otros

CUADRO 11 – 8 Sustancias Antipsicóticas

Clase Química	Genérico	Rango de Dosis Diaria (mg)
Fenotiazinas	Clorpromazina Flufenazina Perfenazina Proclorperazina Tioridazina Trifluoperazina Tiotixeno Risperidona Paliperidona Haloperidol Loxapina Molindona Clozapina Pimozida Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Aripiprazol	75-400 2.5-10 12-64 15-150 150-800 4-40 6-30 1-6 6-12 1-100 20-250 15-225 300-900 2-10 5-20 150-750 40-160 10-30
Tioxantenos		
Benzisoxazol		
Butirofenona		
Dibenzoxazepina		
Dihidroindolona		
Dibenzodiazepine		
Defenilbutilpiperidina		
Tienobenzodiazepina		
Dibenzotiazepina		
Benzotia-zolilpiperazina		
Dihidrocarnostiril		

medicamentos que producen estos resultados (p. ej., antihistamínicos, antidepresivos, fármacos antiparkinsonianos). Se pueden presentar efectos de hipotensión con bloqueadores beta-adrenérgicos (p. ej., propranolol, metoprolol). Los antiácidos y antidiarreicos pueden disminuir la absorción de antipsicóticos. Los barbitúricos pueden aumentar el metabolismo y disminuir la eficacia de estos medicamentos. Se puede presentar depresión potenciada del SNC con alcohol, antihistamínicos, antidepresivos, sedantes hipnóticos y ansiolíticos.

Diagnóstico

Se pueden considerar los siguientes diagnósticos de enfermería para los pacientes que reciben tratamiento con antipsicóticos:

- Riesgo de violencia hacia los demás relacionada con pánico o desconfianza hacia los otros.
- Riesgo de lesiones relacionadas con los efectos colaterales de sedación, fotosensibilidad, reducción del umbral de convulsiones, **agranulocitosis, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno**.
- Riesgo de intolerancia a la actividad relacionada con los efectos colaterales de sedación, visión borrosa y debilidad.
- No seguir el esquema de prescripción relacionado con sospecha o desconfianza hacia los demás.

Planeación/Realización

El plan de atención debe incluirse en la observación de los siguientes efectos colaterales de medicamentos antipsicóticos. Las implicaciones de enfermería relacionadas con cada uno de los efectos colaterales se muestran con un asterisco (*). En el cuadro 11-9 se presenta un perfil de efectos colaterales que compara varios de estos medicamentos.

● Efectos anticolinérgicos

- Boca seca
 - *Proporcione al paciente dulces sin azúcar o goma de mascar, hielo y sorbos frecuentes de agua.
 - *Asegúrese que el paciente practique higiene bucal estricta.
- Visión borrosa
 - *Explique que este síntoma disminuirá en pocas semanas.
 - *Aconseje al paciente que no maneje hasta que se aclare la visión.
 - *Quitar pequeñas cosas del paso para evitar caídas.
- Constipación
 - *Comer alimentos ricos en fibra; aumentar la actividad física e ingerir líquidos si no está contraindicado.
- Retención urinaria

*Avisar al paciente que informe cualquier dificultad para orinar, revisar lo ingerido y eliminado.

● Náusea; malestar gastrointestinal

*Las tabletas y las cápsulas se pueden administrar con comida para minimizar el malestar estomacal.

* Las concentraciones pueden ser diluidas y administradas con jugo y otros líquidos; pueden mezclarse antes de la administración.

● Exantema

*Informar al médico la aparición de cualquier exantema en la piel.

*Evitar aplicar fórmulas líquidas en la piel; se puede presentar dermatitis de contacto con algunos de estos medicamentos.

● Sedación

*Discutir con el médico la posibilidad de administrar el medicamento antes de dormir.

*Discutir con el médico una posible disminución de la dosis o una prescripción con un sedante menos fuerte.

*Advertir al paciente que no maneje u opere maquinaria peligrosa mientras experimenta la sedación.

● Hipotensión ortostática

*Advierta al paciente de levantarse despacio después de estar acostado o sentado.

*Revise la presión arterial (de pie y en reposo) cada cambio; documente y informe los cambios importantes.

● Fotosensibilidad

*Asegúrese de que el paciente utilice protector solar, ropa y anteojos para el sol mientras está en exteriores.

● Efectos hormonales

- Disminución de la libido, **eyaculación retrógrada, ginecomastia** (hombres)

*Proporcione una explicación de los efectos y confirme la reversibilidad; si es necesario, discuta con el médico la posibilidad de cambiar el medicamento.

- **Amenorrea** (mujeres)

*Confirme la reversibilidad; instruya al paciente que continúe el uso de anticoncepción, debido a que la amenorrea no es indicativa de cese de la ovulación.

- Ganancia de peso

*Revise el peso del paciente cada tercer día; ordene una dieta controlada de calorías; proporcione la oportunidad para el ejercicio físico; provea al paciente de información sobre la dieta y el ejercicio.

- Cambios en electrocardiograma, que incluyen prolongación de intervalo QT, son posibles con casi todos los antipsicóticos; en particular con ziprasidona; se debe tener cuidado en prescribir este medicamento a individuos con historia de arritmias; lo mismo que en condiciones que producen hipocaliemia e hipomagnesemia o ambas, tales como terapia diurética o diarrea. Se deben hacer estudios de electrocardiograma antes de

CUADRO 11 – 9 Comparación de Efectos Colaterales Entre los Medicamentos Antipsicóticos

Clase Química	Nombre Genérico	Síntomas Extra-piramidales	Sedación	Anticolinérgicos	Hipotensión Ortostática	Convulsiones
<i>Fenotiazinas</i>	Clorpromazina	3	4	3	4	4
	Flufenazina	5	2	2	2	2
	Perfenazina	4	2	2	2	3
	Proclorperazina	4	3	2	2	4
	Tioridazina	2	4	4	4	1
	Trifluoperazina	4	2	2	2	2
<i>Tioxantenos</i>	Tiotixeno	4	2	2	2	2
Benzisoxazole	Risperidona	1	1	1	3	1
Butirofenona	Paliperidona	1	1	1	3	1
Dibenzoxazepina	Haloperidol	5	1	1	1	1
Dihidroindolona	Loxapina	4	3	2	3	4
Dibenzodiazepina	Molindona	4	1	2	2	2
Tienobenzo-diazepina	Clozapina	1	5	5	4	4
Difenilbutil-piperidina	Olanzapina	1	3	2	1	1
Dibenzotiazepina	Pimozida	4	3	2	2	2
Benzotia-zolilpiperazina	Quetiapina	1	3	2	1	1
Dihidrocabostiril	Ziprasidona	1	2	1	1	1
	Aripiprozole	2	2	1	3	2

Clave: 1 = Muy bajo

2 = Bajo

3 = Moderado

4 = Elevado

5 = Muy elevado

Fuente: Adaptado de Schatzberg, Cole y DeBattista (2005); *Drug Facts and Comparisons* (2007); y Tandon y Jibson (2003).

iniciar el tratamiento con la terapia y hacer un electrocardiograma de manera periódica durante el tratamiento.

*Revise signos vitales cada cambio.

*Observe si se presentan síntomas de vértigo, palpitaciones, síncope o debilidad.

- Reducción del umbral convulsivo.

*Ponga especial atención a pacientes con historia de convulsiones.

*NOTA: Esto es particularmente importante con pacientes que reciben clozapina, ya que las convulsiones afectan 1 a 5% de los pacientes que toman este medicamento. El riesgo de convulsiones con clozapina aumenta en dosis de más de 550 mg/día (Schatzberg, Cole y DeBattista, 2005).

- Agranulocitosis

*Es muy poco frecuente con la mayor parte de los antipsicóticos; por lo general se presenta en los prime-

ros tres meses de tratamiento, observe si hay síntomas de dolor de garganta, fiebre, malestar; en caso de que se presenten éstos se realiza un conteo sanguíneo completo.

*EXCEPCIÓN. Existe un riesgo significativo de agranulocitosis con clozapina; la agranulocitosis es un trastorno de la sangre potencialmente fatal en el cual el conteo de leucocitos del paciente (WBC) puede disminuir a concentraciones bajas en extremo, por lo que se debe tomar una muestra y hacer un conteo de leucocitos, y un conteo absoluto de neutrófilos (ANC) al inicio del tratamiento con este medicamento y cada semana los primeros seis meses del mismo. Sólo se puede suspender una semana el medicamento a la vez, si el recuento permanece dentro de los valores aceptables (p. ej., conteo de leucocitos de por lo menos 3 500/mm³ y conteo absoluto de neutrófilos de por lo menos 2 000/mm³) durante seis meses, los conteos sanguíneos se pueden revisar cada dos semanas, y se puede suspen-

der el medicamento por dos semanas. Si el recuento permanece estable por un periodo de dos semanas, entonces los exámenes de sangre se hacen cada cuatro semanas. Cuando se suspende el medicamento, se realizan exámenes de conteo de glóbulos blancos cada semana por cuatro semanas más.

- **Hipersalivación (con clozapina)**

*Algunos pacientes que toman este medicamento presentan salivación extrema. Ofrezca apoyo al paciente porque esto puede ser una situación muy vergonzosa, e incluso puede ser un asunto importante (p. ej., riesgo de aspiración) si el problema es muy grave.

- **Síntomas extrapiramidales (EPS)**

*Observe los síntomas e informe; administre fármacos antiparkinsonianos como se prescribe (cuadro 11-10).

- **Seudoparkinsonismo** (temblores, arrastrar los pies al caminar, salivar, rigidez)

*Los síntomas pueden aparecer uno a cinco días después de iniciada la medicación con antipsicóticos; se presenta con más frecuencia en mujeres, ancianos y pacientes deshidratados.

- **Acinesia** (debilidad muscular)

*Lo mismo que para seudoparkinsonismo.

- **Acatisia** (inquietud continua y nerviosismo)

*Esto ocurre con más frecuencia en mujeres; los síntomas pueden ocurrir 50 a 60 días después de iniciada la terapia.

- **Distorión** (movimientos musculares involuntarios [espasmos] de la cara, piernas y cuello).

*Esto se presenta con más frecuencia en hombres y en personas de menos de 25 años de edad.

- **Crisis oculógira** (giro no controlado de los ojos hacia atrás)

*Esto puede aparecer como parte del síndrome descrito como distonía, y puede confundirse con un ataque. Tanto la distonía como la crisis oculógira deben tratarse como una situación de urgencia. Se debe avisar al médico, por lo general se aplica por vía intravenosa o intramuscular mesilato de benzotropina. Permanezca con el paciente, apóyelo durante este momento aterrador.

- **Discinesia tardía** (son extraños movimientos de la lengua y del rostro, rigidez del cuello y dificultad para tragar)

*Todos los pacientes que reciben terapia con antipsicóticos a largo plazo (meses o años) tienen el riesgo de presentar este problema.

*Los síntomas son potencialmente irreversibles.

* Se debe suspender el medicamento al primer signo, que pueden ser movimientos vermiciformes de la lengua; la acción inmediata puede prevenir la irreversibilidad.

- **Síndrome neuroléptico maligno (NMS)**

*Los síntomas incluyen rigidez muscular parkinsoniana, hiperpirexia de más de 41.67°C, taquicardia, taquipnea, fluctuaciones de la presión arterial, diaforesis y deterioro rápido del estado mental, desde estupor hasta coma.

*Esta complicación del tratamiento con neurolépticos es poco frecuente, pero potencialmente fatal. Se deben hacer valoraciones sistemáticas que incluyan medir la temperatura y observar los síntomas parkinsonianos.

*Los síntomas se pueden presentar a las pocas horas o incluso años después de haber iniciado el tratamiento,

CUADRO 11 – 10 Medicamentos Antiparkinsonianos Utilizados para Tratar Efectos Colaterales de Medicamentos Antipsicóticos

Indicación	Utilizados para tratar parkinsonismo de varias causas y reacciones extrapiramidales producidas por fármacos.	
Acción	Restaura el equilibrio natural de la acetilcolina y dopamina en SNC. El desequilibrio es una deficiencia de dopamina que resulta de una actividad colinérgica excesiva.	
Contraindicaciones/precauciones	Los medicamentos antiparkinsonianos están contraindicados en individuos con hipersensibilidad. Se deben evitar los anticolinérgicos para individuos con glaucoma de ángulo cerrado; obstrucciones pilóricas, duodenales, o del cuello de la vejiga; hipertrofia prostática, o miastenia grave. Se debe tener cuidado al utilizar estos medicamentos en pacientes con insuficiencia hepática, renal o cardíaca; pacientes mayores y debilitados; y con tendencia a retención urinaria; y los expuestos a temperaturas ambientales elevadas.	
Efectos colaterales comunes	Efectos anticolinérgicos (boca seca, visión borrosa, constipación, ileo paralítico, retención urinaria, taquicardia, temperatura elevada, sudoración disminuida), náusea/trastornos gastrointestinales, sedación, vértigo, hipotensión ortostática, exacerbación de la psicosis.	
Clase Química	Nombre Genérico	Rango de Dosis Diaria
<i>Anticolinérgicos</i>	Benzotropina Biperiden Procyclidina Trihexifenidil	1-8 mg 2-6 mg 10-20 mg 1-15 mg
<i>Antibistamínicos</i>	Difenhidramina	25-300 mg
<i>Agonistas dopaminérgicos</i>	Amantadina	200-300 mg

y el progreso se presenta en las siguientes 24 a 72 horas.

*Suspenda el medicamento neuroléptico de manera inmediata.

*Revisar los signos vitales, grado de rigidez muscular, ingestión y eliminación, grado de conciencia.

*El médico puede ordenar bromocriptina o dantrolona para contrarrestar los efectos del síndrome neuroléptico maligno.

- Hiperglucemia y diabetes. Hay estudios que sugieren un mayor riesgo de hiperglucemia emergente al tratamiento relacionada con eventos adversos en pacientes que utilizan antipsicóticos atípicos (p. ej., risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, y aripiprazol). La *Food and Drug Administration* (FDA) recomienda que los pacientes con diabetes que inicien tratamientos con medicamentos antipsicóticos atípicos sean examinados de manera regular en caso de haber problemas en el control de la glucosa. Los pacientes con factores de riesgo para diabetes deben pasar por pruebas de glucosa sanguínea en ayuno al iniciar el tratamiento con antipsicóticos y de manera periódica poco después. Todos los pacientes que toman estos medicamentos deben ser revisados por si se presentan síntomas de hiperglucemia (polidipsia, poliuria, polifagia y debilidad). Si estos síntomas se presentan durante el tratamiento, el paciente debe hacerse una prueba de glucosa sanguínea en ayunas.
- Existe un mayor riesgo de mortalidad en los pacientes ancianos con demencia relacionada con psicosis. Recientes estudios señalan que estos pacientes que son tratados con medicamentos antipsicóticos atípicos (p. ej., clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, paliperidona, ziprasidona y aripiprazol) son los que están en riesgo de muerte, comparados con quienes reciben placebo. Las causas de muerte por lo general se relacionan con infecciones o problemas cardiovasculares. Estos medicamentos presentan advertencias en un cuadro negro para este efecto, y no están aprobados para el tratamiento en pacientes ancianos con psicosis relacionados con demencia.

Educación del Paciente y de la Familia

El paciente debe:

- Tener cuidado cuando maneje u opere equipo o maquinaria peligrosa, debido a que puede sufrir vértigo y mareos.
- No suspender el medicamento de manera abrupta después de un largo periodo de uso, ya que puede presentar síntomas de abstinencia: náusea, vómito, vértigo, gastritis, dolor de cabeza, taquicardias, insomnio, temblores.
- Usar bloqueador para el sol y ropa protectora cuando está en exteriores, la piel puede ser muy susceptible a

las quemaduras por el sol, que puede suceder en tan sólo 30 minutos.

- Informar cada semana (si está en tratamiento con clozapina) para exámenes de sangre y obtener reposición del medicamento cada semana.
- Informar la presentación de cualquiera de los siguientes síntomas al médico de manera inmediata: dolor de garganta, fiebre, malestar, sangrado inusual, dolor de cabeza, dificultad para orinar, demasiada orina, sed y hambre excesivas, debilidad, heces pálidas, ojos o piel amarillos, incoordinación muscular o exantema.
- Levantarse con lentitud luego de estar sentado o recostado para prevenir un descenso repentino de la presión arterial.
- Tomar frecuentes sorbos de agua, masticar goma de mascar sin azúcar o chupar un caramelo macizo, si se seca la boca. Es importante tener buena higiene bucal (cepillado frecuente de los dientes).
- Consultar con el médico en relación a fumar mientras se está en tratamiento con medicamentos neurolépticos, ya que fumar aumenta el metabolismo de estos fármacos y se requiere un ajuste en la dosis para tener un efecto terapéutico.
- Abrigarse cuando hace frío, y evitar la exposición prolongada a temperaturas muy bajas o muy altas; es más difícil mantener la temperatura corporal con estos medicamentos.
- No beber alcohol durante el tratamiento con neurolépticos, ya que estos fármacos se potencian entre sí.
- No consumir otros medicamentos sin la aprobación del médico, ya que muchas medicinas contienen sustancias que interactúan con los neurolépticos de forma que pueden ser perjudiciales.
- Estar atento a posibles riesgos de tomar neurolépticos durante la gestación, ya que no se ha establecido qué tan seguros puedan ser. Se cree que pueden atravesar la barrera placentaria y el feto puede sufrir efectos adversos por el fármaco. Informe de manera inmediata al médico si sospecha de embarazo o si lo planea.
- Estar atento a los efectos colaterales de estos medicamentos. Refiérase a la información escrita disponible por los proveedores al cuidado de la salud para una autoadministración segura.
- Continuar con el medicamento aunque se sienta bien y crea que ya no es necesario. Los síntomas pueden regresar si se suspende el fármaco.
- Llevar consigo una tarjeta o identificación todo el tiempo que describa los medicamentos que está tomando.

Criterios de Resultados/Evaluación

Los siguientes criterios pueden ser utilizados para evaluar la eficacia de la terapia con medicamentos antipsicóticos.

El paciente:

- No ha lastimado a otros.
- No ha tenido lesiones causadas por efectos colaterales resultantes de bajo umbral al dolor o fotosensibilidad.
- Mantiene un conteo de glóbulos blancos dentro de los límites normales.
- No muestra síntomas de efectos colaterales extrapiramidales, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno o hiperglucemia.
- Mantiene el peso dentro de límites normales.
- Tolera la actividad sin alterarse por los efectos de la sedación o debilidad.
- Toma los medicamentos de manera voluntaria.
- Expresa que entiende el esquema de medicación y la importancia de la administración regular.

Sedantes Hipnóticos**Datos de Valoración de Antecedentes*****Indicaciones***

Los sedantes hipnóticos se utilizan en el manejo a corto plazo de varios estados de ansiedad y para tratar el insomnio; determinados fármacos se utilizan como anticonvulsivos y sedantes preoperatorios (fenobarbital, pentobarbital, secobarbital) y para reducir ansiedad relacionada con abstinencia por fármacos (hidrato de cloral). Los ejemplos de estos medicamentos utilizados con más frecuencia se presentan en el cuadro 11-11.

Acción

Los sedantes hipnóticos causan depresión en el SNC generalizado, pueden producir tolerancia con el uso crónico y tienen el potencial para la dependencia psicológica o física.

Contraindicaciones/Precauciones

Los sedantes hipnóticos están contraindicados en individuos con hipersensibilidad al fármaco o a cualquier medicamento dentro de la clase química.

Se debe tener cuidado al usar estos medicamentos en pacientes que presentan disfunción hepática o trastornos renales graves; como también en pacientes potencialmente suicidas o que han sido adictos a los fármacos con anterioridad. El uso de hipnóticos debe ser por períodos cortos.

Los pacientes ancianos pueden ser más sensibles a los efectos depresivos del SNC, y puede ser necesario reducir la dosis.

Interacciones

Se puede presentar depresión potenciada del SNC cuando se toman con alcohol, antihistamínicos, antidepresivos, fenotiazinas o cualquier otro depresivo del SNC. Los barbitúricos inducen enzimas hepáticas que metabolizan la droga y pueden disminuir la eficacia de los fármacos metabolizados por el hígado. No se pueden utilizar sedantes hipnóticos con MAOI.

CUADRO 11 – 11 Medicamentos Sedantes Hipnóticos

Clase Química	Nombre Genérico	Rango de Dosis Diaria (mg)	Categorías Controladas	Vida Media (h)
Barbitúricos	Amobarbital	60-200	CII	16-40
	Butabarbital	45-120	CIII	66-140
	Mefobarbital	32-200	CIV	11-67
	Pentobarbital	60-100	CII	15-50
	Fenobarbital	30-200	CIV	53-118
	Secobarbital	100-200	CII	15-40
Benzodiazepinas	Estazolam	1-2	CIV	8-28
	Flurazepam	15-30	CIV	2-3 (metabolito activo-47-100)
	Quazepam	7.5-15	CIV	41 (metabolito activo-47-100)
	Temazepam	15-30	CIV	9-15
	Triazolam	0.125-0.5	CIV	1.5-5.5
Misceláneos	Hidrato de cloral	500-1 000	CIV	8-10
	Zaleplon	5-20	CIV	0.5-1.5
	Zolpidem	5-10	CIV	1.4-4
	Eszopiclone	1-3	CIV	6
	Ramelton	8	—	1-26

Diagnóstico

Los siguientes diagnósticos de enfermería se pueden considerar para los pacientes que reciben terapia con sedantes hipnóticos:

- Riesgo de lesiones relacionadas con suspensión repentina del medicamento o disminución del estado de alerta causada por sedación residual.
- Patrones de sueño alterados relacionados con crisis de situación, condición física o ansiedad grave.
- Riesgo de intolerancia a la actividad relacionada con los efectos colaterales de letargo, somnolencia y vértigo.
- Riesgo de confusión aguda relacionado con la acción de la medicación en el SNC.

Planeación/Realización

Refiérase a esta sección en la discusión de medicamentos ansiolíticos.

Criterios de Resultados/Evaluación

Los siguientes criterios pueden ser utilizados para evaluar la eficacia de la terapia con sedantes hipnóticos:

El paciente:

- Demuestra una reducción de la ansiedad, tensión e inquietud.
- Se queda dormido a los 30 minutos de tomar el medicamento y permanece dormido de seis a ocho horas sin interrupción.
- Es capaz de participar en actividades usuales sin sedación residual.
- No experimenta lesiones físicas.
- No presenta muestras de confusión.
- Entiende que el tratamiento con el medicamento es a corto plazo.

Sustancias para Déficit de Atención/ Trastorno de Hiperactividad (ADHD)

Datos de Valoración de Antecedentes

Indicaciones

Los medicamentos en esta sección se utilizan para ADHD en niños y adultos; en el cuadro 11-12 se presentan los fármacos utilizados con más frecuencias.

Acción

Los estimulantes de SNC aumentan las concentraciones de neurotransmisores (tal vez norepinefrina, dopamina y serotonina) en el SNC. Producen estimulación respiratoria y del SNC, pupilas dilatadas, disminución de la sensación de fatiga y ánimo despejado. Los estimulantes del SNC que se mencionan son sulfato de dextroanfetamina, metanfetamina, mezclas de anfetamina, metilfenidato y dexmetilfenidato.

La atomoxetina inhibe la recaptación de norepinefrina y el bupropión bloquea la captación neuronal de serotonina, norepinefrina y dopamina. No obstante se desconoce el mecanismo exacto por el cual estos mecanismos producen su efecto terapéutico en ADHD, ya que no son estimulantes del SNC.

Contraindicaciones/Precauciones

Los estimulantes están contraindicados en individuos con hipersensibilidad a las aminas simpatomiméticas; no se deben utilizar en pacientes con arterioesclerosis avanzada, enfermedad cardiovascular, hipertensión, hipertiroidismo, glaucoma, estados agitados o de hiperexcitabilidad, en pacientes con historia de abuso de sustancias, durante o a los 14 días de recibir tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa, en niños menores de tres años y en pacientes embarazadas. La atomoxetina y el bupropión

CUADRO 11 – 12 Medicamentos para Déficit de Atención/Hiperactividad

Clase Química	Nombre Genérico	Rango de Dosis Diaria (mg)	Categorías Controladas
<i>Anfetaminas</i>	Sulfato de dextroanfetamina	5-60	CII
	Metanfetamina	5-25	CII
<i>Mezclas de anfetamina</i>	Dextroanfetamina/Anfetamina	5-60	CII
<i>Misceláneos</i>	Metilfenidato	10-60	CII
	Dexmetilfenidato	5-20	CII
	Atomoxetina	>70 kg: 40-100 ≤70 kg: 0.5-1.4 mg/kg	—
	Bupropión	3 mg/kg	—

están contraindicados en pacientes con hipersensibilidad a los fármacos o sus componentes, y en uso concomitante o dentro de las dos semanas de administrar MAOI. La atomoxetina está contraindicada en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado, y el bupropión en individuos en quienes se sabe o se sospecha de trastorno epiléptico, en fase aguda de infarto al miocardio, y en pacientes con bulimia o anorexia nerviosa.

Se debe tener cuidado en utilizar estimulantes del SNC durante la lactancia; con niños psicóticos; en trastorno de Tourette; pacientes con anorexia o insomnio; en adultos mayores, debilitados, o asténicos; o con tendencias al suicidio u homicidio. El uso prolongado puede causar tolerancia y dependencia física o psicológica. El uso de atomoxetina y bupropión con cuidado en pacientes con retención urinaria; hipertensión; enfermedad hepática, renal o cardiovascular; pacientes suicidas; embarazadas o lactantes; y pacientes ancianos y debilitados.

Interacciones

El uso de estimulantes del SNC durante los primeros 14 días después del tratamiento con MAOI puede provocar crisis hipertensiva, dolor de cabeza, hiperpirexia, hemorragia intracranal y bradicardia. Los requerimientos de insulina se pueden alterar con estimulantes del SNC. Los alcalinizantes de orina disminuyen la excreción, aumentar los efectos de las anfetaminas; los acidificantes aumentan la excreción, disminuyendo los efectos. Los efectos disminuidos de ambos fármacos pueden presentarse cuando se administran combinados con fenotiazinas. Con atomoxetina aumentaron los efectos cardiovasculares con albuterol; se aumentó el riesgo de síndrome neuroléptico maligno cuando se utilizaron dentro de los primeros 14 días de los MAOI; aumentaron los efectos con el uso concomitante con inhibidores CYP 2D6 (paroxetina, fluoxetina, quinidina). Con bupropión aumentó el riesgo de convulsiones con otros fármacos que disminuyen el umbral convulsivo; toxicidad aguda de bupropión con MAOI; hipertensión, convulsiones y muerte se pueden presentar si se utilizan a 14 días después de MAOI.

Diagnóstico

Los siguientes diagnósticos de enfermería se pueden considerar para los pacientes que reciben tratamiento con fármacos para déficit de atención e hiperactividad:

- Riesgo de lesiones relacionadas con sobreestimulación e hiperactividad (estimulantes del SNC) o convulsiones (posible efecto colateral de bupropión).
- Riesgo de suicidio secundario a depresión relacionado a suspensión repentina después de uso prolongado (estimulantes del SNC).

- Desequilibrio nutricional, menor a los requerimientos corporales, relacionado con los efectos colaterales de anorexia y pérdida de peso (estimulantes del SNC).
- Patrones de sueño alterados relacionados con sobreestimulación resultante del uso de medicación (estimulantes de SNC) o efectos colaterales de insomnio con atomoxetina.
- Náusea por los efectos colaterales de atomoxetina o bupropión.
- Dolor relacionado a efectos colaterales como dolor de cabeza con atomoxetina o bupropión.
- Riesgo de intolerancia a la actividad relacionada con efectos colaterales de sedación y vértigo con atomoxetina o bupropión.

Planeación/Realización

El plan de cuidado debe incluir la observación de la presentación de efectos colaterales de medicamentos para ADHD. Las implicaciones de enfermería relacionadas con cada efecto se señalan con un asterisco (*).

- Sobreestimulación, inquietud, insomnio (estimulantes de SNC)

*Valore el estado mental para observar estados de ánimo, nivel de actividad, grado de estimulación y agresividad.

*Asegúrese de que el paciente está protegido de lesionarse.

*Mantenga los estímulos bajos y el ambiente tan tranquilo como sea posible para disminuir la sobreestimulación.

*Prevenga el insomnio, administre la última dosis por lo menos seis horas antes de ir a dormir. Administre fórmulas de liberación prolongada en la mañana.

- Palpitaciones, taquicardia (estimulantes de SNC, atomoxetina)

*Observe y registre signos vitales a intervalos regulares (dos o tres veces al día) durante el tratamiento. Informe cambios importantes al médico de manera inmediata.

NOTA: La FDA recientemente señaló advertencias relacionadas con los estimulantes del SNC y la atomoxetina sobre el riesgo de muerte repentina en pacientes con enfermedad cardiovascular. Se debe obtener un cuidadoso historial del paciente y la familia en busca de enfermedades cardíacas, defectos del corazón o hipertensión antes de prescribir estos medicamentos; y se deben continuar revisiones cuidadosas de funcionamiento cardiovascular durante la administración de estos fármacos.

- Anorexia, pérdida de peso (estimulantes del SNC, atomoxetina, bupropión)

*Para reducir la anorexia, la medicación se debe administrar de manera inmediata después de los alimentos.

El paciente debe ser pesado con regularidad (por lo menos una vez a la semana) cuando recibe tratamiento con estimulantes de SNC, atomoxetina o bupropión a consecuencia del potencial que tiene para anorexia y pérdida de peso, y la interrupción temporal del crecimiento y desarrollo.

- Tolerancia, dependencias física y psicológica (estimulantes de SNC).

*La tolerancia se desarrolla con rapidez.

*En niños con trastornos de conducta, se debe intentar periódicamente un fármaco “vacacional” bajo la dirección de un médico para determinar la eficacia del medicamento y la necesidad de continuar con el tratamiento. *El medicamento no se debe suspender de manera repentina, se pueden presentar los siguientes síntomas: náusea, vómito, dolores abdominales, dolor de cabeza, fatiga, debilidad, depresión mental, ideas suicidas, aumento del sueño, y comportamiento psicótico.

- Náusea y vómito (atomoxetina y bupropión)

*Se pueden tomar con los alimentos para disminuir los trastornos gastrointestinales.

- Constipación (atomoxetina y bupropión)

*Aumente la fibra y los líquidos en la dieta, si no está contraindicado.

- Potencial para convulsiones (bupropión)

*Proteja al paciente de lesionarse si se presentan convulsiones. Instruya a la familia y otras personas cercanas del tratamiento con bupropión sobre cómo proteger al paciente durante un ataque si se presentara. Asegúrese que las dosis del medicamento tengan por lo menos ocho horas de administración.

- Daño grave al hígado (con atomoxetina)

*Observe los siguientes efectos colaterales e informe al médico de inmediato: prurito, orina oscura, dolor en el cuadrante superior derecho, ojos y piel amarillos, dolor de garganta, fiebre, malestar.

- Nuevos síntomas psiquiátricos o empeoramiento de éstos (con estimulantes del SNC y atomoxetina)

*Revise síntomas psicóticos (p. ej., escuchar voces, comportamientos paranoides, delirios).

*Revise síntomas de manía, incluso comportamientos agresivos y hostiles.

Educación del Paciente y la Familia

El paciente debe:

- Tener cuidado de manejar u operar equipo peligroso. Se presenta somnolencia, vértigo y visión borrosa.
- No suspender el medicamento de manera abrupta, ya que se pueden producir síntomas de abstinencia.
- No tomar estimulantes del SNC en el día para evitar el insomnio; no ingerirlos antes de seis horas de ir a dormir.

- No tomar otros medicamentos sin la aprobación del médico. Muchos medicamentos tienen sustancias que, en combinación con los fármacos para déficit de atención e hiperactividad pueden ser perjudiciales.
- En pacientes con diabetes se debe revisar el azúcar en la sangre dos a tres veces al día o como lo prescriba el médico. Esté atento a la necesidad de cambios en los requerimientos de insulina debido a los cambios en la alimentación, peso y actividad.
- Evitar el consumo de grandes cantidades de productos con cafeína (café, té, refresco de cola, chocolate), ya que pueden aumentar los efectos de los estimulantes.
- Notificar al médico si la inquietud, insomnio, anorexia o boca seca se vuelven graves o si se hacen evidentes las palpitaciones.
- Informar cualquiera de los siguientes signos al médico inmediatamente: respiración entrecortada, dolor en el pecho, dolor en el brazo izquierdo hasta el maxilar, desmayos, convulsiones, cambios de visión repentinos, debilidad de un lado del organismo, no comprender lo que dice el paciente, confusión, prurito, orina oscura, dolor en el cuadrante superior derecho, ojos y piel amarillos, dolor de garganta, fiebre, malestar, aumento de hiperactividad, creer cosas que no son ciertas, o escuchar voces.
- Estar atento a posibles riesgos de tomar fármacos para ADHD durante la gestación. No se ha establecido la seguridad de estos medicamentos durante la gestación y lactación. Informe al médico de inmediato si sospecha de embarazo o si planea hacerlo.
- Estar atento a los efectos colaterales de medicamentos para ADHD; referirse a las advertencias escritas por el proveedor de atención a la salud para una autoadministración segura.
- Llevar una tarjeta o identificación todo el tiempo que describa los medicamentos que está tomando.

Criterios de Resultado/Evaluación

Se pueden utilizar los siguientes criterios para evaluar la eficacia de la terapia con medicamentos para ADHD.

El paciente:

- No muestra hiperactividad excesiva.
- No presenta lesiones.
- Se mantiene en los parámetros esperados de crecimiento y desarrollo.
- Entiende la automedicación segura y la importancia de no interrumpir el medicamento.

RESUMEN

Los medicamentos se utilizan como terapia adjunta a psicoterapia de grupo o individual; los ansiolíticos se utilizan

en el tratamiento de trastornos de ansiedad y para aliviar síntomas agudos de ansiedad; las benzodiazepinas son el grupo más utilizado, son depresivos del SNC y tienen un potencial para dependencia física y psicológica, no se deben suspender de manera repentina después de tomarlos por períodos prolongados ya que se puede provocar síndrome de abstinencia fatal; los efectos colaterales son somnolencia, confusión y letargo.

Los *antidepresivos* mejoran el ánimo y alivian otros síntomas relacionados con la depresión moderada y grave, aumentan la concentración de norepinefrina y serotonina; los tricíclicos y grupos relacionados bloquean la recaptación de estos neurotransmisores por las neuronas. Otro grupo de antidepresivos inhiben la monoaminoxidasa, una enzima que se sabe inactiva la norepinefrina y la serotonina, también se le llaman inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI). Una tercera categoría de fármacos bloquean la recaptación neuronal de serotonina, y tienen muy poco efecto o ninguno en la recaptación de norepinefrina o dopamina, por lo que se llaman inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (SSRI). Los antidepresivos pueden necesitar cuatro semanas para producir el efecto deseado. Los efectos colaterales más comunes de los tricíclicos son los efectos anticolinérgicos, sedación e hipotensión ortostática; pueden reducir el umbral convulsivo. En el caso de los MAOI pueden causar crisis hipertensivas si se consumen productos que contienen tiramina mientras se toman estos medicamentos.

El carbonato de litio es muy usado como *estabilizador del ánimo*, aunque se desconoce el mecanismo exacto se piensa que aumenta la captación de la norepinefrina y la serotonina en el cerebro, por lo tanto disminuye las concentraciones en el organismo, lo que disminuye la hiperactividad; los efectos colaterales más comunes son boca seca, trastornos gastrointestinales, poliuria y aumento de peso. Existe un margen muy pequeño entre las concentraciones terapéuticas y las concentraciones tóxicas de litio, por lo que se debe revisar con regularidad la concentración sérica para prevenir la intoxicación; los síntomas de ésta aparecen cuando el nivel sanguíneo es 1.5 meq/L, que en caso de no tratarse la intoxicación por litio puede ser fatal.

Existen otros medicamentos que se utilizan como estabilizadores de ánimo: el grupo de anticonvulsivos (carbamazepina, clonazepam, ácido valproico, gabapentina, lamotrigina y topiramato) y el bloqueador de conductos

de calcio verapamil se utilizan con cierta eficacia, aunque se desconoce el modo de acción en el tratamiento de manía bipolar, y recientemente se han utilizado medicamentos antipsicóticos atípicos con éxito en este mismo trastorno. Estos medicamentos incluyen olanzapina, aripiprazol, quetiapina, risperidona y ziprasidona; tampoco se conoce el modo de acción en el tratamiento de manía bipolar.

Los *fármacos antipsicóticos* se utilizan en el tratamiento de psicosis agudas y crónicas, el modo de acción se desconoce pero se piensa que disminuyen la actividad de dopamina en el cerebro; de estos medicamentos las fenotiazinas son los más utilizados; los efectos colaterales más comunes incluyen efectos anticolinérgicos, sedación, aumento de peso, reducción del umbral convulsivo, fotosensibilidad y síntomas extrapiramidales. Ahora hay una nueva generación de medicamentos antipsicóticos que incluyen clozapina, risperidona, paliperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazole y ziprasidona; pueden tener un efecto en la dopamina, serotonina y otros neurotransmisores; estos fármacos prometen más eficacia con menos efectos colaterales.

Los *medicamentos antiparkisonianos* se utilizan para contrarrestar los síntomas extrapiramidales relacionados con medicamentos antipsicóticos; estos fármacos restauran el equilibrio natural de la acetilcolina y la dopamina en el cerebro; los efectos más comunes son los efectos anticolinérgicos, y también pueden causar sedación e hipotensión ortostática.

Los *sedantes hipnóticos* se utilizan en el manejo de estados de ansiedad y para tratar insomnio; estos depresivos del SNC tienen el potencial para producir dependencia física y psicológica y por consiguiente están indicados para tratamiento por cortos períodos. Los efectos colaterales y las implicaciones de enfermería son similares a los descritos para los ansiolíticos.

Existen varios medicamentos que se conocen como *medicamentos para el tratamiento de ADHD*; incluyen estimulantes del SNC, los cuales tienen el potencial de causar dependencia física y psicológica; se desarrolla tolerancia con rapidez, y no se debe interrumpir su ingestión de manera repentina. Los efectos más frecuentes son inquietud, anorexia e insomnio. Los otros medicamentos que también han mostrado ser efectivos en pacientes con ADHD incluyen la atomoxetina y el bupropión, aunque se desconoce el mecanismo de acción.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. Los ansiolíticos producen un efecto calmante por:
 - a. Deprimen el SNC.
 - b. Disminuyen las concentraciones de norepinefrina y serotonina en el cerebro.
 - c. Disminuyen las concentraciones de dopamina en el cerebro.
 - d. Inhiben la producción de la enzima monoaminoxidasa.
2. Nancy tiene un diagnóstico de trastorno de pánico. El doctor S. le da una receta p.r.n. de alprazolam para cuando se sintiera ansiosa. Ella le dice a la enfermera: "el doctor S. le mandó buspirona a un amigo para la ansiedad, ¿por qué a mí recetó otro medicamento?" La respuesta de la enfermera se basa en:
 - a. La buspirona no es un medicamento ansiolítico.
 - b. El alprazolam y la buspirona son en esencia el mismo medicamento, así que cualquiera de los dos es apropiado.
 - c. La buspirona tiene un inicio de acción más lento y no se puede mandar a p.r.n.
 - d. El alprazolam es el único medicamento que en realidad actúa en trastornos de pánico.
3. ¿La educación para pacientes que están tomando MAOI incluye lo siguiente?
 - a. Reemplazo de líquidos y sodio cuando es apropiado, concentraciones frecuentes del medicamento en la sangre, signos y síntomas de intoxicación.
 - b. Es de uso continuo de por vida, posible discinesia tardía, ventajas de una inyección cada dos a cuatro semanas.
 - c. Se utiliza por períodos cortos, posible discinesia tardía, se usa con precaución al final del tratamiento.
 - d. Dieta restringida de tiramina, el uso concurrente de medicamentos está prohibido sin la notificación del médico.
4. Existe un estrecho margen entre las concentraciones terapéuticas y las tóxicas de carbonato de litio. Los síntomas de intoxicación se presentan si las concentraciones séricas exceden:
 - a. 0.15 meq/L
 - b. 1.5 meq/L
 - c. 15.0 meq/L
 - d. 150 meq/L
5. Los primeros síntomas de la intoxicación por litio incluyen:
 - a. Constipación, boca seca, somnolencia, oliguria.
 - b. Vértigo, sed, disuria, arritmias.
 - c. Ataxia, tinnitus, visión borrosa, diarrea.
 - d. Fatiga, vértigo, anuria, debilidad.
6. Se piensa que los antipsicóticos disminuyen los síntomas psicóticos por:
 - a. Bloquear la recaptación de norepinefrina y serotonina.
 - b. Bloquear la acción de dopamina en el cerebro.
 - c. Inhibir la producción de la enzima monoaminoxidasa.
 - d. Deprimir el SNC.

7. Parte de la valoración continua de la enfermera del paciente con tratamiento de antipsicóticos es revisar la presentación de síntomas extrapiramidales. Los ejemplos incluyen:
 - a. Debilidad muscular, rigidez, temblores, espasmos faciales.
 - b. Boca seca, visión borrosa, retención urinaria, hipotensión ortostática.
 - c. Amenorrea, ginecomastia, eyaculación retrógrada.
 - d. Hipertensión, dolor de cabeza occipital grave, rigidez en el cuello.
8. Si se presentan los anteriores síntomas extrapiramidales, ¿cuál de los siguientes sería una prioridad para la intervención de enfermería?
 - a. Notifique al médico de inmediato.
 - b. Administre trihexifenidil p.r.n.
 - c. Suspenda la siguiente dosis del antipsicótico.
 - d. Explique al paciente que estos síntomas son sólo temporales y desaparecerán en poco tiempo.
9. Una preocupación en niños con tratamientos prolongados con estimulantes de SNC para ADHD es:
 - a. Adicción.
 - b. Aumento de peso.
 - c. Abuso del fármaco.
 - d. Supresión del crecimiento.
10. La dosis de bupropión se debe administrar en intentos de por lo menos ocho horas y nunca duplicar la dosis cuando se salta una. La razón para esto es:
 - a. Prevenir hipotensión ortostática.
 - b. Prevenir convulsiones.
 - c. Prevenir crisis hipertensivas.
 - d. Prevenir los síntomas extrapiramidales.

R E F E R E N C I A S

- Bernstein, J.G. (1995). *Handbook of drug therapy in psychiatry* (3rd ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Drug Facts and Comparisons* (61st ed.). (2007). St. Louis: Wolters Kluwer.
- Glod, C.A., & Levy, S. (1998). Psychopharmacology. In C.A. Glod (Ed.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing: The brain-behavior connection*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Haddad, P.M. (2001). Antidepressant discontinuation syndromes: Clinical relevance, prevention, and management. *Drug Safety*, 24(3), 183–197.
- Karasu, T.B., Gelenberg, A., Merriam, A., & Wang, P. (2006). Treatment of patients with major depressive disorder. In the *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2006*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Marangell, L.B., Silver, J.M., Goff, D.C., & Yudofsky, S.C. (2003). Psychopharmacology and electroconvulsive therapy. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sage, D.L. (Producer) (1984). *The Brain: Madness*. Washington, DC: Public Broadcasting Company.
- Schatzberg, A.F., Cole, J.O., & DeBattista, C. (2005). *Manual of clinical psychopharmacology* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Tandon, R., & Jibson, M.D. (2003). Safety and tolerability: How do second-generation atypical antipsychotics compare? *Current Psychosis & Therapeutic Reports*, 1, 15–21.

12

CAPÍTULO

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y PSICOSOCIALES

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES Y CONTRASTES

TIPOS DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

TERAPIAS PSICOSOCIALES

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

abreacción
pensamientos automáticos
psicoanálisis
acupuntos
catarsis
qi
acupresión

medicina quiropráctica
no asertivos
acupuntura
terapia cognitiva
terapia de realidad
agresivo
libre asociación

subluxación
medicina alópata
meridianos
yoga
asertivo
pasivo-agresivo

CONCEPTOS CENTRALES

medicina alternativa

medicina complementaria

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Comparar y contrastar varios tipos de terapias alternativas y convencionales.
2. Describir las filosofías detrás de varias terapias complementarias, incluyendo medicina herbolaria, acupresión y acupuntura, dieta y nutrición, medicina quiropráctica, contacto y masaje terapéutico, yoga y tratamiento con mascotas.
3. Discutir el historial de diversas terapias complementarias.
4. Describir las técnicas utilizadas en varios tratamientos complementarios.
5. Analizar objetivos y estrategias terapéuticas psicosociales, incluyendo la psicoterapia individual, entrenamiento de asertividad, terapia de relajación y terapia cognitiva.

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Historia de la Medicina

2000 a.C.–Aquí tienes, come esta raíz.
 1000 d.C.–Esa raíz es pagana. Aquí tienes, dice la oración.
 1850 d.C.–Esa oración es superstición. Aquí tienes, bebe esta poción.
 1940 d.C.–Esta poción es aceite de serpiente. Aquí tienes, traga esta píldora.
 1985 d.C.–Esta píldora es ineficaz. Aquí tienes, toma este antibiótico.
 2000 d.C.–Este antibiótico es ineficaz y peligroso. Aquí tienes, come esta raíz.

Anónimo

INTRODUCCIÓN

La conexión entre mente y cuerpo, y la influencia de uno en el otro, está bien reconocida por todos los clínicos, en particular los psiquiatras. La medicina tradicional como se practica hoy en día en Estados Unidos se basa sólo en el método científico. Ésta también es conocida como **medicina alopática**. Muchos individuos en la actualidad están eligiendo cambiar de la medicina tradicional a una variedad de enfoques **alternativos** para el cuidado de la salud.

En Estados Unidos, en una investigación reciente en toda la nación se encontró que 36% de los adultos de 18 años de edad y mayores utilizan alguna forma de medicina alternativa. Cuando la oración se incluyó en la definición de medicina alternativa por razones de salud, el número aumentó a 62% (*Center for Disease Control [CDC]*, 2004). Más de \$25 billones al año se gastan en tratamientos de medicina alternativa en Estados Unidos (Sadock y Sadock, 2003).

En 1991, la *Oficina de Medicina Alternativa* (OMA) se estableció en los *Institutos Nacionales de Salud* (INS) para estudiar tratamientos no tradicionales y evaluar su utilidad y eficacia. Desde entonces, el nombre se cambió a *Centro Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria* (CNMAC). La misión de CNMAC establece:

Que están dedicados a explorar prácticas complementarias y alternativas de curación en el contexto de ciencia rigurosa, educación y entrenamiento de investigadores CAM, y dar información autorizada al público y a profesionales. (NCCAM, 2002)

Aunque CAM no ha respaldado sus metodologías, se ha establecido una lista de terapéuticas alternativas para usarse en la práctica con propósitos de investigación. Esta lista se presenta en el recuadro 12-1.

Algunas compañías aseguradoras y organizaciones dedicadas a la salud (HMO) parecen estar cediendo a la presión pública para incluir proveedores alternativos en sus redes para los tratamientos como acupuntura y masajes. La atención quiropráctica ha sido cubierta por terceros durante muchos años. Los individuos que buscan tratamientos alternativos con frecuencia reciben reembolso de tarifas más bajas, que los que eligen médicos tradicionales.

Algunos individuos no cambian la medicina tradicional por la alternativa. En cambio, eligen **complementar** los métodos convencionales con la adición de estrategias alternativas.

La educación del paciente es una parte importante de la atención complementaria. Los cambios positivos en el estilo de vida son alentados, y el personal de enfermería sirve como educador, así como también los especialistas en tratamientos. La medicina complementaria es vista como atención a la salud *holística*, que trata no sólo con la apariencia física, sino también con los componentes emocional y espiritual del individuo. El doctor Tom Coniglione, ex profesor de medicina en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oklahoma, opina:

Tratar a la “persona completa” para ser más eficientes y equilibrados dentro de la comunidad médica. Incluso encontrando médicos que estén bien preparados y equilibrados como un criterio en el proceso de admisión para estudiantes médicos. La medicina ha cambiado de sólo mirar “el aspecto científico de órgano y enfermedad” a la observación del estilo de vida e impacto/resultados al paciente. Esta evolución es un cambio progresivo y muy positivo en la dirección correcta (Coniglione, 1998, p. 2).

Concepto Central

Medicina alternativa

Intervenciones que difieren del tratamiento tradicional o convencional biomédico de la enfermedad. “Alternativa” se refiere a una intervención que se utiliza *en lugar* del tratamiento convencional.

Concepto Central

Medicina complementaria

Una terapéutica complementaria es una intervención que es diferente de, pero utilizada *en conjunto con*, tratamientos médicos tradicionales o convencionales.

RECUADRO 12–1 Clasificación de Prácticas Médicas Alternativas del Despacho de Medicina Alternativa de los NIH*

Sistemas Alternativos de Práctica Médica

- Acupuntura
- Medicina extendida antropomórficamente
- Ayurveda
- Prácticas de atención a la salud basadas en la comunidad
- Medicina ambiental
- Medicina homeopática
- Prácticas rurales latinoamericanas
- Prácticas americanas nativas
- Productos naturales
- Medicina naturopática
- Terapia de vidas pasadas
- Chamanismo
- Medicina tibetana
- Medicina oriental tradicional

Aplicaciones Bioelectromagnéticas

- Tratamiento de luz azul y luz artificial
- Electroacupuntura
- Campos electromagnéticos
- Dispositivo de estimulación neuromagnético y electroestimulación
- Espectroscopia de magnetorresonancia

Dieta, Nutrición, Cambios de Estilo de Vida

- Cambios en estilo de vida
- Dieta
- Terapia Gerson
- Macrobióticos
- Megavitaminas
- Suplementos nutricionales

Medicina con Hierbas

- Echinacea* (*Echinacea purpúrea*)
- Rizoma de jengibre
- Extracto de *Ginkgo biloba*
- Raíz de Ginseng
- Flor de crisantemo salvaje

- Liquidámbar/ocozol
- Lengua de vaca

Curación Manual

- Acupresión
- Técnica Alexander
- Terapia de biocampo
- Medicina quiropráctica
- Método Feldenkrais
- Terapia de masaje
- Osteopatía
- Reflexología
- Rolfing
- Toque terapéutico
- Método Trager
- Terapia de zona

Control Mente/Cuerpo

- Terapia de arte
- Biorretroalimentación
- Orientación
- Terapia de danza
- Imágenes guiadas
- Terapia de humor
- Hipnoterapia
- Meditación
- Terapia de música
- Terapia de oración
- Psicoterapia
- Técnicas de relajación
- Grupos de apoyo
- Yoga

Tratamientos Biológicos y Farmacológicos

- Antioxidantes
- Terapia celular

*Esta lista de prácticas de atención a la salud complementaria y alternativa se desarrolló *ad hoc* por el Panel de Asesoría para la Oficina de Medicina Alternativa de los National Institutes of Health (NIH). Se detalló en un taller para investigadores de medicina alternativa y personal de enfermería. Fue designada para propósitos de discusión y estudio, y no se considera ni completa ni autorizada.

Los términos tales como *armonía* y *equilibrio*, con frecuencia están relacionados con la atención complementaria. De hecho, la restauración de la armonía y el equilibrio entre el cuerpo y la mente a menudo es la meta de los acercamientos de atención a la salud.

En este capítulo se analizan varias terapias complementarias, describiendo el acercamiento terapéutico e identificando las condiciones de éstas.

Aunque la mayor parte no se fundamenta en los principios científicos, se ha demostrado que son efectivos para

el tratamiento de ciertos trastornos, y merecen más exámenes como componente viable de la atención holística a la salud.

GENERALIDADES Y CONTRASTES

Existe un número de generalidades y contrastes entre la medicina complementaria y la atención a la salud convencional. De Santis (2006),

La medicina convencional se enfoca a la parte física o material de la persona, el cuerpo. Se relaciona con la estructura, función y conexiones, o comunicación entre elementos materiales que componen al cuerpo, tales como huesos, músculos y nervios. La medicina convencional, en general ve a todos los seres humanos como entes muy similares biológicamente. La enfermedad es vista como una desviación de lo que se considera un estado biológico o somático normal.

El acercamiento alternativo distingue a la persona como elementos múltiples, integrados que incorporan aspectos materiales y no materiales de la existencia. Estos elementos incluyen los cuerpos físico, espiritual, energético y social. Desde este punto de vista, las medidas diagnósticas y las intervenciones no se pueden basar en un solo aspecto del ser, deben ser adaptados a la persona–cuerpo de cada sujeto. (pp. 473-475)

En el recuadro 12-2 se presenta un resumen de estas generalidades y contrastes.

TIPOS DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Medicina Herbolaria

El uso de plantas para curar es tal vez tan antiguo como la humanidad. Cada cultura ha confiado en las hierbas y

plantas para tratar enfermedades. Las tabletas de arcilla de hace unos 4000 años a.C., revelan que los sumerios tenían farmacias para ofrecer hierbas medicinales. De la tradición de la medicina china es el *Pen Tsao*, un texto chino escrito alrededor del año 3000 a.C., que contiene cientos de remedios herbarios. Cuando los colonizadores vinieron a América, en los años 1600, trajeron con ellos una variedad de hierbas para establecerse y ser utilizadas con propósitos medicinales. Los nuevos colonos pronto descubrieron que los nativos americanos también tenían sus propias variedades de plantas para curar.

Muchas personas buscan regresar a los remedios de hierbas, debido a que perciben a éstos como menos perjudiciales que los fármacos prescritos y que están libres de efectos colaterales adversos. Sin embargo, debido a que *Food and Drug Administration* (FDA) clasifica los remedios de hierbas como suplementos dietéticos o de alimentos, sus etiquetas no pueden indicar usos medicinales. No están sujetos a la aprobación de FDA y carecen de estándares uniformes de control de calidad.

Varias organizaciones han establecido atender la regulación y el control de la industria herbolaria. Ellos incluyen al *Council for Responsible Nutrition*, *American Herbal Association* y *American Botanical Council*. La *Commission E* de la *German Federal Health Agency* es el grupo responsable que investiga y regula la seguridad y eficacia de las medicinas de hierbas y plantas en Alemania. Todas las

RECUADRO 12-2 Generalidades y Contrastos entre Terapias Convencionales y Complementarias

Convencional	Complementaria
Quimioterapia Curación/tratamiento Visión individual como categoría de enfermedad Etapa terminal El enfoque está en la enfermedad Tratamiento de la enfermedad La nutrición es adjunta y de apoyo al tratamiento Objetivismo: la persona está separada de la enfermedad Paciente Médico como autoridad Paternalismo profesional/dependencia del enfermo Positivismo/materialismo: los datos son físicamente medibles (por medio de varios tipos de sistemas de energía por pantalla, diagnóstico, y tratamiento) Reducción (énfasis en niveles de célula, órgano o sistema del cuerpo) Atención de especialistas Alivio de los síntomas Modelo somático (biológico y fisiológico) La ciencia es la única fuente de conocimiento y verdad Tecnología/invasiva	Plantas y otros productos naturales Sanación/atención de cuidado El individuo es visto como un ser único Esperanza/prometedor El enfoque está en la salud y el bienestar Promoción de la salud y prevención de la enfermedad La nutrición es la base de la salud, bienestar y tratamiento Subjetivismo: la persona es parte integrante de la enfermedad Persona El médico como facilitador El médico como compañero/persona con dominio Metafísica: La entidad es sistema de energía o fuerza vital que utiliza sus propias esencias vitales y fuerzas de energía para sanarse, a sí mismo, prevenir enfermedades y promover la salud. Holístico (el énfasis está en el tratamiento de todo el individuo en su contexto bio-psico-social-cultural y espiritual) Autocuidado Alivio de factores causantes Modelo de comportamiento-psico-social-espiritual Múltiples fuentes de conocimiento y verdad Natural/no invasivo

monografías de medicinas herbal se han traducido al inglés y están compiladas en un texto (Blumenthal, 1998), el cual debería probar ser una invaluable referencia para el personal de enfermería que practica la medicina holística.

Hasta que se haya completado una prueba más extensa en humanos y animales, el uso de las medicinas con hierbas se debe hacer con precaución y responsabilidad. *La noción de que algo que sea “natural” signifique que es completamente seguro es un mito.* De hecho, algunas plantas de las cuales se derivaron los fármacos son muy tóxicas en su estado natural. También, debido a la falta de regulación y estandarización, los ingredientes pueden estar adulterados. Sus métodos de elaboración también pueden alterar su potencia. Por ejemplo, las hierbas secas pierden potencia con rapidez debido a la exposición al aire. Además, con frecuencia es más seguro utilizar preparaciones que contienen una sola hierba. Existe mayor probabilidad de efectos colaterales indeseables con preparaciones de hierbas combinadas.

En el cuadro 12-1 se enlista información sobre remedios de hierbas comunes, con posibles implicaciones para la enfermería en la salud mental psiquiátrica. Se incluyen los nombres botánicos, usos medicinales y perfiles de seguridad.

Acupresión y Acupuntura

La **acupresión** y la **acupuntura** son técnicas de sanación basadas en antiguas filosofías de la medicina tradicional china que datan de hace 3000 años a.C. El principal concepto detrás de la medicina china es que la energía sanadora (*qi*) fluye por todo el cuerpo a lo largo de vías específicas llamadas **meridianos**. Se cree que estos meridianos de *qi* conectan varias partes del cuerpo, similar a la forma de las líneas de un mapa de carreteras unen varios lugares. Las vías enlazan un conglomerado de puntos, llamados **acupuntos**. Por lo tanto, es posible tratar una parte del cuerpo en otra distante, debido a que están unidas por el meridiano. Trivieri y Anderson (2002) mencionan, “el flujo apropiado de *qi* a lo largo de los canales (meridianos) dentro del cuerpo es crucial para la salud y vitalidad de la persona” (p. 435).

En acupresión, los dedos, pulgares, palmas o los codos se utilizan para aplicar presión en los acupuntos. Se piensa que esta presión disuelve cualquier obstrucción en el flujo de energía sanadora y restaura el cuerpo a un funcionamiento más sano. En acupuntura, las agujas esterilizadas, desechables y de acero tienen del grosor de un cabello, se insertan en los acupuntos para disolver las obstrucciones a lo largo de los meridianos. Las agujas se pueden dejar en el lugar por tiempos prolongados específicos, se pueden girar, o se les aplica corriente eléctrica leve. En ocasiones se experimenta un hormigueo o entumecimiento, pero

poco o ningún dolor está asociado con el tratamiento (NCCAM, 2004).

La filosofía médica occidental en relación con la acupresión y acupuntura es que estimulan los propios químicos contra el dolor del cuerpo —sustancias parecidas a la morfina conocidas como *endorfinas*. El tratamiento ha sido efectivo en el tratamiento del asma, dolor de cabeza, dismenorrea, dolor cervical, insomnio, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, rehabilitación de apoplejía, náusea del embarazo, náusea y vómito inducidos en el posoperatorio y quimioterapia, codo de tenista, fibromialgia, dolor de espalda baja y síndrome del túnel del carpo (NCCAM, 2004; Sadock y Sadock, 2003). Estudios recientes sugieren que la acupuntura puede ayudar en el tratamiento de dependencia de cocaína y dolor de cabeza crónico diario (Avants y col, 2000; Coeytaux y col, 2005).

La acupuntura está ganando una amplia aceptación en Estados Unidos con los pacientes y médicos. Este tratamiento se puede administrar al mismo tiempo que las otras técnicas como las convencionales occidentales, aunque es esencial que todos los proveedores de atención a la salud tengan el conocimiento de que se reciben todos los tratamientos. La acupuntura debe ser administrada por un médico o por un acupunturista que esté certificado por el Estado que proporciona el servicio. El entrenamiento típico para los acupunturistas certificados, doctores de medicina oriental y médicos en acupuntura es un programa de tres a cuatro años de 2 500 a 3 500 h. Los médicos y los quiroprácticos que practican la acupuntura deben cursar un entrenamiento de acupuntura de 50 a 200 h. La *National Commision for the Certification of Acupuncture and Oriental Medicine* (NCCAOM) intenta establecer estándares mínimos de competencia en Estados Unidos, a través de la certificación por su organización. Varios estados han adoptado el examen de NCCAOM como parte de sus criterios de certificación. Otros, como California, tienen su propio examen de certificación y establecen estándares más altos que los establecidos por NCCAOM (*Council of Acupuncture and Oriental Medicine Associations* [CAOMA], 2007).

Dieta y Nutrición

El valor de la nutrición en el proceso de curación ha sido subestimado. Lutz y Przytulski (2006) dicen:

Hoy día muchas enfermedades están unidas a comportamientos de estilo de vida tales como fumar, falta de adecuada actividad física y pobres hábitos alimenticios. Los proveedores del cuidado de la salud, en su papel de educadores, enfatizan la relación entre estilo de vida y riesgo de una enfermedad. Muchas personas, por lo menos en los países industrializados, están tratando de manera creciente sus problemas de salud y hacen compromisos personales para llevar vidas más

CUADRO 12 – 1 Remedios de Hierbas

Nombre Común (Nombre Botánico)	Usos Medicinales/Possible Acción	Perfil de Seguridad
Cohosh negro (<i>Cimicifuga racemosa</i>)	Puede proporcionar alivio de dolores menstruales; mejorar el ánimo. Se piensa que los extractos de las raíces tienen acción similar al de los estrógenos.	En general se considera seguro en dosis bajas. En ocasiones causa problemas gastrointestinales. Es tóxico en grandes dosis, causa vértigo, náusea, dolor de cabeza, entumecimiento y temblores. No se debe tomar con problemas cardíacos, de manera concurrente con antihipertensores o durante la gestación.
Cáscara sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i>)	Alivia la constipación	Por lo común se reconoce como seguro; se vende sin receta en EUA. No se debe utilizar durante la gestación. Está contraindicado en obstrucción intestinal o inflamación.
Manzanilla (<i>Matricaria chamomilla</i>)	Como un té, es efectivo como sedante ligero en el alivio del insomnio. También puede ayudar a la digestión, alivio para los dolores menstruales y calmar trastornos estomacales.	En general se conoce como seguro cuando se consume en cantidades razonables.
Echinacea (<i>Echinacea angustifolia</i> y <i>Echinacea purpurea</i>)	Estimula el sistema inmunitario; puede tener acción en infecciones y ayuda en los síntomas de resfriados y gripe.	Considerado seguro en dosis razonables. Observe si se presentan efectos colaterales de reacción alérgica.
Hinojo (<i>Foeniculum vulgare</i> o <i>Foeniculum officinale</i>)	Se utiliza para dolor de estómago y ayuda a la digestión. Tomado en té o en extractos estimula el apetito de personas con anorexia (1-2 cucharaditas de semillas en agua hirviendo para hacer té).	En general reconocido como seguro cuando se consume en cantidades razonables.
Altamisa o tanaceto (<i>Tanacetum parthenium</i>)	Profilaxis y tratamiento de dolores de cabeza. Efectivo en hojas frescas o congeladas-secas (2 a 3 hojas frescas [o el equivalente] por día).	Un pequeño porcentaje de individuos puede experimentar el efecto adverso de úlceras temporales en la boca. Considerado seguro en cantidades razonables.
Jengibre (<i>Zingiber officinale</i>)	El té de jengibre alivia dolores estomacales y ayuda a la digestión. Se ha demostrado que dos cápsulas de raíz de jengibre son eficaces en la prevención de mareos.	En general se reconoce como seguro en dosis terapéuticas recomendadas.
Ginkgo (<i>Ginkgo biloba</i>)	Usado para tratar la senilidad, pérdida de memoria a corto plazo, e insuficiencia periférica. Se ha demostrado que dilata los vasos sanguíneos. La dosis usual es 120 mg/día.	Se ha establecido que es seguro en dosis recomendadas. Los posibles efectos colaterales incluyen dolor de cabeza, trastornos gastrointestinales y vértigo.
Ginseng (<i>Panax ginseng</i>)	Los antiguos chinos veían esta hierba como una planta que aumenta la sabiduría y la longevidad. Estudios actuales apoyan un posible efecto positivo en el sistema cardiovascular. No se conoce su acción.	Contraindicado en gestación y lactancia y en pacientes con trastornos de sangrado. Posible efecto concomitante del compuesto con el uso de ácido acetilsalicílico o anticoagulantes.
Lúpulo (<i>Humulus lupulus</i>)	Se utiliza en casos de nerviosismo, ansiedad leve e insomnio. También puede aliviar los dolores relacionados con diarrea. Puede tomarse como té, en extractos o cápsulas.	En general se considera seguro. Los efectos colaterales pueden incluir dolor de cabeza, insomnio, ansiedad, sarpullidos diarrea. Evite el uso concomitante con anticoagulantes.
Kava-kava (<i>Piper methysticum</i>)	Se utiliza para reducir la ansiedad mientras se promueve la agudeza mental. Dosis: 150-300 mg bid.	En general se reconoce como seguro cuando se consume en dosis recomendadas.
Pasionaria, flor de pasión (<i>Passiflora incarnata</i>)	Tomada en té, cápsulas o extractos para tratar nerviosismo e insomnio. Deprime el sistema nervioso central para producir un efecto sedante ligero.	Se puede presentar sarpullido en la piel con desmacación cuando se toma en dosis elevadas por períodos largos. Se pueden reducir los reflejos motores y el juicio si se toma esta hierba. El uso concomitante con depresores del sistema nervioso central puede producir efectos tranquilizantes potenciados. Existen informes de posible daño hepático. Continúan las investigaciones. No se debe tomar por más de tres meses sin supervisión médica.
		En general se reconoce como segura en dosis recomendadas.

(continúa)

CUADRO 12 – 1 Remedios de Hierbas (continuación)

Nombre Común (Nombre Botánico)	Usos Medicinales/Possible Acción	Perfil de Seguridad
Menta (<i>Mentha piperita</i>)	Se utiliza como té para aliviar malestares estomacales y dolor de cabeza y como un sedante ligero. En agua hirviendo una cucharadita de hojas secas se remojan para hacer la infusión. El aceite de menta también se utiliza para la inflamación de la boca, faringe y bronquios.	Se considera segura cuando se consume en las dosis terapéuticas designadas.
Plántago, llantén indio (<i>Plantago ovata</i>)	Las semillas de plántano son populares como laxante para la constipación crónica. También son útiles en el tratamiento de la hipercolesterolemia.	Aprobado como un fármaco de mostrador en Estados Unidos.
Esculetaria (<i>Scutellaria lateriflora</i>)	Se utiliza como sedante para ansiedad leve y nerviosismo.	Considerada como segura en cantidades razonables.
Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>)	Se utiliza en el tratamiento de depresión leve a moderada. Puede bloquear la recaptación de serotonina/norepinefrina y tiene un leve efecto de inhibición de la monoaminooxidasa. Dosis eficaz: 900 mg/día.	En general se reconoce como segura cuando se toma en dosis recomendadas. Los efectos colaterales incluyen leve irritación gastrointestinal que se evita cuando se ingiere con alimentos; en dosis elevadas provoca fotosensibilidad y por períodos prolongados. No tomarlo con otros fármacos psicoactivos.
Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i>)	Puede utilizarse también como antiviral, antibacteriano y propiedades antiinflamatorias. Se utiliza en el tratamiento de nerviosismo e insomnio. Produce sueño reparador sin “resaca” matinal. La raíz se puede utilizar como té, o las cápsulas están disponibles en diferentes dosis. El mecanismo de acción es similar a las benzodiacepinas, pero sin las propiedades adictivas. El rango de dosis diaria es de 100 a 1 000 mg.	En general se reconoce como segura cuando se toma en dosis recomendadas. Los efectos colaterales incluyen ligero dolor de cabeza y malestar estomacal. Tomar dosis más elevadas de lo recomendado puede provocar intensos dolores de cabeza, náusea, mareos por la mañana, visión borrosa. No se debe tomar de manera concurrente con depresores del sistema nervioso central.

Fuentes: Adaptado de Sadock y Sadock (2003); Trivieri y Anderson (2002), Holt y Kouzi (2002); Pranithkanti (2007); y *PDR for Herbal Medicines* (2004).

sanas. La nutrición es, en parte, una ciencia preventiva. Da suficientes recursos, cómo y qué comer es elegir un de estilo de vida. (p. 4)

Las personas seleccionan los alimentos que comen con base en un número de factores, el último de los cuales no es el placer. Comer debe servir a las necesidades sociales y culturales, como también a las nutricionales. El U.S. *Departments of Agriculture* (USDA) y los *Health and Human Services* (USDHHS) han colaborado en establecer una serie de lineamientos para ayudar a los individuos a entender qué tipos de alimentos comer y qué estilo de vida seguir, con el fin de promover la salud y prevenir enfermedades. A continuación se presenta una lista de recomendaciones clave de estos lineamientos (USDA/USDHHA, 2005). En la figura 12-1 aparece la guía más reciente de la pirámide alimenticia.

Nutrientes Adecuados Dentro de las Necesidades Calóricas

- Consumir una variedad de alimentos ricos en nutrientes y bebidas dentro y entre los grupos de alimentos básicos; la elección limita la ingestión de grasa, colesterol, azúcares añadidos, sal y alcohol.
- Ingestiones recomendadas dentro de las necesidades de energía para adoptar un patrón de alimentación balanceada, tales como la USDA *Food Guide* (cuadro

12-2). El cuadro 12-3 proporciona un resumen de información sobre vitaminas y minerales esenciales.

Manejo del Peso

- Manejo de peso corporal en un rango saludable. El equilibrio de las calorías de los alimentos y bebidas con las calorías gastadas.
- Para prevenir la ganancia de peso gradual con el paso del tiempo, hacer pequeñas disminuciones en las calorías de los alimentos y bebidas, y aumentar la actividad física.

Actividad Física

- Comprometerse en actividad física regular y reducir las actividades sedentarias para promover la salud, el bienestar psicológico y mantener un peso corporal saludable.
- Reducir el riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, realizar por lo menos 30 min de actividad física de intensidad moderada, por arriba de la actividad usual, en el trabajo o en el hogar casi todos los días de la semana.
- Para mantener la pérdida de peso en la adultez, participar por lo menos 60 a 90 min de actividad física de intensidad moderada, mientras no se excedan los requerimientos de ingestión de calorías.

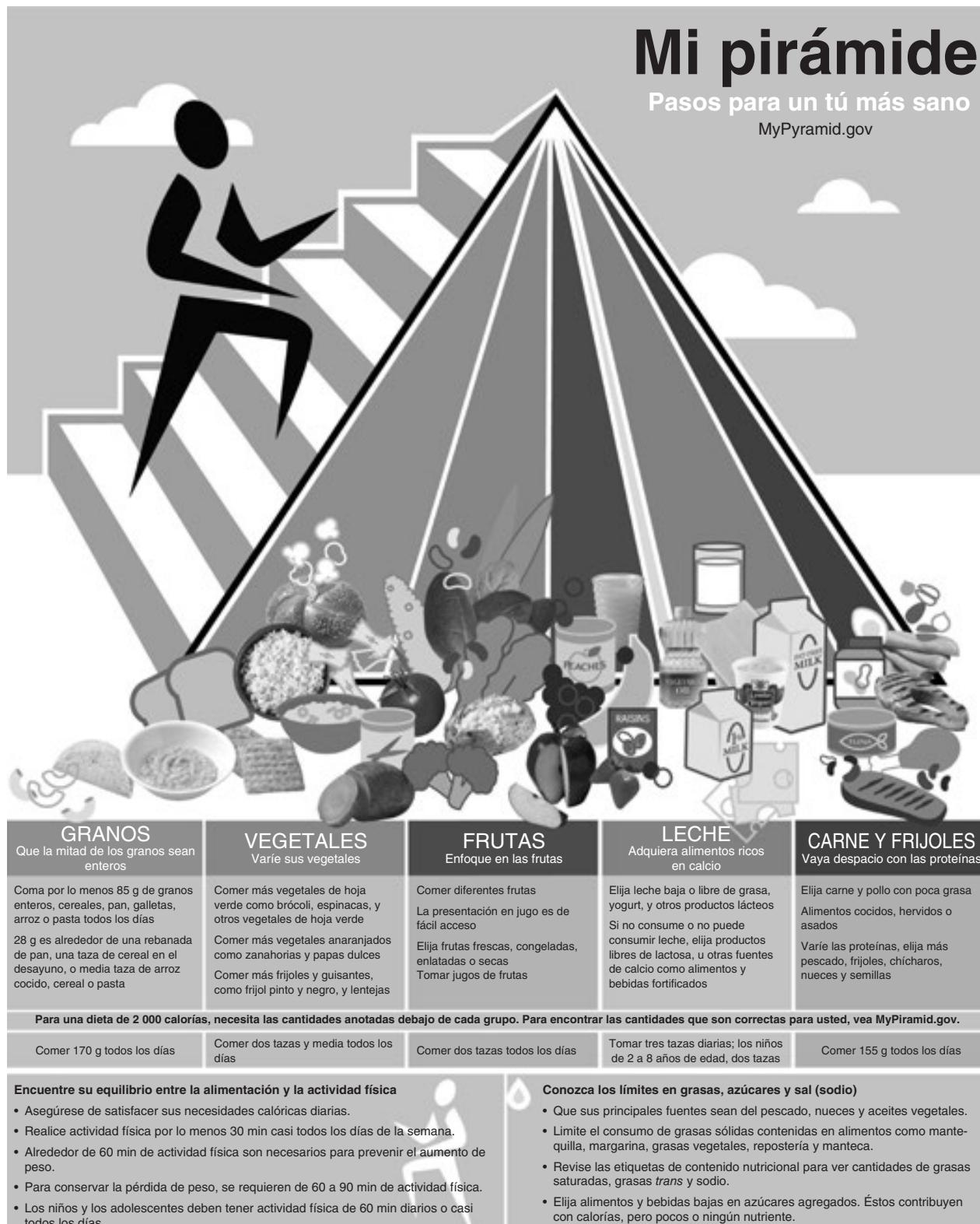


FIGURA 12-1 Mi pirámide: pasos para un tú más sano. (Fuente: U.S. Department of Agriculture, 2005.)

CUADRO 12 – 2 Muestra de USDA Guía Alimenticia a Nivel de 2000 Calorías

Grupos de Alimentos y Subgrupos	USDA Guía Alimenticia Cantidad Diaria	Ejemplos/Cantidades Equivalentes
<i>Grupos de frutas</i> 	dos tazas (cuatro porciones)	<p>$\frac{1}{2}$ taza equivale a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\frac{1}{2}$ taza de fruta fresca, congelada o enlatada • Media fruta • $\frac{1}{4}$ de taza de fruta seca • $\frac{1}{2}$ taza de jugo de frutas
<i>Grupos de vegetales</i> 	dos tazas y media (cinco porciones) <ul style="list-style-type: none"> • Vegetales de color verde oscuro: tres tazas/semana • Vegetales de color naranja: dos tazas/semana • Leguminosas (frijoles secos/chícharos): tres tazas/semana • Vegetales con almidón: tres tazas/semana • Otros vegetales: seis tazas y media/semana 	<p>$\frac{1}{2}$ taza equivale a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\frac{1}{2}$ taza hasta el borde de vegetales crudos o cocidos • Una taza de hojas de vegetales crudas • $\frac{1}{2}$ taza de jugo de vegetales
<i>Grupo de granos</i> 	170 g equivalentes <ul style="list-style-type: none"> • Granos enteros: 85 g equivalentes • Otros granos: 85 g equivalentes 	<p>28 g equivalen a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una rebanada de pan • Una taza de cereal seco • $\frac{1}{2}$ taza de arroz cocido, pasta, cereal
<i>Grupo de carnes y frijoles</i> 	156 g equivalentes	<p>28 g equivalen a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 g de carne con poca grasa cocida, pollo o pescado • Un huevo • $\frac{1}{4}$ de taza de frijoles cocidos secos o tofu • 1 cucharadita de crema de cacahuate • 14 g de nueces o semillas
<i>Grupo de leche</i> 	tres tazas	<p>Una taza equivale a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una taza de leche libre o baja en grasa • Una taza de yogur libre o bajo en grasa • Taza y media de queso natural bajo o libre de grasa • 56 g de queso procesado libre o bajo en grasa
<i>Aceites</i> 	24 g (6 cucharaditas)	<p>Una cucharadita equivale a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una cucharadita de mayonesa baja en grasa • Dos cucharaditas de aderezo para ensalada bajo en grasa • Una cucharada de aceite vegetal • Una cucharada de margarina suave con cero grasas <i>trans</i>
<i>Calorías permitidas a discreción</i> 	267 calorías Ejemplo de distribución: <ul style="list-style-type: none"> • Grasas sólidas 18 g (p. ej., grasas saturadas <i>trans</i>) • Azúcares agregados ocho cucharaditas (p. ej., cereales endulzados) 	<p>Una cucharada de azúcar agregada equivale a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 g de gelatina • 236 ml de refresco <p>Ejemplos de grasas sólidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grasa entera de la leche/helado • Carnes con grasa <p>Los aceites esenciales (arriba) no se consideran parte de las calorías a discreción</p>

Fuente: *Dietary Guidelines for Americans 2005*. Washington, DC: USDA/USDHHS, 2005.

CUADRO 12 – 3 Vitaminas Esenciales y Minerales

Vitaminas/ Minerales	Función	RDA*	Nuevos DRI (UL)**	Fuente Alimenticia	Comentarios
Vitamina A	Prevención de ceguera nocturna; calcificación de huesos en crecimiento; resistencia a las infecciones	Hombres: 1 000 µg Mujeres: 800 µg	Hombres: 900 µg (3 000 µg) Mujeres: 700 µg (3 000 µg)	Hígado, mantequilla, queso, leche entera, yema de huevo, pescado, vegetales de hojas verdes, zanahorias, calabaza, papas dulces	Puede ser beneficiosa en la prevención de cáncer, debido a sus propiedades antioxidantes que se relacionan con el control de los radicales libres que dañan el ADN y las membranas celulares
Vitamina D	Promueve la absorción de calcio y fósforo en el intestino delgado; prevención de raquitismo	Hombres y mujeres: 5 µg	Hombres y mujeres: 5 µg (50 µg) (5 - 10 µg para edades 50 a 70 y 15 µg para >70)	Leche fortificada y productos lácteos, yema de huevo, pescado, aceites de hígado, hígado, otras; formado en la piel por exposición al sol	Sin la vitamina D, se absorbería muy poca cantidad de calcio de la dieta
Vitamina E	Un antioxidante que previene la destrucción de la membrana celular	Hombres: 10 mg Mujeres: 8 mg	Hombres y mujeres: 15 mg (1 000 mg)	Aceites vegetales, germen de trigo, granos enteros o cereales fortificados, vegetales de hojas verdes, nueces	Como un antioxidante, puede tener implicaciones en la prevención de enfermedad de Alzheimer, enfermedades cardíacas, cáncer de mama
Vitamina K	Síntesis de protrombina y otros factores de coagulación; coagulación normal de la sangre	Hombres: 80 µg Mujeres: 65 µg	Hombres: 120 µg (ND) Mujeres: 90 µg (ND)	Vegetales verdes (col, espinacas, lechuga, col rizada, brócoli, coles de Bruselas, col), plantas aceitosas y margarina	En personas en tratamiento con anticoagulantes se debe mantener en observación la ingestión de vitamina K
Vitamina C	Formación de colágeno en tejido conjuntivo; un poderoso antioxidante; facilita la absorción de hierro; ayuda a la liberación de epinefrina de las glándulas suprarrenales durante el estrés	Hombres y mujeres: 60 mg	Hombres: 90 mg (2 000 mg) Mujeres: 75 mg (2 000 mg)	Frutas cítricas, tomates, papas, vegetales de hojas verdes, fresas	Como un antioxidante, puede tener implicaciones en la prevención de cáncer, cataratas, enfermedades cardíacas. Puede estimular el sistema inmunitario en contra de varios tipos de infección
Vitamina B₁ (tiamina)	Esencial para el funcionamiento normal de tejido nervioso; coenzima en el metabolismo de carbohidratos	Hombres: 1.5 mg Mujeres: 1.1 mg	Hombres: 1.2 mg (ND) Mujeres: 1.1 mg (ND)	Granos enteros, leguminosas, nueces, yema de huevo, carne, vegetales de hojas verdes	Grandes dosis pueden mejorar el rendimiento mental en personas con enfermedad de Alzheimer
Vitamina B₂ (riboflavina)	Coenzima en el metabolismo de proteínas y carbohidratos para obtener energía	Hombres: 1.7 mg Mujeres: 1.3 mg	Hombres: 1.3 mg (ND) Mujeres: 1.1 mg (ND)	Carne, productos lácteos, granos enteros o enriquecidos, leguminosas, nueces	Puede ayudar en la prevención de cataratas; el tratamiento con dosis elevadas puede ser efectivo en la profilaxis de migraña (Schoenen y col. 1998)

(continúa)

CUADRO 12 – 3 Vitaminas Esenciales y Minerales (*continuación*)

Vitaminas/ Minerales	Función	RDA*	Nuevos DRI (UL)**	Fuentes Alimenticias	Comentarios
Vitamina B₃ (niacina)	Coenzima en el metabolismo de proteínas y carbohidratos para energía	Hombres: 19 mg Mujeres: 15 mg	Hombres: 16 mg (35 mg) Mujeres: 14 mg (35 mg)	Leche, huevo, carne, legumbres, granos enteros y cereales enriquecidos, nueces	Elevadas dosis de niacina disminuyen las concentraciones de colesterol en algunos individuos
Vitamina B₆ (piridoxina)	Coenzima en la síntesis y catabolismo de aminoácidos; esencial para el metabolismo de triptófano a niacina	Hombres: 2 mg Mujeres: 1.6 mg	Hombres y mujeres: 1.3 mg (100 mg) Después de 50 años: Hombres: 1.7 mg Mujeres: 1.5 mg	Carne, pescado, granos, legumbres, plátanos, nueces, papas blancas y dulces	Puede disminuir la depresión en algunas personas al aumentar las concentraciones de serotonina; las deficiencias pueden contribuir a problemas de memoria; también se utiliza en el tratamiento de migrañas y molestias premenstruales
Vitamina B₁₂	Necesario en la formación de ADN y la producción de eritrocitos; relacionados con el metabolismo de ácido fólico	Hombres y mujeres: 2 µg	Hombres y mujeres: 2.4 µg (ND)	Se encuentra en productos de origen animal (p. ej., carne, huevo, productos lácteos)	La deficiencia contribuye a problemas de la memoria. Los vegetarianos pueden obtener esta vitamina de alimentos fortificados. El factor intrínseco debe estar presente en el estómago para absorber la vitamina B ₁₂
Ácido fólico (folato)	Necesario en la formación de ADN y la producción de eritrocitos	Hombres: 200 µg Mujeres: 180 µg	Hombres y mujeres: 400 µg (1 000 µg) Gestantes: 600 µg	Carne; vegetales verdes frondosos; frijoles; guisantes; cereales fortificados, pan, arroz y pasta	Importante en mujeres en edad de criar hijos para prevenir defectos del tubo neural; puede contribuir a la preventión de enfermedades cardíacas y cáncer de colon
Calcio	Necesario en la formación de huesos y dientes; el funcionamiento de neuronas y músculos; coagulación sanguínea	Hombres y mujeres: 800 mg	Hombres y mujeres: 1 000 mg (2 500 mg) Después de los 50 años: Hombres y mujeres: 1 200 mg	Productos lácteos, col, brócoli, espinacas, sardinas, ostiones, salmón	El calcio se ha relacionado con la prevención de dolores de cabeza, calambres musculares osteoporosis y problemas premenstruales Requerimientos de vitamina D para su absorción
Fósforo	Necesario en la formación de huesos y dientes; un componente de ADN, ARN, ADP, ATP; ayuda al control de equilibrio ácido-básico en la sangre	Hombres y mujeres: 800 mg	Hombres y mujeres: 700 mg (4 000 mg)	Leche, queso, pescado, carne, yogurt, helados, guisantes, huevo	
Magnesio	Síntesis de proteínas y metabolismo de carbohidratos; relajación muscular después de la contracción; formación de hueso	Hombres: 350 mg Mujeres: 280 mg	Hombres: 420 mg (350 mg)*** Mujeres: 320 mg (350 mg)***	Vegetales verdes, legumbres, comida de origen marino, leche, nuez, carne	Puede ayudar en la prevención de ataques asmáticos y dolores de cabeza Las deficiencias pueden contribuir a insomnio, problemas premenstruales

Vitaminas/ Minerales	Función	RDA *	Nuevos DRI (UL) **	Fuentes Alimenticias	Comentarios
Hierro	Síntesis de hemoglobina y mioglobina; oxidación celular	Hombres y mujeres: 10 mg (mujeres lactando y aquellas en edad de criar: 15 mg)	Hombres: 8 mg (45 mg) Mujeres: (45 mg) en edad de criar: 18 mg de más de 50: 8 mg gestantes: 27 mg lactando: 9 mg	Carne, pescado, aves, huevo, nueces, vegetales de hoja verde, frutas secas, pasta y pan enriquecidos	Las deficiencias de hierro puede ocasionar dolores de cabeza y fatiga crónica
Yodo	Ayuda en la síntesis de T ₃ y T ₄	Hombres y mujeres: 150 µg	Hombres y mujeres: 150 µg (1 100 µg)	Sal yodada y mariscos	Influye de manera importante en el metabolismo de todo el cuerpo
Selenio	Participa con la vitamina E en la protección de compuestos celulares de la oxidación	Hombres: 70 µg Mujeres: 55 µg	Hombres y mujeres: 55 µg (400 µg)	Mariscos, carne baja en grasa, productos lácteos, hígado	Como antioxidante combinado con vitamina E puede tener algún efecto anticancerígeno La deficiencia puede relacionarse con estados depresivos
Zinc	Participa en la síntesis de ADN y ARN; en el metabolismo de energía y síntesis de proteínas; en la curación de heridas; aumenta el funcionamiento del sistema inmunitario; es necesario para los sentidos de gusto u olfato	Hombres: 15 mg Mujeres: 12 mg	Hombres: 11 mg (40 mg) Mujeres: 8 mg (40 mg)	Carne, mariscos, cereales fortificados, aves, huevos, leche	Es importante en la prevención de infecciones y mejora la curación de heridas

*Recommended Dietary Allowances, establecido por Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine, 1989.

**Dietary Reference Intakes (UL), la serie más reciente de recomendaciones para adultos establecida por Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine, © 2004. UL es el límite superior de ingestión considerado seguro para adultos (incluye la ingestión total de alimento, agua y suplementos).

***UL para magnesio aplica sólo lo ingerido de suplementos de dieta, excluyendo ingestión de alimento y agua.

ND = No determinado

Fuentes: Adaptadas de National Academy of Sciences (2004) and Council for Responsible Nutrition, Washington, DC (2007).

- Alcanzar un buen estado físico, incluyendo acondicionamiento cardiovascular, ejercicios de estiramiento para la flexibilidad y de resistencia o calisténicos para fuerza muscular y resistencia.

Grupos de Alimentos a Fomentarse

- **Frutas y Vegetales.** Elija una variedad de frutas y vegetales cada día. En particular, seleccione de los cinco subgrupos varias veces a la semana.
- **Granos Enteros.** La mitad de la porción diaria de granos debe provenir de granos enteros.
- **Leche y Productos Lácteos.** La selección diaria de leche libre de grasa o leche baja en grasa o productos lácteos es importante. Para ayudar a satisfacer las necesidades de calcio, se pueden seleccionar alternativas sin lácteos que contengan calcio para individuos con intolerancia a la lactosa o los que elijen evitar los productos lácteos (p. ej., vegetarianos que no consumen productos de origen animal).

lerancia a la lactosa o los que elijen evitar los productos lácteos (p. ej., vegetarianos que no consumen productos de origen animal).

Grupos de Alimentos a Moderarse

- **Grasas.** Mantenga la ingestión de grasa total entre 20 y 35% de calorías, con casi todas las grasas provenientes de fuentes de ácidos grasos poliinsaturados y monoisaturados, como pescado, nueces y aceites vegetales. Consuma menos de 10% de calorías de ácidos grasos saturados y menos de 300 mg/día de colesterol y mantenga el consumo de ácidos grasos *trans* lo más bajo posible.
- **Carbohidratos.** La ingestión de carbohidratos debería comprender 45 a 64% de las calorías totales, la mayor parte proveniendo de alimentos ricos en fibras. Impor-

tantes fuentes de nutrientes de carbohidratos incluyen frutas, vegetales, granos enteros y leche. Los azúcares agregados, endulzantes calóricos y almidones refinados se deben consumir con prudencia.

- **Cloruro de Sodio.** Consuma menos de 2 300 mg (una cucharadita de sal) de sodio por día. Escoja y prepare alimentos con poca sal. Al mismo tiempo, ingiera alimentos ricos en potasio, como frutas y vegetales.
- **Bebidas Alcohólicas.** Las personas que elijen beber alcohol deben hacerlo con sensatez y moderación—definido como el consumo de una copa al día para las mujeres y hasta dos para los hombres. Un trago debe contar como:
 - 354.88 ml de cerveza regular (150 calorías)
 - 147.87 ml de vino (100 calorías)
 - 44.355 ml de licor destilado de 80 grados (100 calorías)

Se debe evitar el alcohol en personas que no son capaces de restringir su ingestión; las embarazadas o las que pretendan embarazarse, o estén amamantando; e individuos que están tomando medicamentos que puedan interactuar con el alcohol o quienes tienen condiciones médicas específicas.

Medicina Quiropráctica

La **medicina quiropráctica** es tal vez la forma más ampliamente utilizada de sanación alternativa en Estados Unidos. Se desarrolló a finales del año 1800 por el sanador autodidacta David Palmer. Más tarde fue reorganizada y extendida por su hijo Joshua. El objetivo de Palmer era encontrar una cura para la enfermedad que no utilizara fármacos, sino que estuviera basada en métodos naturales de sanación (Trivieri y Anderson, 2002). La teoría de Palmer, detrás de la medicina quiropráctica era que la energía fluye desde el cerebro a todas las partes del cuerpo, a través de la médula espinal y los nervios espinales. Cuando una vértebra de la columna se desplaza, presiona un nervio e interfiere con la transmisión nerviosa normal. Palmer nombró al desplazamiento de estas vértebras **subluxación**, la forma de restaurar la función era manipulando las vértebras a sus posiciones normales. Estas manipulaciones se llamaban *ajustes*.

Los ajustes se llevan a cabo por lo general con las manos, aunque algunos quiroprácticos tienen mesas especiales de tratamiento equipadas para facilitar el procedimiento (figura 12-2). Otros procesos utilizados para el resultado del ajuste de la columna, es proporcionando relajación muscular que incluye mesas de relajación, aplicación de calor o frío y ultrasonido.

El quiropráctico hace una historia clínica y radiografía de columna vertebral. En la actualidad los quiroprácticos pueden practicar ejercicios de estiramiento para tratar



FIGURA 12-2 Ajustes quiroprácticos.

una subluxación. *Mezclada* es un término empleado para un quiropráctico que combina ajustes con procedimientos coadyuvantes, como ejercicio, calor o masajes.

Los individuos buscan tratamiento quiropráctico para muchos tipos de molestias y enfermedades; el más común es el dolor de espalda. Estos terapeutas tratan también el dolor de cabeza, lesiones en el cuello, escoliosis, síndrome del túnel del carpo, trastornos respiratorios y gastrointestinales, dificultades menstruales, alergias, sinusitis y ciertos tipos de lesiones deportivas (Trivieri y Anderson, 2002). Algunos quiroprácticos son contratados como médicos por equipos de deportes profesionales.

Estos profesionales están certificados para ejercer en 50 estados de Norteamérica, el programa está aprobado por el gobierno y las aseguradoras privadas. Tratan a más de 20 millones de personas al año en Estados Unidos (Sadock y Sadock, 2003).

Toque Terapéutico

El toque terapéutico fue desarrollado en la década de 1970 por Dolores Krieger, enfermera asociada con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Nueva York. Se basa en la filosofía de que el cuerpo humano proyecta un campo de energía. Cuando este campo se bloquea, se

presenta el dolor o la enfermedad. El personal de terapeutas utiliza este método para corregir bloqueos, por lo tanto alivian la incomodidad y proporcionan salud.

Basado en la premisa de que el campo de energía se extiende más allá de la superficie del cuerpo, el terapeuta no necesita tocar la piel del paciente. Las manos del terapeuta se pasan sobre el cuerpo del paciente, separadas 5 a 10 cm de la piel. El objetivo es reestructurar el campo de energía realizando movimientos de las manos lentos, rítmicos, barriendo sobre todo el cuerpo. Se debe sentir calor donde está bloqueada la energía. El terapeuta “masajea” el campo de energía en esa área, suavizándola, para corregir la obstrucción. Se piensa que el toque terapéutico reduce el dolor y la ansiedad, y promueve la relajación y el mantenimiento de la salud. Ha probado ser útil en el tratamiento de trastornos crónicos de salud.

Masaje

El masaje es la técnica de manipular los músculos y tejidos blandos del cuerpo. Los médicos chinos prescribieron el masaje para el tratamiento de enfermedades desde hace 5 000 años. El estilo del este se enfoca en equilibrar la energía vital del cuerpo (*qi*) como fluye a través de las vías (meridianos), como se describió con anterioridad en la sección de acupresión y acupuntura. El estilo occidental de masaje afecta a los músculos, tejidos conjuntivos (p. ej. tendones y ligamentos), y el sistema cardiovascular. El masaje sueco, el cual es tal vez el mejor conocido del estilo occidental, utiliza una variedad de deslizamiento y golpes con profundos movimientos circulares y vibraciones para relajar los músculos, mejorar la circulación y aumentar la movilidad (Trivieri y Anderson, 2002).

Se ha demostrado que el masaje es benéfico en las siguientes condiciones: ansiedad, dolor crónico de cuello y espalda, artritis, ciática, migrañas, espasmos musculares, insomnio, dolor de trabajo de parto y parto, y trastornos relacionados con el estrés. El masaje está contraindicado en ciertas condiciones, tales como hipertensión, infecciones agudas, osteoporosis, flebitis, problemas de piel y venas varicosas. Tampoco se debe realizar en sitios donde hay heridas recientes, moretones o quemaduras.

Los terapeutas de masajes requieren entrenamiento especializado, acreditado por la *American Massage Therapy Association* y avalado por el *National Certification Examination for Therapeutic Massage and Bodywork*.

Yoga

Se piensa que el **yoga** se desarrolló en la India hace unos 5 000 años y se le atribuye a un médico indio y estudiante de sánscrito llamado Patanjali. El objetivo del yoga es integrar las energías física, mental y espiritual que mejo-



FIGURA 12-3 Alcanzar la relajación a través de la práctica de yoga.

ran la salud y el bienestar (Trivieri y Anderson, 2002). Se ha encontrado que esta disciplina es útil para aliviar el estrés físico y psicológico. La respiración apropiada es un componente importante. Se cree que ésta debe ser profunda y diafragmática, pues aumenta el oxígeno en el cerebro y tejidos corporales, para disminuir el estrés y la fatiga, de esta manera se incrementa la energía.

Otro componente es la meditación. Los individuos que practican la meditación y la respiración profunda asociada con el yoga encuentran que son capaces de alcanzar una profunda sensación de relajación (figura 12-3).

El tipo de yoga más familiar practicado en países de occidente es hatha yoga. Éste utiliza posturas corporales, junto con la meditación y respiración, para alcanzar un ejercicio equilibrado y disciplinado que libera las tensiones musculares; mejora el tono de los órganos internos; y energiza la mente, cuerpo y espíritu, permite la sanación natural. La rutina completa de posiciones está diseñada para trabajar todas las partes del cuerpo—estiramiento y tonificación muscular y mantener flexibles las articulaciones. Los estudios han demostrado que el yoga proporciona efectos benéficos a algunos individuos con dolor de espalda, estrés, migraña, insomnio, hipertensión, frecuencia cardíaca acelerada, y movilidad limitada (Sadock y Sadock, 2003; Steinberg, 2002; Trivieri y Anderson, 2002).

Terapia con Mascotas

El valor terapéutico de las mascotas no es sólo una teoría. La evidencia ha demostrado que los animales pueden influir de manera directa en el bienestar mental y físico de una persona. Muchos tratamientos con mascotas se han establecido en todo el país, y el número aumenta de manera regular.



FIGURA 12-4 Envejecer saludablemente con una mascota.

Varios estudios proporcionan información sobre los resultados de la interacción de los humanos con mascotas. Algunos de éstos incluyen:

- Se ha demostrado que tener como mascota un perro o gato reduce la presión arterial. En un estudio, los voluntarios experimentaron disminución de la presión sistólica de 7.1 mmHg y de 8.1 mmHg en la diastólica cuando les hablaban o cuidaban a sus mascotas, contrario a cuando leían en voz alta o descansaban (Whitaker, 2000).
- Llevar mascotas al asilo u otra institución para personas mayores ha demostrado mejorías en el ánimo e interacción social (Murray y Zentner, 2001).
- Un estudio de 96 enfermos admitidos en la unidad de atención coronaria por infarto o angina reveló que en el año siguiente a la hospitalización, el índice de mortalidad entre los que no tenían mascotas era 22% mayor que entre los dueños de mascotas (Whitaker, 2000).
- Los individuos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y que tienen mascotas parecen sufrir menos de depresión que los enfermos con este síndrome sin mascotas (Siegel y col., 1996).

Algunos investigadores creen que los animales en realidad pueden retrasar el proceso de envejecimiento entre quienes viven solos (figura 12-4). La soledad, con frecuen-

cia provoca muerte prematura, y tener una mascota mitiga los efectos de ésta y el aislamiento Whitaker (2000) sugiere:

Aunque tener una mascota no hace inmune a la persona de enfermarse, los dueños de mascotas son en general más sanos que quienes no las tienen. Varios estudios han mostrado que las personas con mascotas tienen menos problemas de salud, menos visitas al médico, menos medicación, menos factores de riesgo de enfermedades cardíacas, tales como hipertensión o concentraciones de colesterol elevadas (p. 7).

Puede que nunca se sepa por qué los animales afectan a los humanos en la forma en que lo hacen, pero los que tienen mascotas a quien aman, los efectos terapéuticos no son una sorpresa. Las mascotas proporcionan amor y afecto incondicionales y sin juicios, lo que puede ser un antídoto perfecto para el ánimo deprimido o una situación de estrés. La función de los animales en el proceso de curación en los humanos todavía requiere más investigación; no obstante, su validez es ampliamente aceptada tanto en la comunidad médica como en la población en general.

TERAPIAS PSICOSOCIALES

Psicoterapias Individuales

La psicoterapia individual tiene lugar entre una persona y un terapeuta. Los profesionales de la salud mental que la realizan incluyen enfermeras registradas en práctica avanzada, trabajadores sociales psiquiátricos, psiquiatras, psicólogos y consejeros certificados en salud mental. Se establece un acuerdo y, dentro de un ambiente terapéutico, el profesional ayuda al individuo a superar síntomas de comportamiento o resolver problemas interpersonales. En esta sección se discuten varios modelos de psicoterapia individual.

Psicoanálisis

El **psicoanálisis** es considerado por muchos como el fundamento para la psicoterapia individual. Fue creado por Freud a principios del siglo xx (capítulo 2). En el psicoanálisis, un objetivo principal es que la persona haga una introspección y entienda sobre sus relaciones presentes y los patrones de comportamiento, para enfrentar conflictos de confrontación inconscientes que surgen en la transferencia de relaciones con el analista. El psicoanálisis es un tratamiento prolongado y costoso. Algunas de las técnicas utilizadas se describen en las siguientes subsecciones.*

*Sección reproducida con permiso de Neeb, K. (2006). *Fundamentals of Mental Health Nursing*, 3rd ed., Filadelfia: F.A. Davis.

Asociación Libre

En la **asociación libre**, se le permite al paciente que diga lo que le venga a su mente en respuesta a una palabra dicha por el terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede decir “madre” o “azul”, y el individuo da una respuesta también con una palabra, a cada palabra que dice el terapeuta, quien observa un tema o el patrón de respuestas de la persona. Si éste responde “perversa” a la palabra “madre” o “muerte” a la palabra “azul”, el terapeuta podría haber elegido un tema potencial, pero si el individuo responde “amable” y “verdadero” a las palabras “madre” o “azul”, el médico puede escuchar un tema completamente diferente. El tema puede dar al terapeuta una idea de la causa de las alteraciones emocionales de la persona.

Análisis de los Sueños

Los freudianos creen que el comportamiento está enraizado en el inconsciente y que los sueños son manifestaciones de los problemas que las personas reprimen. Los psicoanalistas creen que los sueños son el espejo del inconsciente. Observar e interpretar los sueños es una técnica del psicoanálisis. Se le pide al individuo que lleve un “diario de sueños” en el que anota lo que recuerde de éstos, tanto placenteros como desagradables, los sueños son interpretados de la misma forma que en la asociación libre. Las personas importantes o las situaciones en los sueños se exploran con el individuo, y el terapeuta ofrece posibles significados.

Hipnosis

Algunas veces se utiliza la hipnoterapia en el psicoanálisis como una herramienta para conocer el inconsciente o para buscar una “regresión a la vida pasada”. La hipnosis es una relajación muy profunda durante la cual el terapeuta, que ha sido entrenado en técnicas de formación de trance, hace ciertas preguntas al enfermo. También se pueden utilizar imágenes guiadas para ayudar a la persona a tener una visión de la situación, para encontrar la causa del problema. Al cerrar la sesión, mientras el individuo todavía está en trance, el médico puede ofrecer algunas sugerencias poshipnóticas. Éstas por lo general, incluyen declaraciones positivas para que la persona piense en ellas y le sirvan en los cambios de comportamiento que quiera realizar.

Catarsis

Sadock y Sadock (2003) definen **catarsis** como “la expresión de ideas, pensamientos y material reprimido que se acompaña por una respuesta emocional que produce un estado de alivio en el enfermo”. La catarsis se utiliza en psicoanálisis para permitirle a la persona que purgue el

contenido mental reprimido de la psique. Los síntomas de no adaptación se pueden resolver al traer los pensamientos y sentimientos inconscientes a la conciencia. Algunas veces el individuo no sólo recuerda las experiencias dolorosas, sino que las *revive*, acompañadas por los sentimientos y emociones relacionadas con el evento. Este proceso se le llama **abreacción**.

Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal (PIT) es una terapéutica de tiempo limitado que se desarrolló para el tratamiento de la depresión mayor. La psicoterapia de tiempo limitado (también llamada psicoterapia breve) tiene un enfoque, objetivos identificados y un número limitado de sesiones, por lo general entre cinco y 25. Los acercamientos teóricos incluyen psicoanalítico, psicodinámica, interpersonal e integrativo.

La PIT se basa en los conceptos de Harry Stack Sullivan, asumiendo que los síntomas y la disfunción social relacionados con la depresión (y otros trastornos psiquiátricos) se correlacionan con dificultades en las relaciones interpersonales. El principal objetivo de ésta es mejorar las habilidades presentes interpersonales (Sadock y Sadock, 2003). En general las sesiones son cada semana de 12 a 16 semanas.

En las primeras sesiones, el terapeuta recopila información de una historia psiquiátrica, identifica el problema principal, establece un diagnóstico, y con el enfermo, plantean los objetivos del tratamiento, un plan de acción para el resto de las sesiones define las intervenciones específicas dirigidas a resolver el problema. Sadock y Sadock (2003) dicen:

Cada sesión empieza con la pregunta, “¿cómo han ido las cosas desde la última vez que nos vimos? Para enfocarse en los estados de ánimo presentes y su relación con las interacciones recientes. Las técnicas básicas para lidiar con cada problema aclaran sentimientos positivos y negativos, identifican modelos pasados para las relaciones, y guían y alientan a la persona para que examine y elija cursos de acción alternos. (p. 934)

La PIT como monoterapia ha sido utilizada con éxito en trastorno depresivo mayor leve a moderado. Hay estudios que demuestran que en enfermos con trastorno depresivo grave o recurrente, es mejor una combinación de psicoterapia y farmacoterapia que cualquiera de ellas por sí solas (Karasu, Gelenberg, y Merriam, 2006). Se están realizando pruebas para observar la eficacia de psicoterapia interpersonal en fobia social, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, trastorno de personalidad límitrofe, pánico y bulimia. Las pruebas clínicas no lograron demostrar la eficacia de la IPT en trastornos por uso de sustancias (Markowitz, 2003).

Terapia de Realidad

La **terapia de realidad** se desarrolló a mediados de los años sesenta por el psiquiatra estadounidense William Glasser. Ésta se basa en la teoría de control y sugiere que todos los individuos son responsables de lo que eligen hacer. Incluye el principio de que los seres humanos nacen con las siguientes cinco necesidades básicas:

- Poder (éxito, aptitud, realización)
- Pertenencia (grupos sociales, como también familia y seres queridos)
- Libertad (independencia y autonomía personal)
- Diversión (disfrute y placer)
- Sobrevida (necesidades fisiológicas, tales como comida, refugio, expresión sexual)

El desarrollo de la personalidad es visto como un intento de satisfacer estas cinco necesidades básicas. Los individuos eligen comportamientos y de manera subsecuente descubren si las conductas elegidas son eficaces o no para satisfacer sus necesidades. Glasser y Wubbolding (1995) dicen: “cuando (los individuos) fracasan en satisfacer sus necesidades de manera efectiva, desarrollan una falla de identidad que se caracteriza por comportamientos ineficientes y fuera de control”.

En la terapia de realidad se hace énfasis en el presente, el “aquí y ahora”. El comportamiento pasado se dirige sólo en cómo impacta las selecciones presentes o el comportamiento futuro. Una función primaria del terapeuta es ayudar al enfermo a lidiar con el alcance de sus necesidades en el presente, lo apoya para identificar sus necesidades que no está satisfaciendo, correlaciona éstas con los presentes comportamientos ineficaces, y proporciona opciones conscientes para cambiar a patrones más eficaces de comportamientos con el fin de satisfacer las necesidades básicas.

En la terapia de realidad, la psicopatología es vista en términos de comportamientos ineficientes. Los diagnósticos y las descripciones (p. ej., neurótico o disfuncional) se perciben como estereotípicos e inútiles. Se enfatiza el concepto de *responsabilidad*. El aceptar la responsabilidad por el propio comportamiento se equipara con la salud mental. Un individuo que se comporta con responsabilidad es capaz de satisfacer sus necesidades básicas sin interferir con los intentos de los demás. Una parte importante de la función del terapeuta es servir como modelo positivo para el comportamiento responsable.

Glasser y Wubbolding (1995) dicen:

A través del uso hábil de la terapia de realidad, es posible ayudar a una persona a evaluar si el cambio de comportamiento es deseable y posible, y si se ajusta de manera apropiada y satisfactoria a las demandas del “mundo real”. Si los

individuos deciden que el cambio es benéfico para ellos, se les ayuda a hacer mejores elecciones dirigidas a mantener o aumentar la satisfacción de sus necesidades (p. 294).

La terapia de realidad puede ser muy favorecedora para el autodominio. Se tiene esperanza, ya que ésta no se enfoca en las fallas pasadas, y el individuo es capaz de ver hacia un cambio de comportamiento. Promueve la convicción de que aunque una persona es un producto del pasado, no necesita seguir como su víctima.

Terapia de Relajación

El estrés es parte de la vida diaria, puede ser positivo o negativo, pero no se puede eliminar. El mantener el estrés a un nivel que se pueda manejar es un proceso que dura toda la vida.

Las personas bajo estrés responden con una excitación fisiológica que puede ser peligrosa por períodos prolongados. De hecho, se ha demostrado que la respuesta al estrés es la causa principal, ya sea directa o indirecta, de enfermedades coronarias, cáncer, molestias pulmonares, lesiones accidentales, cirrosis hepática y suicidio —seis de las causas principales de muerte en Estados Unidos.

La terapia de relajación es un medio eficaz de reducir la respuesta al estrés en algunos individuos. El grado de ansiedad que una persona experimenta en respuesta al estrés está relacionado con ciertos factores que predisponen, como características de temperamento con los que se ha nacido, experiencias anteriores en patrones aprendidos de respuesta, y condiciones existentes, como estado de salud, estrategias de enfrentamiento y adecuados sistemas de apoyo.

La relajación profunda puede contrarrestar las manifestaciones fisiológicas y de comportamiento de estrés. En las siguientes subsecciones se describen varios métodos de relajación.

Ejercicios de Respiración Profunda

La tensión es liberada cuando se permite a los pulmones inhalar tanto oxígeno como sea posible. Los ejercicios de respiración profunda incluyen respirar con lentitud y profundidad por la nariz, sostener la inspiración por pocos segundos, después exhalar lentamente por la boca, colocando los labios como si se silbara.

Relajación Progresiva

Este método de relajación de músculos profundos se basa en la premisa de que el cuerpo responde a pensamientos y eventos que provocan ansiedad por tensión muscular. Cada grupo muscular se tensa de cinco a siete segundos y después se relaja de 20 a 30 segundos, durante los cuales el individuo se concentra en la diferencia de sensaciones

entre las dos condiciones. La música suave y lenta de trasfondo puede facilitar la relajación. Una versión modificada de esta técnica (llamada relajación progresiva) incluye la relajación de los músculos, concentrándose en la sensación de relajación dentro del músculo, en lugar de tensarlo y relajarlo.

Meditación

El objetivo de la meditación es alcanzar la maestría en la concentración. Proporciona un estado especial de conciencia conforme se concentra la atención en un solo pensamiento u objeto. Durante la meditación, conforme el individuo se vuelve despreocupado con el enfoque elegido, disminuyen las frecuencias respiratoria, cardíaca y presión arterial. Todo el metabolismo disminuye, se reduce también la necesidad de consumo de oxígeno.

Imágenes Mentales

Las imágenes mentales utilizan la imaginación, con la finalidad de resaltar la respuesta corporal al estrés. El marco de referencia es muy personal, basado en lo que el individuo considera que es un ambiente relajante. El escenario de relajación es más útil cuando se graba y se reproduce en el momento en que la persona desea alcanzar la relajación.

Biorretroalimentación

La biorretroalimentación es el uso de herramientas para volverse consciente de los procesos en el organismo, que por lo general no se notan y ayudan a tenerlos bajo control. Las condiciones biológicas, como tensión muscular, temperatura de la piel, presión arterial y frecuencia cardíaca, se observan por un equipo de biorretroalimentación. Con entrenamiento especial, la persona aprende a utilizar la relajación y el control voluntario para modificar la afección biológica, a su vez se indica una transformación de la función autónoma que representa. Esta técnica de relajación se utiliza con frecuencia junto con otras, como respiración profunda, progresiva e imágenes mentales.

Entrenamiento de Asertividad

El comportamiento asertivo ayuda a las personas a sentirse mejor alentándolas a apoyarse en los derechos humanos básicos propios, que tienen igual representación para todos los individuos. Sin embargo, junto con los derechos vienen igual número de responsabilidades, y una parte de ser asertivo incluye estar a la altura de estas responsabilidades.

El comportamiento asertivo aumenta la autoestima y la capacidad de desarrollar relaciones interpersonales satis-

factorias. Se lleva a cabo a través de la honestidad, franqueza, autenticidad y respetando los propios derechos, como también los derechos de los demás.

Los individuos desarrollan patrones de respuesta en varias formas, como es a través de tener a alguien como modelo, recibir reforzamiento positivo o negativo o por elección propia. Estos patrones pueden tomar la forma de no asertividad, asertividad, agresividad o pasividad-agresividad.

Los individuos **no asertivos** buscan complacer a otros a expensas de negar sus propios derechos básicos. Las personas **asertivas** se apoyan en sus propios derechos mientras proyectan los derechos de los demás. Los que responden de manera **agresiva** defienden sus derechos violando los derechos básicos de los demás. Los individuos que responden de manera **pasiva-agresiva** defienden sus derechos expresando resistencia a las demandas sociales y ocupacionales.

Algunas consideraciones importantes del comportamiento asertivo incluyen el contacto visual, posición del cuerpo, distancia personal, voz, contacto físico, gestos, expresión facial, fluidez, ritmo, escuchar, pensamientos y satisfacción. Se han desarrollado varias técnicas para ayudar a las personas en el proceso asertivo. Algunas de éstas incluyen lo siguiente:

- **Apoyado por los derechos humanos básicos.**

EJEMPLO:

“Tengo el derecho de expresar mi opinión.”

- **Asumir la responsabilidad de las propias declaraciones.**

EJEMPLO:

“*No quiero salir contigo esta noche*” en lugar de “*No puedo salir contigo esta noche*”, esta última implica falta de poder o de capacidad.

- **Responder como “disco rayado”.** Repetir con persistencia en voz calmada lo que se quiere.

EJEMPLO:

Vendedor por teléfono: “Quiero ayudarle a ahorrar dinero cambiando los servicios de larga distancia.”

Respuesta asertiva: “No quiero cambiar mi servicio de larga distancia.”

Vendedor por teléfono: “¡No puedo creer que no quiera ahorrar dinero!”

EJEMPLO:

Respuesta asertiva: "No quiero cambiar mi servicio de larga distancia."

- **Estar de acuerdo de manera asertiva.** Aceptar de manera asertiva aspectos negativos sobre uno mismo. Admitir cuando se ha cometido un error.

EJEMPLO:

Srita. Jones: "Dejaste que la reunión se te saliera de las manos. Fue una pérdida de tiempo."

Srita. Smith: "Sí, no hice un buen trabajo conduciendo la reunión de hoy."

- **Preguntar de manera asertiva.** Investigar información adicional sobre declaraciones críticas.

EJEMPLO:

Miembro masculino de la directiva: "Fuiste muy tonta en la reunión de la directiva anoche."

Miembro femenino de la directiva: "Oh, ¿de verdad? ¿Qué fue lo que te molestó de lo que hice?"

Miembro masculino de la directiva: "¡Verdaderamente fuiste muy agresiva!"

Miembro femenino de la directiva: ¿Te molestó que hablé de lo que creo, o porque lo que creo es contrario a lo que tú crees?

- **Pasar del tema al proceso.** Cambiar el enfoque de la comunicación de discutir el tema a analizar qué es lo que en realidad sucede en la interacción.

EJEMPLO:

Esposa: "¿Podrías llamarme por favor por si llegas tarde a cenar?"

Esposo: "¿Por qué simplemente no dejas de estar encima de mí?"

Esposa: "Suena a que tenemos que discutir algunas cosas. ¿Cuál es la razón *en verdad* para que estés tan enojado?"

- **Complicar/confundir.** Coincidir con los argumentos de crítica sin ponerse a la defensiva y sin estar de acuerdo con el cambio.

EJEMPLO:

Enfermera núm. 1: "Cometes tantos errores. ¡No entiendo cómo conseguiste este trabajo!"

Enfermera núm. 2: "Tienes razón. He cometido algunos errores desde que empecé este trabajo."

- **Disminuir tensión.** Posponer la discusión con una persona enojada hasta que se calme.

EJEMPLO:

"Estás muy enojado en este momento. No quiero discutir este asunto mientras estás así. Lo discutimos en mi oficina a las tres de la tarde."

- **Posponer de manera asertiva.** Posponer la discusión con alguien hasta que se calme.

EJEMPLO:

"Está en una posición muy difícil señor B. Le voy a dar tiempo para que lo piense. Lo llamo hoy más tarde."

- **Responder de manera asertiva con ironía.**

EJEMPLO:

Hombre: "Apuesto que eres una de esas mujeres liberadas, ¿verdad?"

Mujer: "Pues sí, lo soy. Gracias por notarlo."

Terapia Cognitiva

La **terapia cognitiva**, desarrollada por Aaron Beck, se utiliza por lo general en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo y se le enseña a la persona a controlar las falsas impresiones que se considera un factor en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos del ánimo. En el modelo cognitivo, la depresión se caracteriza por una tríada de pensamientos negativos relacionados con las expectativas del ambiente, el self y el futuro. El ambiente y las actividades dentro del mismo son vistos como insatisfactorios, el self está devaluado de manera poco realista, y el futuro se percibe sin esperanza. En el mismo modelo, la manía se caracteriza por una tríada cognitiva positiva —el ser es visto sobrevalorado y poderoso, las experiencias dentro del ambiente son demasiado positivas y el futuro es como una oportunidad ilimitada.

Los objetivos generales son obtener alivio de los síntomas tan pronto como sea posible, ayudar al enfermo a identificar patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento, además de guiarlo hacia la evidencia y lógica que prueba de manera efectiva la validez de los pensamientos disfuncionales. La terapia se enfoca en cambiar "**pensamientos automáticos**" que se presentan

de manera espontánea y contribuyen al efecto distorsionado. Los ejemplos de “pensamientos automáticos” en la depresión incluyen los siguientes:

- **Personalizar:** “Soy el único que se equivoca.”
- **Todo o nada:** “Soy un fracaso.”
- **Leer la mente:** “Piensa que soy un tonto.”
- **Descartar lo positivo:** “Las otras preguntas eran demasiado fáciles. Cualquier tonto las habría contestado bien.”

Ejemplo de “pensamientos automáticos” en maniacos incluyen los siguientes:

- **Personalizar:** “Ella está contenta sólo cuando está conmigo.”
- **Todo o nada:** “Todo lo que hago es grandioso.”
- **Leer la mente:** “Ella piensa que soy maravilloso.”
- **Descartar lo negativo:** “Ninguno de esos errores son realmente importantes.”

Se le pide a la persona que describa la evidencia de las bases y los desacuerdos de los pensamientos automáticos. Entonces se revisa la lógica subyacente de las inferencias con el enfermo. Otra técnica incluye la evaluación de qué sucedería si los pensamientos automáticos del paciente fuesen ciertos, se discuten las implicaciones de las consecuencias.

Las personas no se deben desalentar si al parecer la técnica no está funcionando. No existe una técnica que por sí sola trabaje con todos los enfermos. Se les debe asegurar que existen varias técnicas que se pueden utilizar, y que el enfermo y terapeuta pueden explorar estas posibilidades. Se ha demostrado que la terapia cognitiva es un tratamiento efectivo para trastornos del estado de ánimo, en particular en conjunto con la intervención psicofarmacológica.

RESUMEN

La medicina *alternativa* incluye prácticas que difieren de las tradicionales para tratamiento de la enfermedad. Las terapias *complementarias* son las que trabajan en compañía de la práctica médica tradicional. Este capítulo presenta una visión de varias terapias complementarias y proporciona información del uso adecuado de las mismas.

Las terapias complementarias ayudan al personal de enfermería a ver al paciente de una manera holística. Casi todas las terapias complementarias consideran la conexión de la mente y cuerpo, y tratan de mejorar los poderes curativos del propio cuerpo. La *Office of Alternative Medicine of the National Institutes of Health* estableció una lista de terapias alternativas que se utilizan en la práctica y con propósitos de investigación. En Estados Unidos se gastan más de 25 mil millones de dólares al año en tratamientos alternativos.

Este capítulo examinó la medicina con hierbas, acupresión, acupuntura, dieta y nutrición, medicina quiropráctica, toque terapéutico, masaje, yoga y terapia con mascotas. El personal de enfermería debe familiarizarse con estas terapias, conforme más personas buscan las propiedades curativas de estas estrategias complementarias.

Las terapias psicosociales son las herramientas del personal de enfermería que trabaja en psiquiatría. Este capítulo presenta una revisión de varias terapias psicosociales, que incluye psicoanálisis, psicoterapia interpersonal, terapia de realidad, terapia de relajación, entrenamiento de aserción y terapia cognitiva. El personal de enfermería psiquiátrica de práctica avanzada puede utilizar algunas de estas terapias en sus prácticas. Es importante para todo el personal de enfermería entender los conceptos relacionados con estas terapéuticas con el fin de ser miembros eficientes del equipo de tratamiento.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Relacione las siguientes hierbas con los usos para los cuales se prescriben:

- 1. Manzanilla (*Chamomile*) a. Para depresión leve a moderada
 - 2. Altamisa (*Feverfew*) b. Para mejorar la memoria
 - 3. *Echinacea* c. Para aliviar malestares estomacales
 - 4. Ginkgo d. Para el insomnio
 - 5. *Psyllium* e. Para estimular el sistema inmunitario
 - 6. Hierba de San Juan f. Para migraña/dolor de cabeza
 - 7. Valeriana g. Para constipación
8. ¿Cuál de las siguientes aplica a la vitamina C?
- a. Coenzima en el metabolismo de proteínas; se encuentra en la carne y productos lácteos.
 - b. Necesaria en la formación de DNA; se encuentra en frijoles y otras leguminosas.
 - c. Un poderoso antioxidante; se encuentra en tomates y fresas.
 - d. Necesario para la coagulación sanguínea; se encuentra en granos enteros y plátanos.
9. ¿Cuál de los siguientes aplica al calcio?
- a. Coenzima en el metabolismo de carbohidratos; se encuentra en granos enteros y frutas cítricas.
 - b. Facilita la absorción de hierro; se encuentra en aceites vegetales e hígado.
 - c. Previene ceguera nocturna; se encuentra en la yema del huevo y melón.
 - d. Importante para el funcionamiento de nervios y músculos; se encuentra en productos lácteos y ostras.
10. Subluxación es un término utilizado por la medicina quiropráctica para describir
- a. Desplazamiento de las vértebras de la columna.
 - b. Ajuste de la vértebra desplazada de la columna.
 - c. Interferencia con el flujo de energía del cerebro.
 - d. Vías a lo largo de las cuales fluye la energía por el cuerpo.
11. En terapia de realidad, una función primaria del terapeuta es
- a. Ayudar al individuo a lidiar con la satisfacción de sus necesidades presentes.
 - b. Hipnotizar al enfermo para profundizar en el inconsciente.
 - c. Analizar los posibles significados detrás de los sueños del individuo.
 - d. Tomar una historia psiquiátrica y establecer un diagnóstico.
12. Una compañera de trabajo con frecuencia le pide pequeñas cantidades de dinero con la promesa de que le pagará “mañana”. Ahora le debe \$15.00 y todavía no le paga nada de lo que le ha prestado. Ella le pregunta si le puede prestar veinte pesos para el almuerzo. ¿Cuál de las siguientes es una respuesta no asertiva?
- a. “He decidido no prestarte más dinero hasta que me pagues lo que ya te presté.”
 - b. “Lo siento. Sólo traigo para pagar mi almuerzo de hoy.”
 - c. “Arregla tu vida, ¿No? ¡Estoy cansada de que me saques dinero todo el tiempo!”
 - d. “Claro, aquí está el dinero.” Entonces se dirige a otros empleados de la oficina: “Asegúrense de no prestarle dinero a Cindy. Nunca paga lo que debe. ¡Nunca iría a almorzar con ella si fuera uno de ustedes!”

13. Linda siempre se pone muy nerviosa antes de presentar una promoción de ventas en la junta de directores. Ella le pide ayuda. Le enseña a realizar ejercicios de relajación progresiva. ¿Cuál de las siguientes situaciones indica un resultado positivo de su intervención?
- Linda acepta su consejo y busca otra posición menos estresante.
 - Linda ya no se pone nerviosa cuando es el momento de la presentación.
 - Linda disminuye el estrés antes de la presentación con los ejercicios de relajación.
 - Linda hace una cita con un psiquiatra para una intervención psicofarmacológica.
14. Los suegros de Nancy vienen a cenar por primera vez. Cuando la suegra de Nancy deja comida en el plato, Nancy piensa “¡Debo ser una pésima cocinera!” Este es un ejemplo de ¿qué tipo de pensamiento automático?
- Todo o nada
 - Descartar positivos
 - Pensamiento catastrófico
 - Personalización

R E F E R E N C I A S

- Avants, S.K., Margolin, A., Holford, T.R., & Kosten, T.R. (2000). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Archives of Internal Medicine*, 160(15), 2305–2312.
- Blumenthal, M. (Ed.). (1998). *The complete German Commission E monographs: Therapeutic guide to herbal medicines*. Austin, TX: American Botanical Council.
- Center for Disease Control (CDC). (2004, May 27). Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 343, 1–20.
- Council for Responsible Nutrition. (2007). Historical comparison of RDIs, RDAs, and DRIs, 1968 to present. Retrieved January 30, 2007 from <http://www.crnusa.org/pdfs/CRNintakes.pdf>
- Coniglione, T. (1998, June). Our doctors must begin looking at the total person. *InBalance*. Oklahoma City, OK: The Balanced Healing Medical Center.
- Council of Acupuncture and Oriental Medicine Associations (CAOMA). (2007). *Standards for acupuncture and oriental medicine*. Retrieved January 30, 2007 from the World Wide Web at <http://www.acucouncil.org>
- DeSantis, L. (2006). Alternative and complementary healing practices. In J.T. Catalano (Ed.), *Nursing Now! Today's issues, tomorrow's trends* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Friedmann, E., & Thomas, S.A. (1995). Pet ownership, social support, and one-year survival after acute myocardial infarction in the cardiac arrhythmia suppression trial. *American Journal of Cardiology*, 76(17), 1213.
- Glasser, W., & Wubbelding, R.E. (1995). Reality therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers.
- Holt, G.A., & Kouzi, S. (2002). Herbs through the ages. In M.A. Bright (Ed.), *Holistic health and healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Karasu, T.B., Gelenberg, A., & Merriam, A. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. In *The American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders, compendium 2006*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lutz, C.A., & Przytulski, K.R. (2006). *Nutrition and diet therapy* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Markowitz, J.C. (2003). Interpersonal psychotherapy. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- National Academy of Sciences. (2004). *Dietary Reference Intakes (DRIs) Tables*. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Retrieved January 30, 2007 from <http://www.iom.edu/file.asp?id=21372>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2004, December). *Get the facts: Acupuncture*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2002, May). *Office of special populations strategic plan to address racial and ethnic health disparities*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- PDR for Herbal Medicines* (3rd ed.). (2004). Montvale, NJ: Medical Economics.
- Pranithkanti, S. (2007). Ayurvedic treatments. In J.H. Lake and D. Spiegel (Eds.), *Complementary and alternative treatments in mental health care*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schoonen, J., Jacquy, J., & Lenaerts, M. (1998, February). Effectiveness of high-dose riboflavin in migraine prophylaxis: A randomized controlled trial. *Neurology* 50, 466–469.
- Siegel, J.M., Angulo, F.J., Detels, R., Wesch, J., & Mullen, A. (1999). AIDS diagnosis and depression in the Multicenter AIDS Cohort Study: The ameliorating impact of pet ownership. *AIDS Care*, 11(2), 157–170.
- Steinberg, L. (2002). Yoga. In M.A. Bright (Ed.), *Holistic health and healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Trivieri, L., & Anderson, J.W. (2002). *Alternative medicine: The definitive guide*. Berkeley, CA: Celestial Arts.
- U.S. Department of Agriculture & U.S. Department of Health and Human Services (2005). *Dietary guidelines for Americans 2005* (6th ed.). Washington, DC: USDA and USDHHS.
- Whitaker, J. (2000). Pet owners are a healthy breed. *Health & Healing*, 10(10), 1–8.

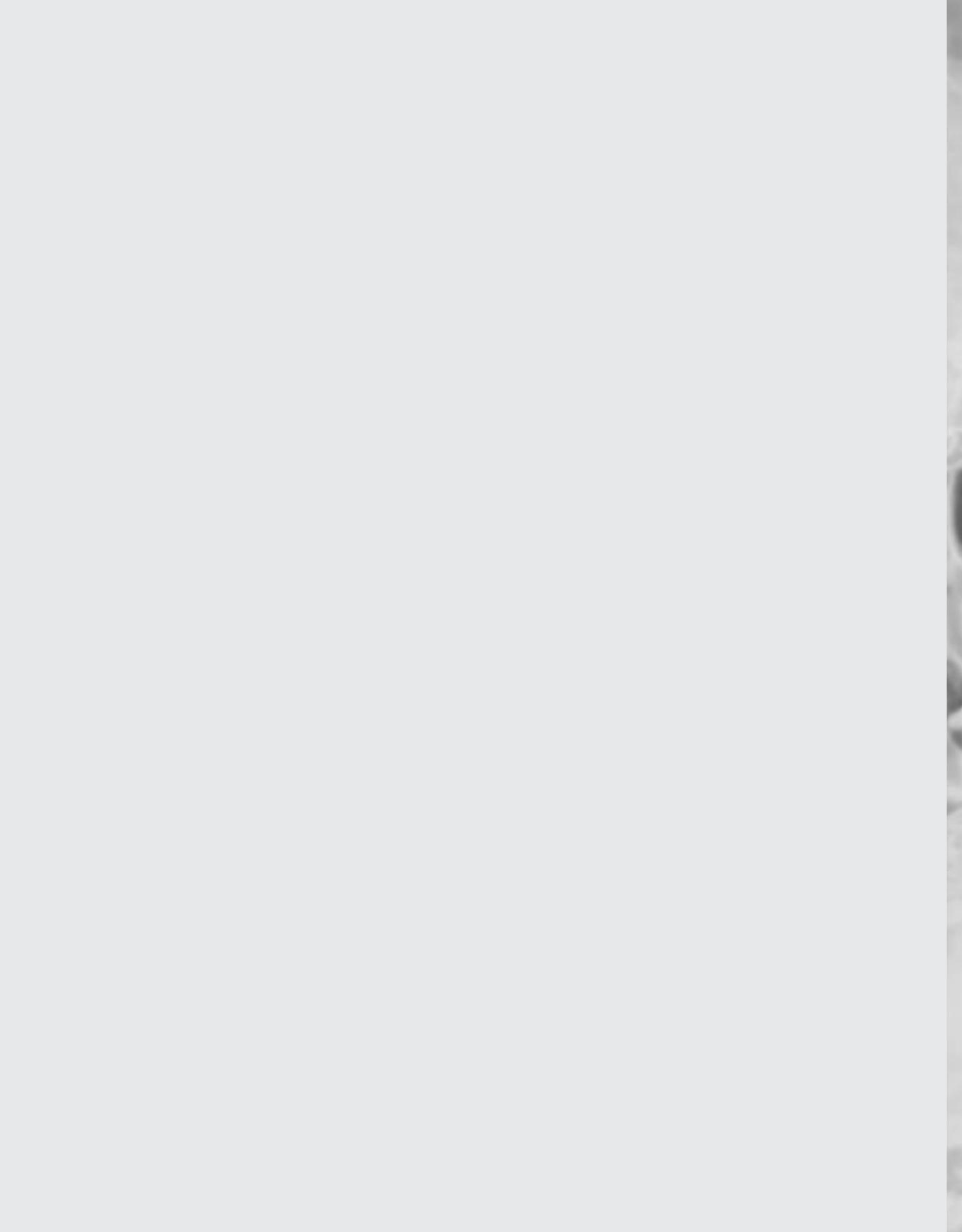


REFERENCIAS DE INTERNET

- <http://www.herbmed.org/>
- <http://www.eatright.org/cps/rde/xchg/ada/hs.xsl/index.html>
- <http://www.chiropractic.org/>
- <http://www.pawssf.org/>
- <http://www.holisticmed.com/www/acupuncture.html>
- <http://www.americanyogaassociation.org/>
- <http://www.angelfire.com/ab/brightminds/tReality.html>

UNIDAD TRES

**CUIDADO
DE LOS
PACIENTES CON
TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS**



13

CAPÍTULO

DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

DELIRIO

DEMENCIA

TRASTORNOS AMNÉSICOS

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

afasia

apraxia

ataxia

confabulación

demencia primaria

seudodemencia

demencia secundaria

confusión de la tarde

CONCEPTOS CENTRALES

delirio

demencia

amnesia

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir y diferenciar entre *delirio*, *demencia* y *trastorno amnésico*.
2. Discutir las implicaciones etiológicas relacionadas con delirio, demencia y trastornos amnésicos.
3. Describir los síntomas clínicos y utilizar la información para valorar a los pacientes con delirio, demencia y trastornos amnésicos.
4. Identificar los diagnósticos de enfermería comunes para aquellos enfermos que manifiestan delirio, demencia y tra-
- tornos amnésicos, además de seleccionar las intervenciones de enfermería apropiadas para cada uno.
5. Identificar los temas importantes a explicar al paciente y a la familia sobre trastornos cognitivos.
6. Discutir los criterios para evaluar la atención de enfermería de los pacientes con delirio, demencia y trastornos amnésicos.
7. Describir diferentes características de tratamiento para pacientes con delirio, demencia y trastornos amnésicos.

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describen los trastornos que presentan los individuos con déficit en la cognición o memoria. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) se refiere a la etiología de estos trastornos como una condición general, uso de una sustancia o una combinación de estos factores.

Estos trastornos se identificaron con anterioridad como *síndromes y trastornos orgánico-mentales*; con la publicación del *DSM-IV* (APA, 1994), el nombre cambió para advertir la implicación de trastornos mentales *no orgánicos* o que no tienen bases biológicas.

Estas enfermedades constituyen un enorme y creciente problema de salud pública en Estados Unidos. Se estima que hoy día 4.5 millones de personas padecen enfermedad de Alzheimer (AD), forma más común de demencia, su prevalencia (número de personas con la enfermedad) se duplica cada cinco años en pacientes con más de 65 años de edad (*National Institute on Aging* [NIA], 2005). La enfermedad afecta a una de cada 10 personas de 65 años de edad (Laraia, 2004). Los investigadores consideran que para 2050, 13.2 millones de estadounidenses van a presentar AD, si la población actual mantiene su ritmo de crecimiento y no hay tratamientos preventivos disponibles (Herbert y cols. 2003). Después de las enfermedades cardíacas y el cáncer, el AD es la tercera más costosa, lo que representa 100 miles de millones de dólares al año (NIA, 2005). Esta proliferación no es el resultado de una “epidemia”, sino de la supervivencia a un periodo de alto riesgo para la demencia, que comprende de la media edad hasta la vejez.

En este capítulo se presentan las implicaciones etiológicas, síntomas clínicos e intervenciones de enfermería para la atención de pacientes con delirio, demencia y trastornos amnésicos. El objetivo es proporcionar a estos individuos la dignidad y calidad de vida que se merecen, además de brindar guía y apoyo a sus familias y personas que están a su cuidado.

DELIRIO

El *delirio* se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio en la cognición, se desarrolla con rapidez en un periodo corto (APA, 2000). Los síntomas incluyen dificultad para mantener y cambiar la atención, la persona se distrae con facilidad, prevalecen los pensamientos desorganizados y se refleja en la conversación que es confusa, apresurada e incoherente, y cambia de manera impredecible de un tema a otro. La capacidad de razonamiento y el comportamiento dirigido a una meta también están alterados; es común la desorientación en tiempo y espacio, y las alteraciones de la memoria reciente se hacen eviden-

Concepto Central

Delirio

Delirio es un estado mental caracterizado por una alteración de la cognición, que se manifiesta por confusión, excitación, desorientación y obnubilación de la conciencia. Son comunes las alucinaciones y las ilusiones.

tes. Se observan percepciones equivocadas del ambiente, prevalecen ilusiones y alucinaciones.

Con frecuencia se ve alterado el grado de conciencia, con trastornos en el ciclo de sueño. El estado de conciencia puede variar de hipervigilancia (alerta intensa a estímulos ambientales) a estupor o semicompa. El sueño puede variar entre la hipersomnolencia (somnolencia excesiva) e insomnio. También son frecuentes los sueños muy vívidos y las pesadillas.

La actividad psicomotora fluctúa entre movimientos agitados y sin propósito (p. ej., inquietud, hiperactividad, golpear objetos inexistentes) y un estado vegetativo semejante al estupor catatónico. Con frecuencia también se presentan temblores.

La inestabilidad emocional se manifiesta como miedo, ansiedad, depresión, irritabilidad, enojo, euforia o apatía. Estas emociones pueden hacerse evidentes en llanto, llamadas de auxilio, maldiciones, murmullos, gemidos, actos de autodestrucción, intentos temerosos de huir, o ataques a otras personas, quienes son vistas como amenazas. Es común que se manifiesten síntomas autónomos como taquicardia, sudoración, enrojecimiento de la cara, pupilas dilatadas, hipertensión.

Los síntomas de delirio por lo general empiezan de manera repentina (p. ej., después de una lesión en la cabeza o una convulsión). En otras ocasiones pueden ser precedidos de síntomas prodrómicos (p. ej., inquietud, dificultad para pensar con claridad, insomnio, hipersomnolencia y pesadillas). El inicio más lento es frecuente si la causa subyacente es una enfermedad sistémica o un desequilibrio metabólico.

La duración del delirio por lo general es breve (p. ej., una semana, es raro más de un mes) y al recuperarse de la causa, los síntomas usualmente disminuyen en un periodo de tres a siete días, aunque en algunos casos pueden tardar hasta dos semanas (Sadock y Sadock, 2003). La edad del paciente y la duración del delirio influyen en la solución de los síntomas.

El delirio puede ser la transición a un trastorno cognitivo más permanente (demencia) que se relaciona con un elevado índice de mortalidad (Bourgeois, Seaman y Servis, 2003).

Implicaciones Etiológicas

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) hace la diferencia entre los trastornos de delirio por su etiología, aunque comparten una presentación común de síntomas. Las categorías de delirio incluyen:

- Por condición médica general.
- Inducido por sustancias.
- Intoxicación por sustancias.
- Abstinencia de sustancias.
- Etiologías múltiples.

Delirio por Condición Médica General

En este tipo de delirio, existe evidencia (ya sean antecedentes, examen físico o hallazgos de laboratorio) de que los síntomas de delirio son un resultado directo de las consecuencias fisiológicas de una condición médica general (APA, 2000). Éstas incluyen infecciones sistémicas, trastornos metabólicos (hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia), desequilibrio de líquidos y electrólitos, enfermedad hepática o renal, deficiencia de tiamina, estado posoperatorio, encefalopatía hipertensiva, estados posictiales, secuelas de traumatismos en la cabeza, y otros (APA, 2000).

Delirio Inducido por Sustancias

Este trastorno se caracteriza por los síntomas del delirio que se atribuyen a los efectos colaterales de medicamentos o exposición a toxinas. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) enumera los siguientes ejemplos de medicamentos que se informan como causantes de delirio: anestésicos, analgésicos, antiasmáticos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y cardiovasculares, antimicrobianos, antiparkinson, corticosteroides, gastrointestinales, bloqueadores del receptor H₂ de histamina (cimetidina), inmunosupresores, litio, relajantes musculares y psicotrópicos con efectos colaterales. Las toxinas que causan delirio incluyen los organofosforados (anticolinesterasa), insecticidas, monóxido de carbono, y sustancias volátiles como el combustible y solventes orgánicos.

Delirio por Intoxicación con Sustancias

En este tipo de delirio, los síntomas pueden presentarse en pocos minutos u horas después de tomar dosis altas de drogas como cannabis, cocaína y alucinógenos; en cambio pueden pasar largos períodos de intoxicación constante para producir síntomas de delirio con alcohol, ansiolíticos o drogas (APA, 2000).

Delirio por Abstinencia de Sustancias

Los síntomas de este tipo de delirio se desarrollan después de reducir o suspender el uso de la sustancia, por lo general el uso de dosis elevadas de alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (APA, 2000). La duración del delirio está relacionada de manera directa con la vida media de la sustancia y puede tardar horas o de dos a cuatro semanas.

Delirio por Etiologías Múltiples

Este diagnóstico se utiliza cuando los síntomas de delirio son provocados por más de una causa. Por ejemplo, puede relacionarse con más de una condición médica general o ser resultado de efectos combinados de un padecimiento y el uso de alguna sustancia (APA, 2000).

DEMENCIA

La demencia puede clasificarse como primaria o secundaria. Las **demencias primarias** son aquellas, como la enfermedad de Alzheimer, en las cuales la demencia misma es el principal signo de alguna enfermedad cerebral orgánica no directamente relacionada a algún otro malestar orgánico. Las **demencias secundarias** son causadas por o están relacionadas con otras enfermedades o condiciones, tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o un traumatismo cerebral.

La alteración es evidente en el pensamiento abstracto, juicio y control de impulsos. Las reglas convencionales de la conducta social con frecuencia no son tomadas en cuenta, por lo que el comportamiento puede ser desinhibido e inapropiado. Tanto la higiene como la apariencia son descuidadas.

Se puede ver afectado el lenguaje. Algunos individuos tienen problemas en nombrar los objetos, o el lenguaje es vago e impreciso. En diversas formas de demencia, el paciente no habla en lo absoluto (**afasia**).

Concepto Central

Demencia

La demencia se define por una pérdida de grados previos de la función cognitiva, ejecutiva y memoria en un estado de alerta total (Bourgeois, Seaman y Servis, 2003).

Los cambios de personalidad son comunes y pueden manifestarse como una alteración o acentuación de características premórbidas. Por ejemplo, un individuo que con anterioridad era muy sociable se vuelve apático y se aísla; o una persona muy limpia descuida su apariencia. Por el contrario, un individuo que tenga dificultades en confiar puede mostrar miedo extremo y paranoia como manifestaciones de demencia.

La demencia reversible es una función de la patología subyacente y de la disponibilidad y tiempo de aplicación del tratamiento efectivo (APA, 2000). Ciertamente ocurre en un pequeño porcentaje de casos y debe ser más apropiado llamarle demencia *temporal*. Puede ser el resultado de un infarto, depresión, efectos colaterales de ciertos medicamentos, deficiencias nutricionales o de vitaminas (en especial de vitamina B₁₂ o folato), y trastornos metabólicos (Castiglioni, 2003). En algunos enfermos, la demencia se vuelve progresiva y de curso irreversible.

Conforme progresa la enfermedad se desarrolla **apraxia**, incapacidad para realizar actividades motoras a pesar de que la función está intacta. La persona puede estar irritable, malhumorada o mostrar arranques explosivos repentinamente por temas triviales. Ya no le es posible trabajar o cuidar de sus necesidades personales de manera independiente, por lo que no puede vivir sola dadas sus limitaciones, y están en constante riesgo de sufrir accidentes. El deambular fuera del hogar con frecuencia se convierte en un problema.

Se han descrito varias causas para el síndrome de demencia (ver la sección de implicaciones etiológicas), pero la demencia tipo Alzheimer (DAT) representa 50 a 60% de todos los casos (Andreasen y Black, 2006). La naturaleza progresiva de los síntomas relacionados con DAT ha sido descrita de acuerdo con sus etapas (*Alzheimer's Association*, 2007; Stanley, Blair y Beare, 2005; NIA, 2007):

- **Etapa 1. Sin síntomas aparentes.** No hay disminución aparente de la memoria.
- **Etapa 2. Se vuelven desmemoriados.** El individuo empieza a perder objetos u olvidar los nombres de las personas, es frecuente la pérdida de memoria de corto plazo. El enfermo está consciente del deterioro intelectual, se puede sentir avergonzado, ansioso o deprimido, lo que a su vez empeora los síntomas. Mantener la organización con listas y una rutina estructurada proporciona cierta compensación. Estos síntomas con frecuencia no los perciben otras personas.
- **Etapa 3. Disminución cognitiva leve.** Hay interferencia en el rendimiento del trabajo, lo notan sus compañeros. La persona se pierde cuando conduce de regreso a su hogar. La concentración se interrumpe; hay dificultad en recordar nombres o palabras, que

también se hace notorio para los familiares y personas cercanas. Disminuye la capacidad para planificar u organizar.

- **Etapa 4. Disminución cognitiva leve a moderada.** El individuo puede olvidar los principales eventos de la historia personal, como el cumpleaños de sus hijos; se reduce la capacidad de realizar tareas, como ir de compras o manejar las finanzas personales; o no puede entender eventos presentes. Es posible que niegue que existe el problema y disimula la pérdida de memoria con la **confabulación** (crea eventos imaginarios para llenar esas faltas de memoria). Son frecuentes la depresión y el retraimiento social.
- **Etapa 5. Disminución cognitiva moderada; dependencia temprana.** En las etapas tempranas de la demencia, el individuo pierde la habilidad para realizar algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, tales como la higiene, vestirse y arreglo personal, requiere ayuda para completar estas tareas. La persona puede olvidar direcciones, números telefónicos y los nombres de parientes cercanos; también hay desorientación en tiempo y espacio, pero mantiene el conocimiento de sí mismo. Con frecuencia se observa frustración, retraimiento y autoabsorción.
- **Etapa 6. Disminución cognitiva de moderada a grave; demencia media.** La persona ya no puede recordar los eventos recientes de su vida o incluso el nombre de su cónyuge. Es común la desorientación en los alrededores, puede no recordar el día, estación o el año. No puede llevar a cabo sus actividades de vida diaria, incluso es factible que presente incontinencia urinaria y fecal. Se presentan problemas de sueño. Los síntomas psicomotores incluyen deambular, sufren obsesiones, agitación y agresión; además los síntomas parecen agravarse hacia el atardecer y por la noche, fenómeno que se llama **sundowning o confusión de la tarde**. La comunicación se hace difícil, con mayor pérdida de las habilidades de lenguaje. En esta etapa usualmente se requiere el cuidado institucional.
- **Etapa 7. Disminución cognitiva grave; demencia tardía.** En esta etapa de demencia tipo Alzheimer, el enfermo es incapaz de reconocer a los miembros de la familia, es muy común que esté en cama y afásico. Los problemas de inmovilidad, como decúbito y contracturas, son frecuentes.

Stanley, Blair y Beare (2005) describen las últimas etapas de la demencia de la siguiente manera:

Durante la etapa tardía, la persona permanece en una silla o en cama. Los músculos están rígidos, se desarrollan contracturas, se presentan los reflejos primitivos. La persona puede tener las manos activas y con movimientos repetitivos, gruñ-

dos o hace otras vocalizaciones. Hay disminución del sistema inmunitario, lo que junto con las alteraciones de movilidad favorece el desarrollo de neumonía, infecciones de aparato urinario, sepsis y úlceras por presión. Disminuye el apetito y se presenta disfagia; es común la aspiración, además de pérdida de peso. El lenguaje y la conversación están gravemente alterados, por lo que se reduce de manera importante la comunicación verbal. La persona puede no reconocer a sus familiares. Hay incontinencia urinaria y fecal, es necesario que las personas que están a su cuidado completen las tareas diarias. El ciclo de sueño-vigilia está muy alterado y el individuo pasa mucho tiempo dormitando y se retrae socialmente, se ve menos atento al ambiente. La muerte puede ser causada por infección, sepsis o aspiración, aunque no existen muchos estudios que examinen la causa de muerte (p. 358).

Implicaciones Etiológicas

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) hace diferencias entre los trastornos de demencia por su etiología, aunque comparten la presentación de los síntomas. Las categorías de demencia incluyen las siguientes:

- Demencia del tipo Alzheimer
- Demencia vascular
- Demencia debida a enfermedad por VIH
- Demencia debida a trauma craneal

- Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- Demencia por enfermedad de Huntington
- Demencia debida a enfermedad de Pick
- Demencia debida a enfermedad Creutzfeldt-Jacob
- Demencia por otras condiciones médicas generales
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Demencia debida a etiologías múltiples

Demencia Tipo Alzheimer

Este trastorno se caracteriza por los signos y síntomas identificados como demencia en el *DSM-IV-TR* y descrito con anterioridad en las siete etapas. El inicio de los síntomas es lento e insidioso, y el curso de la enfermedad por lo general es progresivo y continúa al deterioro. El *DSM-IV-TR* incluso hace otra categoría de *inicio temprano* (los primeros síntomas se presentan a la edad de 65 años o antes) o *inicio tardío* (después de los 65 años de edad) y por la presentación clínica de la alteración de comportamiento (como deambular o agitación) superimpuesta a la demencia.

El perfeccionamiento de los criterios de diagnóstico ahora da la posibilidad a los médicos de utilizar características clínicas específicas para identificar la enfermedad con exactitud. El examen con tomografía computarizada (CT) o imágenes de resonancia magnética (MRI) revelan lesiones degenerativas del cerebro como atrofia, amplia-

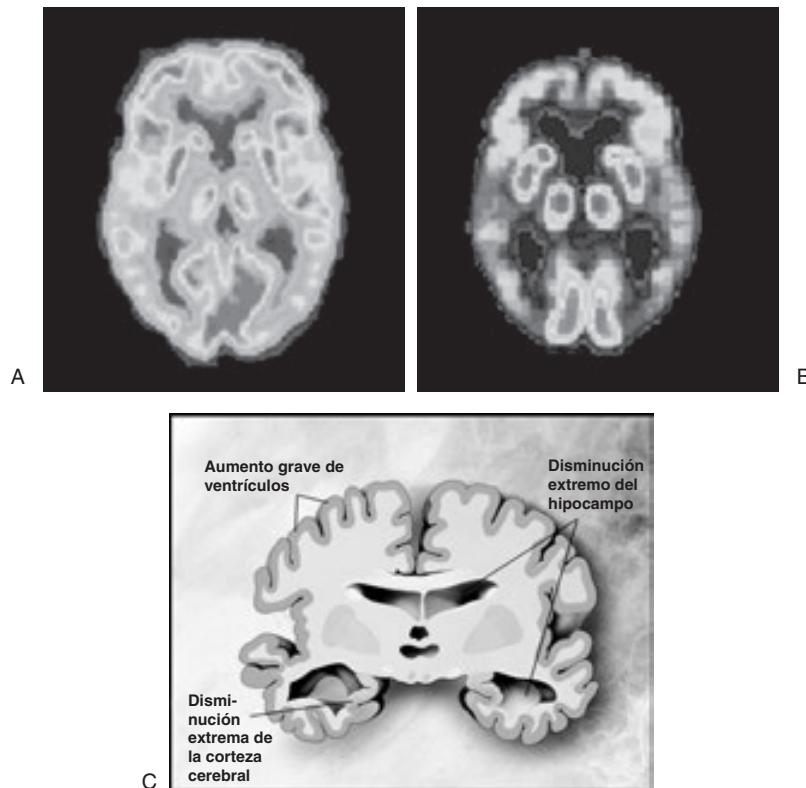


FIGURA 13-1 Cambios en el cerebro con Alzheimer. *A*. Actividad metabólica en un cerebro normal. *B*. Actividad metabólica disminuida en el cerebro afectado con Alzheimer. *C*. Etapa terminal del padecimiento de Alzheimer con parálisis generalizada y aumento de los ventrículos y surcos (Fuente: Alzheimer's Disease Education & Referral Center, A service of the National Institute on Aging. 2005. <http://www.alzheimers.org/>)

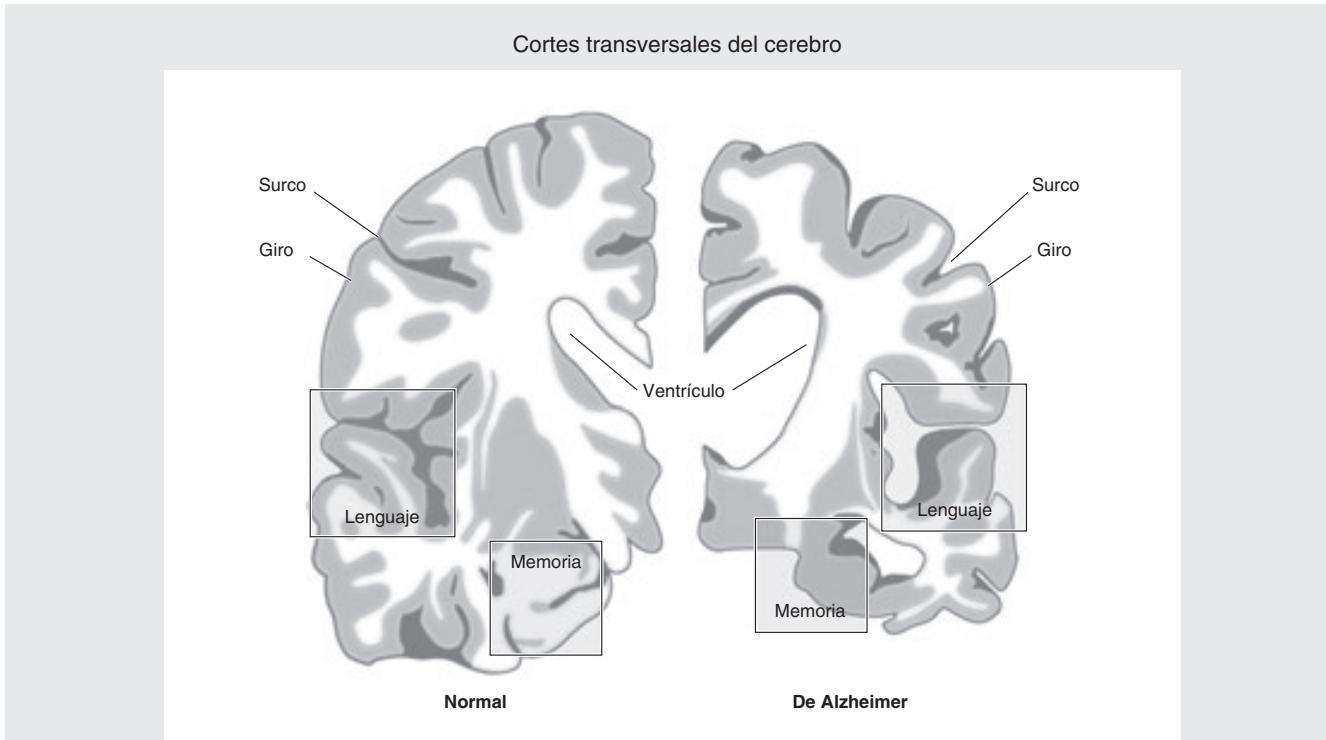


FIGURA 13-2 Neurobiología de la enfermedad de Alzheimer. (Fuente: American Health Assistance Foundation, 2005, con autorización, <http://www.ahaf.org/alzdis/about/BrainAlzheimer.htm>)

Neurotransmisores

Una disminución en el neurotransmisor *acetilcolina* se relaciona con la etiología de la enfermedad de Alzheimer. Las fuentes colinérgicas provienen del tallo cerebral y del cerebro anterior basal para suministrar los ganglios basales, tálamo, estructuras límbicas, hipocampo y corteza cerebral.

Los cuerpos celulares de origen para las vías de *serotonina* están dentro de núcleo rafe localizado en el tallo cerebral. Aquellos para *norepinefrina* se originan en el locus ceruleus. Las proyecciones para ambos neurotransmisores se extienden en todo el cerebro anterior, corteza prefrontal, cerebelo y sistema límbico. Las vías de *dopamina* provienen de las áreas en el cerebro medio y se proyectan a la corteza frontal, sistema límbico, ganglios basales y tálamo. Las neuronas de dopamina en el hipotálamo inervan la hipófisis posterior.

El glutamato, un neurotransmisor excitador, tiene vías descendentes con concentraciones elevadas en la corteza cerebral. También se encuentra en el hipocampo, tálamo, hipotálamo, cerebelo y médula espinal.

Áreas Afectadas del Cerebro

Las áreas del cerebro afectadas por la enfermedad de Alzheimer y los síntomas relacionados incluyen los siguientes:

Lóbulo frontal:	Capacidad de razonamiento alterada. Incapaz de resolver problemas y realizar tareas familiares. Juicio deficiente. Incapacidad de evaluar comportamientos adecuados. Agresividad.
Lóbulo parietal:	Capacidad de orientación alterada. Habilidades visuales y espaciales alteradas (es incapaz de estar orientado dentro de su propio ambiente).
Lóbulo occipital:	Interpretación del lenguaje alterada. Incapaz de reconocer los objetos familiares.
Lóbulo temporal:	Incapacidad para recordar palabras. Incapacidad para utilizar las palabras correctamente (comprensión de lenguaje). En las últimas etapas, algunos pacientes experimentan ilusiones y alucinaciones.
Hipocampo:	Memoria alterada. De manera inicial se altera sólo la memoria a corto plazo. Después la persona es incapaz de formar nuevos recuerdos.
Amígdala:	Emociones alteradas: depresión, ansiedad, temor, cambios de personalidad, apatía, paranoia.
Neurotransmisores:	Alteraciones de acetilcolina, dopamina, norepinefrina, serotonina y otros pueden cambiar el comportamiento como inquietud, alteraciones del sueño, malhumor y agitación.

Medicamentos y sus Efectos en el Cerebro

1. Los inhibidores de colinesterasa (p. ej., tacrina, donepezil, rivastigmina y galantamina) inhiben la colinesterasa, lo cual disminuye la degradación de acetilcolina, por lo que se aumentan las concentraciones de neurotransmisor en el cerebro. Los efectos colaterales más comunes son vértigo, malestares gastrointestinales, fatiga y dolor de cabeza.
2. Los antagonistas del receptor NMDA (p. ej., memantina) bloquean los receptores de NMDA del exceso de glutamato, previenen el flujo continuo de calcio al interior de las células, y disminuye la degradación neuronal. Los posibles efectos colaterales incluyen el vértigo, dolor de cabeza y constipación.

ción de surcos corticales y agrandamiento de los ventrículos cerebrales (figuras 13-1 y 13-2). Los exámenes microscópicos muestran numerosas madejas neurofibriales y placas seniles. Estos cambios parecen presentarse como una parte normal del proceso de envejecimiento; sin embargo, los pacientes tienen mayor afección en el hipocampo y ciertas partes de la corteza craneal.

Etiología

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad de Alzheimer; no obstante, existen varias hipótesis con diferentes datos, éstas incluyen las siguientes:

- **Alteraciones de acetilcolina.** Hay investigaciones que indican que en el cerebro de personas con la enfermedad, la enzima necesaria para producir acetilcolina está muy disminuida. Esta reducción parece ser mayor en el núcleo basal del área inferior media del cerebro anterior (Cummings y Mega, 2003). Ésta reduce a su vez la cantidad del neurotransmisor liberado a las células de la corteza y el hipocampo, lo que provoca interrupción de los procesos cognitivos. Otros neurotransmisores y síntomas clínicos implicados en la patología de la DTA incluyen norepinefrina, serotonina, dopamina y ácido aminoglutámico. Se propone que en la demencia, el exceso de glutamato provoca una sobreestimulación de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), lo que aumenta el calcio intracelular, y la subsecuente degeneración neuronal y muerte celular.
- **Placas y madejas.** La abundancia de placas y madejas se observa en los cerebros de individuos con demencia tipo Alzheimer. Las placas están hechas de una proteína llamada beta amiloide, que son fragmentos de una proteína más grande llamada precursora amiloide (PPA) (*Alzheimer's Disease Education & Referral Center* [ADEAR], 2006). Las placas se forman cuando estos fragmentos se agrupan y mezclan con moléculas y otro material celular. Las madejas se forman con una proteína llamada proteína tau, cuya función es proporcionar estabilidad a la neurona, pero en cerebros con Alzheimer la proteína tau está químicamente alterada (ADEAR, 2006). Los filamentos de la proteína se entrelazan e interfieren con el sistema de transporte neuronal. No se sabe si las placas y las madejas causan la enfermedad o son una consecuencia del proceso de la misma. Se cree que éstas contribuyen a la destrucción y muerte de las neuronas, lo que provoca pérdida de memoria, cambios de personalidad, incapacidad de realizar tareas de la vida diaria y otras características de la demencia (ADEAR, 2006).
- **Traumatismo craneal.** La etiología de la enfermedad de Alzheimer se ha relacionado con traumatismos cra-

neales graves (Munoz y Feldman, 2000). Hay estudios que muestran que algunos individuos que tuvieron un golpe en la cabeza presentaron de manera subsecuente (después de años) la enfermedad. Esta hipótesis se está investigando como una causa posible. Munoz y Feldman (2000) reportan un mayor riesgo en individuos genéticamente predispuestos que además han sufrido una lesión traumática en la cabeza.

- **Factores genéticos.** Es muy claro que existe un patrón familiar en algunas formas de la enfermedad de Alzheimer, esto significa que hay familias que presentan un patrón de herencia que sugiere la transmisión de un gen autosómico dominante (Sadock y Sadock, 2003). Algunos estudios muestran que los casos de inicio temprano parecen ser más de tipo familiar que los de inicio tardío, y que de un tercio a la mitad de todos los casos pueden ser de tipo genético. Algunos investigadores creen que existe una relación entre la enfermedad de Alzheimer y la alteración de un gen encontrado en el cromosoma 21 (Munoz y Feldman, 2001; Saunders, 2001). Las personas con síndrome de Down, que tienen una copia extra del cromosoma 21, son más susceptibles a esta enfermedad (Lott y Head, 2005).

Algunos estudios relacionan el gen de la apolipoproteína E epsilon 4 (*ApoEe4*), que se encuentra en el cromosoma 19, con un elevado riesgo de inicio tardío de DTA (Poduslo y Yin, 2001). El gen de la presenilina 1 (*PS-1*) en el cromosoma 14 y el gen de la presenilina 2 (*PS-2*) en el cromosoma 1 también se han relacionado con el inicio de la enfermedad antes de los 65 años de edad (Saunders, 2001).

Demenzia Vascular

En este trastorno, el síndrome clínico de demencia se debe a una importante enfermedad vascular cerebral. Los vasos sanguíneos del cerebro están afectados, por lo que se presenta el deterioro intelectual progresivo. La demencia vascular es la segunda forma más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer (Black, 2005).

La demencia vascular difiere de la enfermedad de Alzheimer, tiene un inicio más repentino y tiene un curso muy variable. El progreso de los síntomas se presenta en "pasos" más que un deterioro gradual; esto es, hay momentos en que la demencia parece disminuir y el individuo muestra un pensamiento muy lúcido, parece mejorar la memoria, y el individuo se vuelve optimista con cierta mejoría, sólo para experimentar un deterioro posterior en el funcionamiento con un patrón fluctuante en el progreso de la enfermedad. Este patrón irregular de deterioro parece ser una fuente intensa de ansiedad.

Los pacientes sufren el equivalente a pequeños infartos que destruyen muchas áreas del cerebro. El patrón de los

déficit es variable, ya que depende de las regiones del cerebro que han sido afectadas (APA, 2000). Ciertos signos neurológicos focales se ven con frecuencia en la demencia vascular, incluso la debilidad de las extremidades, la marcha en pasos cortos y dificultad en el lenguaje.

El trastorno es más común en los varones que en las mujeres (APA, 2000). Arvanitakis (2000) menciona lo siguiente:

El pronóstico para los individuos con demencia vascular es peor que para los pacientes con Alzheimer. El índice de mortalidad a los tres años en personas de más de 85 años de edad es de 67% comparado con 42% en enfermos de Alzheimer, y 23% en individuos no dementes. Sin embargo, el resultado depende de los factores de riesgo subyacentes y el mecanismo de la enfermedad, es necesario tomar en consideración más estudios para hacer estas distinciones.

El diagnóstico puede ser subtipificado cuando la demencia se presenta con otros síntomas como delirio, alucinaciones y depresión.

Etiología

La causa de la demencia vascular se relaciona de manera directa con una interrupción del flujo de sangre al cerebro; los síntomas resultan de la muerte de células nerviosas nutridas por los vasos sanguíneos afectados. Existen varias enfermedades y condiciones que pueden interferir con la circulación sanguínea.

Se piensa que la hipertensión es uno de los factores más importantes en la etiología de pequeños infartos cerebrales. Ésta provoca daños en las membranas de los vasos sanguíneos, que a su vez pueden causar la rotura de los vasos con hemorragias subsecuentes o una acumulación de fibrina en el vaso con coagulación intravascular e inhibición de la circulación sanguínea (De-Martinis, 2005). La demencia también puede ser resultado de infartos relacionados con la oclusión de los vasos sanguíneos por partículas que viajan en el torrente sanguíneo al cerebro. Estos émbolos pueden ser sólidos (coágulos, restos celulares, agregados plaquetarios), gaseosos (aire, nitrógeno) o líquido (grasa, después de traumatismo de tejidos blandos o fractura de huesos largos).

La alteración cognitiva se puede presentar con pequeños y múltiples infartos (algunas veces llamados “infartos silenciosos”) por algún tiempo o con una sola lesión vascular cerebral que se presente en un área estratégica del cerebro. Una persona puede tener demencia vascular y enfermedad de Alzheimer de manera simultánea. Esto se refiere como *demencia mixta*, la prevalencia de la cual parece aumentar conforme la población envejece (Langa, Foster y Larson, 2004).

Demencia por VIH

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) produce demencia llamada complejo cognitivo/motor relacionado con VIH-1; y también se presenta el trastorno cognitivo/motor menor asociado con VIH-1. La gravedad de los síntomas se correlaciona con la extensión de las lesiones en el cerebro. La disfunción inmunitaria relacionada con la enfermedad de VIH puede favorecer las infecciones en el cerebro por otros organismos, y parece que el VIH-1 también causa demencia de manera directa. En las etapas primarias, los síntomas neuropsiquiátricos pueden manifestarse por cambios apenas perceptibles en la presentación psicológica de una persona normal. Los cambios cognitivos graves, en particular la confusión, cambios de comportamiento y algunas veces psicosis son frecuentes en las últimas etapas.

Con el surgimiento de tratamientos antirretrovirales muy activos (HAART) se ha disminuido la incidencia de demencia relacionada con la enfermedad de VIH; sin embargo, es posible que al prolongar el tiempo de vida de los pacientes infectados con VIH que toman medicamentos pueda aumentar la prevalencia de este trastorno en años venideros (McArthur, 2004).

Demencia por Traumatismo Craneal

Los traumatismos craneales graves pueden provocar síntomas relacionados con el síndrome de demencia. La amnesia es el síntoma de neurocomportamiento más frecuente después de un golpe en la cabeza, y el grado del trastorno puede persistir (Bourgeois, Seaman y Servis, 2003). Repetidos golpes en la cabeza, como en los boxeadores, pueden provocar *demencia pugilística*, un síndrome caracterizado por la variabilidad emocional, disartria, ataxia e impulsividad (Sadock y Sadock, 2003).

Demencia por Enfermedad de Parkinson

La demencia se observa en 60% de los pacientes con enfermedad de Parkinson (Bourgeois, Seaman y Servis, 2003). Existe pérdida de las células nerviosas localizadas en la sustancia negra y disminuye la actividad de la dopamina, lo que provoca movimientos musculares involuntarios, lentitud y rigidez. Es característico que los enfermos presenten temblores en las extremidades superiores. En algunos casos, los cambios cerebrales se parecen mucho a los observados en la enfermedad de Alzheimer.

Demencia por Enfermedad de Huntington

La enfermedad de Huntington se transmite como un gen dominante mendeliano. El daño se observa en las áreas de los ganglios basales y la corteza cerebral. El inicio de los síntomas (movimiento involuntario de las extremidades o

músculos faciales, cambios cognitivos leves, depresión y apatía) se muestra entre los 30 y 50 años de edad. El paciente, por lo general, se deteriora hasta un profundo estado de demencia y ataxia. El promedio de duración de la enfermedad está basado en la edad en la que se inicia. Un estudio concluyó que los pacientes de inicios temprano y tardío tienen duración más corta (Foroud y cols., 1999). En este estudio, la duración media de la enfermedad fue de 21.4 años.

Demencia por Enfermedad de Pick

Se desconoce la causa de la enfermedad de Pick, pero parece que está involucrado un factor genético. El cuadro clínico es en extremo similar a la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, una diferencia importante es que el síntoma inicial es el cambio de personalidad, mientras que en Alzheimer es la alteración de la memoria. Varios estudios revelan que la enfermedad de Pick resulta de la atrofia en los lóbulos frontales y temporales del cerebro, en contraste con la enfermedad de Alzheimer, en la que las lesiones tienen una distribución más amplia.

Demencia por Trastorno de Creutzfeldt-Jakob

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una alteración neurodegenerativa común causada por un agente transmisor conocido como un “virus lento” o prión (APA, 2000). Del 5 al 15% de los casos muestran un componente genético. La presentación clínica es típica del síndrome de demencia, acompañada de movimientos involuntarios, rigidez muscular y ataxia. Los síntomas pueden desarrollarse a cualquier edad en adultos, pero ocurren con mayor frecuencia entre los 40 y los 60 años. El curso clínico es extremadamente rápido, con deterioro progresivo y muerte dentro de un año (Wise, Gray, y Seltzer, 1999).

Demencia por otras Condiciones Médicas Generales

Algunas condiciones médicas generales pueden causar demencia que incluyen trastornos endocrinos (hipoglucemia, hipotiroidismo), enfermedades pulmonares, insuficiencia hepática o renal, insuficiencia cardiopulmonar, desequilibrio de líquidos o de electrólitos, deficiencias nutricionales, lesiones en los lóbulos frontal o temporal, infecciones en sistema nervioso central o sistémicas, epilepsia no controlada y otras condiciones neurológicas como esclerosis múltiple (APA, 2000).

Demencia Persistente Inducida por Sustancias

Las características asociadas con este tipo de demencia se relacionan con las demencias en general; sin embargo, existe evidencia de la historia personal, examen físico o

hallazgos de laboratorio que muestran los déficits que hacen referencia etiológica con los efectos persistentes por el uso de sustancias (APA, 2000). El término *persistente* se utiliza para indicar que la demencia continúa mucho tiempo después de que se presentaron los efectos de la sustancia, ya sea por intoxicación o abstinencia. El *DSM-IV-TR* identifica los siguientes tipos de sustancias con los cuales se relaciona la demencia persistente:

- Alcohol
- Inhalantes
- Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
- Medicamentos
 - Anticonvulsivos
 - Metotrexato intratecal
- Toxinas
 - Plomo
 - Mercurio
 - Monóxido de carbono
 - Insecticidas organofosforados
 - Solventes industriales

El diagnóstico se hace según la sustancia utilizada. Por ejemplo, si la que causa la demencia es el alcohol, el diagnóstico es demencia persistente inducida por alcohol. Si se desconoce, el diagnóstico sería demencia persistente inducida por sustancia desconocida.

Demencia por Etiologías Múltiples

Este diagnóstico se utiliza cuando los síntomas de demencia se atribuyen a más de una causa. Por ejemplo, la demencia se puede relacionar con más de una condición médica o los efectos combinados y el uso prolongado de una sustancia (APA, 2000).

Los factores etiológicos relacionados con el delirio y la demencia se resumen en el cuadro 13-1.

TRASTORNOS AMNÉSICOS

Se caracterizan por una incapacidad para asimilar nueva información (déficit de memoria a corto plazo) a pesar de presentar atención normal, y una incapacidad para recor-



Amnesia

La incapacidad para retener o recordar experiencias pasadas. La condición puede ser temporal o permanente, depende de la etiología.

RECUADRO 13–1 Factores Etiológicos Implicados en el Desarrollo del Delirio o Demencia

Factores biológicos	Factores exógenos
Hipoxia: cualquier condición que conduzca a deficiencia de oxígeno en el cerebro.	Traumatismo de parto: labor de parto prolongada, daño ocasionado por el uso de fórceps, otras complicaciones obstétricas.
Deficiencias nutricionales: vitaminas (particularmente B y C); proteínas; desequilibrio de fluidos y electrolitos.	Traumatismo craneal: conmoción cerebral, contusiones, hemorragias y hematomas.
Desórdenes metabólicos: porfirias; encefalopatías relacionadas con insuficiencias hepáticas, renales, pancreáticas o pulmonares; hipoglucemias.	Compuestos inhalantes inestables: gasolina, pegamento, pintura, diluyentes de pintura, pinturas en aerosol, líquidos de limpieza, correctores líquidos de escritura, barnices y lacas.
Disfunción endocrina: tiroides, paratiroides, suprarrenal, páncreas, hipofisiaria.	Metales pesados: plomo, mercurio y manganeso.
Enfermedad cardiovascular: apoplejía, insuficiencia cardiaca, ateroesclerosis.	Otros elementos metálicos: aluminio.
Desórdenes cerebrales primarios: epilepsia, Alzheimer, enfermedad de Pick, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, Parkinson.	Fosfatos orgánicos: diversos insecticidas.
Infecciones: encefalitis, meningitis, neumonía, septicemia, neurosífilis (demencia paralítica), VIH, fiebre reumática aguda, enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.	Abuso/dependencia de sustancias: alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.
Neoplasias intracraneales.	Otros medicamentos: anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepresores, antipsicóticos, medicamentos para enfermedad e Parkinson, antihipertensivos, esteroides, planta digital.
Defectos congénitos: infecciones prenatales, tales como rubéola materna del primer trimestre.	

dar información aprendida con anterioridad (déficit de memoria a largo plazo). Los eventos del pasado remoto con frecuencia se recuerdan con mayor facilidad que los recientes. El síndrome difiere de la demencia cuando se presenta alteración en el pensamiento abstracto o el juicio, no hay cambios en la función cortical superior ni de personalidad.

La amnesia profunda puede ocasionar desorientación en tiempo y espacio, pero muy pocas veces de la persona en sí mismas (APA, 2000). El individuo puede crear una confabulación —la creación de eventos imaginarios para llenar los espacios de memoria.

Algunos individuos niegan que haya un problema a pesar de la evidencia de lo contrario. Otros pueden reconocer que existe un problema, pero no parecen preocuparse. Son comunes la apatía, falta de iniciativa, y debilidad emocional. La persona puede parecer amigable y agradable, pero en lo emocional son superficiales.

El inicio de los síntomas puede ser agudo o insidioso, depende del proceso patológico que causa el trastorno amnésico. La duración y curso de la enfermedad en ciertos casos es muy variable y también se relacionan con la extensión y gravedad de la causa.

Implicaciones Etiológicas

Los trastornos amnésicos comparten una presentación sintomática común de la alteración de la memoria, pero el

DSM-IV-TR (APA, 2000) establece diferencias según la etiología:

- Trastorno amnésico por condiciones médicas generales
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

Trastorno Amnésico por una Condición Médica General

En este trastorno amnésico debe existir evidencia de historia personal, examen físico o hallazgos de laboratorio para mostrar que la alteración de la memoria es la consecuencia fisiológica directa de una condición médica general (APA, 2000). El diagnóstico es especificado además por la indicación de si los síntomas son *temporales* (no más de un mes) o *crónicos* (más de un mes).

Las condiciones médicas generales que pueden estar relacionadas con el trastorno amnésico incluyen traumatismo craneal, enfermedad vascular cerebral, enfermedad neoplásica cerebral, anoxia cerebral, encefalitis por herpes simple, diabetes dependiente de insulina sin atención e intervención quirúrgica cerebral (APA, 2000; Wise, Gray y Seltzer, 1999).

Los síndromes amnésicos temporales se pueden presentar por enfermedad vascular cerebral, arritmias cardíacas, migraña, trastornos de tiroides y epilepsia (Bourgeois, Seaman y Servis, 2003).

Trastorno Amnésico Persistente Inducido por Sustancias

En este trastorno debe existir evidencia de historia personal, examen físico o hallazgos de laboratorio de que la alteración de la memoria se relaciona con los efectos persistentes de uso de sustancia (abuso de drogas, medicamento o exposición a toxinas) (APA, 2000). El término *persistente* se utiliza para indicar que los síntomas existen mucho después de la presentación de los efectos por la intoxicación por sustancias o abstinencia. El *DSM-IV-TR* identifica las siguientes sustancias relacionadas con el trastorno amnésico:

- Alcohol
- Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
- Medicamentos
 - Anticonvulsivos
 - Metotrexato
- Toxinas
 - Plomo
 - Mercurio
 - Monóxido de carbono
 - Insecticidas organofosforados
 - Solventes industriales

El diagnóstico se hace según la etiología de la sustancia. Por ejemplo, si se sabe que la sustancia que causa el trastorno amnésico es el alcohol, el diagnóstico es trastorno amnésico persistente inducido por alcohol.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración

La valoración de enfermería del paciente con delirio, demencia o amnesia persistente se basa en el conocimiento de la sintomatología relacionada con los diferentes trastornos descritos al inicio del capítulo. Los datos subjetivos y objetivos son recopilados por los diferentes miembros del equipo de atención. Los clínicos mencionan el uso de cierta variedad de métodos para obtener la información.

La Historia del Paciente

El personal de enfermería tiene una función importante en la recopilación de la historia del paciente, incluye los cambios mentales y físicos que ha manifestado y la edad cuando empezaron los cambios. Si el paciente es incapaz de proporcionar información de manera adecuada, se pueden obtener los datos de los familiares u otras personas que conozcan la historia física y psicosocial del enfermo.

De la historia del paciente, el personal de enfermería debe valorar los siguientes aspectos de interés: (1) tipo,

frecuencia y gravedad de los cambios del ánimo, cambios de personalidad y de comportamiento, y reacciones emocionales catastróficas; (2) cambios cognitivos, como problemas del campo de la atención, procesos de pensamiento, solución de problemas y memoria (reciente y remota); (3) dificultades en el lenguaje; (4) orientación a las personas, espacios, tiempo y situación, y (5) comportamiento social adecuado.

La enfermera debe obtener información también a través de los medicamentos que consume o consumió el paciente, su historia de consumo de otras sustancias o alcohol y de su posible exposición a toxinas. También puede ser útil considerar la historia de síntomas relacionados o enfermedades específicas (p. ej. las enfermedades de Huntington, Alzheimer, Pick o Parkinson) en otros miembros de la familia.

Valoración Física

La valoración de los sistemas físicos tanto del personal de enfermería como del médico hacen dos énfasis: (1) signos de daño al sistema nervioso y (2) evidencia de enfermedades de otros órganos que puedan afectar la función mental. Las enfermedades de varios órganos pueden inducir confusión, pérdida de memoria y cambios de comportamiento. Estas causas se consideran en el diagnóstico de trastornos cognitivos. En el examen neurológico, se le pide al paciente que realice ciertas maniobras o conteste preguntas que están diseñadas para obtener información sobre la condición de partes específicas del cerebro o nervios periféricos. La prueba valora el estado mental y estado de alerta, fuerza muscular, reflejos, percepción sensorial, habilidades de lenguaje y coordinación. Un ejemplo de un examen del estado mental para un paciente con demencia se muestra en el cuadro 13-2.

Se puede ordenar una serie de pruebas psicológicas como parte del diagnóstico. Los resultados de éstas en ciertos casos se utilizan para el diagnóstico diferencial entre demencia y **seudodemencia** (depresión). La depresión es la enfermedad mental más común en los adultos mayores, pero con frecuencia se diagnostica de manera equivocada y se trata inadecuadamente. Los síntomas cognitivos de la depresión pueden parecerse a la demencia, y debido a la prevalencia de ésta en este grupo de edad los diagnósticos se hacen de manera apresurada. En el cuadro 13-1 se presenta una comparación de los síntomas de demencia y seudodemencia (depresión). El personal de enfermería puede ayudar en esta valoración.

Evaluaciones de Laboratorio de Diagnóstico

El personal de enfermería también puede ayudar al paciente para completar los exámenes de laboratorio.

RECUADRO 13–2 Examen de Estado Mental para Demencia

Nombre del paciente _____ Fecha _____
 Edad _____ Sexo _____
 Diagnóstico _____

Máximo Registro del Paciente

1. FLUIDEZ VERBAL

Pida al paciente que nombre la mayor cantidad de animales que pueda.
 (Tiempo: 60 segundos) (Califique 1 punto/2 animales)

10 puntos _____

2. COMPRENSIÓN

- a. Apunte hacia el techo 1 punto
- b. Apunte hacia su nariz y la ventana 1 punto
- c. Apunte hacia su pie, la puerta y el techo 1 punto
- d. Apunte hacia la ventana, su pierna, la puerta y su pulgar 1 punto

3. NOMBRAR Y ENCONTRAR PALABRAS

Pida al paciente que nombre lo siguiente al tiempo que usted lo señala:

- a. Perno del reloj (devanadera) 1 punto
- b. Dientes 1 punto
- c. Suela del zapato 1 punto
- d. Hebilla del cinturón 1 punto
- e. Nudillos 1 punto

4. ORIENTACIÓN

- a. Fecha 2 puntos
- b. Día de la semana 2 puntos
- c. Mes 1 punto
- d. Año 1 punto

5. HABILIDAD DE NUEVO APRENDIZAJE

Diga al paciente: "Voy a decirle cuatro palabras que quiero que recuerde." Repita las cuatro palabras después de ser inicialmente presentadas y pídale que recuerde las palabras después. Continúe con el examen y en intervalos de 5 a 10 min, pida que repita las palabras. Aquí proporcionamos tres diferentes grupos de palabras.

- a. Café (Diversion) (Uva) 2 puntos cada uno
- b. Honestidad (Lealtad) (Felicidad) 2 puntos cada uno
- c. Tulipán (Zanahoria) (Media) 2 puntos cada uno
- d. Gotero (Tobillo) (Cepillo dental) 2 puntos cada uno

5 min 10 min
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____

6. HISTORIA VERBAL PARA RECUERDO INMEDIATO

Diga al paciente: "Voy a leer una historia corta que quiero que usted recuerde. Escuche con atención lo que leo porque le pediré que me cuente la historia cuando yo termine." Lea la historia lenta y cuidadosamente, pero sin hacer pausa en las barras diagonales. Después de completar el párrafo, diga al paciente que repita la historia lo más exacto posible. Registre el número de recuerdos correctos (información dentro de las barras diagonales) y describa confabulación si está presente

(1 punto = 1 elemento recordado [13 puntos máximo])

Era el mes julio / la familia Rogers / había recogido / a sus cuatro hijos / en la estación del tren / para partir / a sus vacaciones.

Ellos estaban realizando / su viaje anual / hacia la playa / en Gulf Shores.

Este año / ellos hacían / una especial / escala de un día / en el acuario / en Nueva Orleans.

Después de un largo día de camino / finalmente llegaron / al motel / sólo para descubrir / que en medio de su entusiasmo / habían olvidado / en el jardín frontal / a los gemelos / y su equipaje.

7. MEMORIA VISUAL (OBJETOS ESCONDIDOS)

Diga al paciente que usted esconderá algunos objetos por toda la oficina (escritorio, cama) y que usted quiere que él/ella recuerde dónde se encuentran. Esconda cuatro o cinco objetos comunes (por ejemplo, llaves, bolígrafo, martillo para reflejos) en diversos lugares a la vista del paciente. Después de dejar pasar algunos min, pida al paciente que encuentre los objetos. (1 punto por cada objeto encontrado)

- a. Moneda
- b. Bolígrafo
- c. Peine
- d. Llaves
- e. Tenedor

1 punto	_____

8. APRENDIENDO ASOCIACIÓN DE PARES

Diga al paciente que usted leerá una lista de palabras en pares. Se espera que éste recuerde las palabras que van juntas (por ejemplo: grande-pequeño). Cuando el paciente haya entendido las instrucciones, lea el primer grupo de palabras a la velocidad de un par por segundo. Después de haber leído la primera lista, someta a prueba de memoria presentando la primera lista de recuerdo. Proporcione la primera palabra de cada par y solicite la palabra par de ésta. Corrija las respuestas equivocadas y proceda con el siguiente par. Después de que la primera lista de recuerdo haya sido completada, permita un descanso de 10 segundos y continúe con las segundas listas de presentación y recuerdo.

Listas de Presentación

- | 1 | 2 |
|-----------------|-----------------|
| a. Alto-Bajo | a. Bueno-Malo |
| b. Casa-Renta | b. Libro-Página |
| c. Bueno-Malo | c. Alto-Bajo |
| d. Libro-Página | d. Casa-Renta |

Listas de Recuerdos

- | 1 | 2 | |
|----------------|----------------|----------|
| a. Casa _____ | a. Alto _____ | 2 puntos |
| b. Libro _____ | b. Bueno _____ | 2 puntos |
| c. Alto _____ | c. Casa _____ | 2 puntos |
| d. Bueno _____ | d. Libro _____ | 2 puntos |

9. HABILIDAD DE CONSTRUCCIÓN

Pida al paciente que rehaga este dibujo y que dibuje los otros dos objetos solicitados:



Dibuje una margarita en una maceta

3 puntos _____

Dibuje un reloj con todos sus números y la hora marcada a las 2:30.

3 puntos _____

10. CÁLCULOS COMPLEJOS ESCRITOS

- | | | | |
|-------------------|----------------------|---------|-------|
| a. Suma | 108
+ 79
<hr/> | 1 punto | _____ |
| b. Resta | 605
- 86
<hr/> | 1 punto | _____ |
| c. Multiplicación | 108
× 36
<hr/> | 1 punto | _____ |
| d. División | 559 ÷ 43 | 1 punto | _____ |

(continúa)

RECUADRO 13–2 Examen de Estado Mental para Demencia (continuación)**11. INTERPRETACIÓN DE PROVERBIOS**

Pida al paciente que explique los siguientes dichos. Registre las respuestas.

- a. No se debe llorar sobre la leche derramada.

_____ 2 puntos _____

- b. Roma no se construyó en un día.

_____ 2 puntos _____

- c. Un hombre ahogándose se agarrará de una paja.

_____ 2 puntos _____

- d. Un martillo de oro puede romper una puerta de hierro.

_____ 2 puntos _____

- e. El carbón caliente quema, el frío ennegrece.

_____ 2 puntos _____

12. SEMEJANZAS

- | | |
|---------------------|----------|
| a. Nabo | Coliflor |
| b. Carro | Avión |
| c. Escritorio | Estante |
| d. Poema | Novela |
| e. Caballo | Manzana |

2 puntos	_____
Máximo:	100 puntos

Individuos Normales

Rango de Edad	Calificación Promedio (desviación estándar)
40–49	80.9 (9.7)
50–59	82.3 (8.6)
60–69	75.5 (10.5)
70–79	66.9 (9.1)
80–89	67.9 (11.0)

Pacientes con Alzheimer

Etapa	Calificación Promedio (desviación estándar)
I	57.5 (9.1)
II	37.0 (7.8)
III	13.4 (8.1)

Fuente: Adaptado de Strub, R. L. y Black, F. W. (2000). *The Mental Status Examination in Neurology*. (4ta ed.). Filadelfia: F. A. Davis.

Muchas de estas pruebas se incluyen de manera sistemática con el examen físico, también se realizan análisis de muestras de sangre y orina para buscar infecciones; disfunciones hepáticas y renales; diabetes o hipoglucemias; desequilibrios de electrolíticos; trastornos metabólicos y

endocrinos; deficiencias nutricionales; y presencia de sustancias tóxicas, que incluyen alcohol y otras drogas.

Otras evaluaciones diagnósticas que se realizan son electroencefalograma (EEG), que mide y registra la actividad eléctrica del cerebro. Con la tomografía computarizada

CUADRO 13 – 1 Cuadro Comparativo entre Demencia y Seudodemencia (Depresión)

Elementos Sintomáticos	Demencia	Seudodemencia (Depresión)
<i>Progreso de los síntomas</i>	Lenta	Rápida
<i>Memoria</i>	Pérdidas progresivas; mayor pérdida de memoria reciente que remota; en algunos casos ocasiona “vacíos” en la memoria; no hay quejas de pérdida	Parecen olvidar; no hay evidencia de pérdidas progresivas; reciente o lejana, las pérdidas son equilibradas y hay quejas de ellas; no hay confabulación (responderá “no sé”)
<i>Orientación</i>	Desorientación de tiempo y espacio; puede vagar en busca de algún familiar	Orientación de tiempo y lugar, no hay vagancia
<i>Ejecución de tareas</i>	Rendimiento deficiente, pero se esfuerza por realizarla	La ejecución es variable, pone el menor esfuerzo
<i>Gravedad sintomática</i>	Empeora conforme pasan los días	Mejora conforme pasan los días
<i>Ansiedad afectiva</i>	Aparente despreocupación	Manifiesta ansiedad grave
<i>Apetito</i>	Sin cambios	Disminuido
<i>Atención y concentración</i>	Deteriorada	Intacto

da, se obtiene el tamaño y forma del cerebro. Una técnica llamada *tomografía por emisión de positrones* (PET) revela la actividad metabólica del cerebro, una evaluación que algunos investigadores consideran importante en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Las imágenes por resonancia magnética (MRI) se utilizan para observar los tejidos blandos del cuerpo. Se puede realizar una punción lumbar para examinar el líquido cerebroespinal para ver infecciones del sistema nervioso central o hemorragias.

Diagnóstico/Identificación de Resultados

El personal de enfermería utiliza la información recopilada durante la valoración para completar la base de datos del paciente, a partir de lo cual se seleccionan los diagnósticos apropiados. Los posibles diagnósticos de enfermería para pacientes con trastorno cognitivo incluyen:

- Riesgo de traumatismo relacionado con alteraciones en el funcionamiento cognitivo y psicomotor.
- Riesgo de suicidio relacionado con depresión secundaria al hacerse consciente del deterioro de la capacidad mental o física.
- Peligro de violencia dirigida a otras personas relacionada con alteraciones en el control de impulsos; alucinaciones.
- Procesos de pensamiento alterados relacionados con degeneración cerebral evidente por la desorientación,

confusión, déficit de memoria, e interpretación inexacta del ambiente.

- Baja autoestima relacionada con la pérdida del funcionamiento independiente evidenciado por expresiones de vergüenza y minusvalía, así como aislamiento social progresivo.
- Deficiencia de cuidados personales relacionada con la desorientación, confusión, deficiencias de la memoria evidenciados por la incapacidad para satisfacer las actividades diarias.

Los siguientes criterios se utilizan para medir los resultados en el cuidado del paciente con trastornos cognitivos.

Paciente:

- No tiene lesiones físicas.
- No se lastima a sí mismo ni a otras personas.
- Mantiene una orientación realista a lo mejor de sus capacidades.
- Discute aspectos positivos sobre sí mismo y su vida.
- Satisface sus actividades diarias de vida con ayuda.

Planeación/Realización

El cuadro 13-2 proporciona un plan de atención para el paciente con un trastorno cognitivo (sin importar la etiología), además se presentan diagnósticos de enfermería seleccionados, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno.

CUADRO 13 – 2 Plan de Cuidados para el Paciente con Desorden Cognitivo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DEBIDO A TRAUMA RELACIONADO CON: Debilitamiento del funcionamiento cognitivo y psicomotor

Criterio de Egreso	Intervenciones de Enfermería	Objetivo
El paciente no experimentará lesión	<p>Las siguientes medidas deberán ser instituidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Acomodar los muebles y demás elementos en la habitación para adaptarlos a las incapacidades del paciente b. Mantener almacenados los elementos de difícil acceso c. No colocar la cama en posición elevada. Colocar corrales y cabeceras si el paciente tiene antecedentes de captura. Mantenga los barandales arriba cuando el paciente se encuentre en cama (si las regulaciones lo permiten) d. Asignar un cuarto cercano a la enfermera para observar al paciente frecuentemente e. Asistir ambulatoriamente al paciente f. Mantener una luz tenue durante la noche g. Si el paciente fuma, los cigarros y encendedores o similares deberán estar bajo custodia del personal de enfermería y darlos al paciente sólo cuando alguien puede estar con él mientras fuma h. Orientar frecuentemente al paciente en lugar, tiempo y situación i. Si el paciente es propenso al delirio, proveerle un área en la cual no corra riesgos j. Prevenir las restricciones requeridas si el paciente está muy distorsionado e hiperactivo 	Garantizar la seguridad del paciente

(Continúa)

CUADRO 13 – 2 Plan de Cuidados para el Paciente con Desorden Cognitivo (continuación)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** PROCESO ALTERADO DE PENSAMIENTO**RELACIONADO CON:** Degeneración cerebral**EVIDENCIADO POR:** Desorientación, confusión, deficiencia de memoria e inadecuada interpretación del contexto

Criterio de Egreso	Intervenciones de Enfermería	Objetivo
El paciente interpretará adecuadamente su contexto y mantendrá la orientación hacia la realidad de la mejor manera en la medida de su habilidad cognitiva.	<ol style="list-style-type: none"> Orientar frecuentemente al paciente a la realidad. Usar relojes y calendarios con números grandes que permitan su fácil lectura. Puede ser útil usar notas escritas con letras en negritas y de tamaño considerable. Permitir al paciente tener artículos personales. Ofrecer explicaciones simples. Usar la interacción cara a cara, hablar pausadamente y no gritar. Desalentar el pensamiento pesimista, conversar acerca de eventos y personas reales. Monitorear los efectos alternos de los medicamentos. 	<ol style="list-style-type: none"> Todos estos puntos sirven para ayudar a mantener la orientación del paciente y ayudar a su memoria y reconocimiento. Estas intervenciones facilitan la comprensión. Repentinamente pueden crear inconformidad y, en algunos casos, provocar enojos. Rumiar promueve la desorientación. Orientarse a la realidad incrementa el sentimiento de autovaloración y dignidad personal. Los cambios psicológicos en la vejez pueden alterar la respuesta corporal a ciertos medicamentos. Los efectos toxicológicos pueden intensificarse alterando los procesos de pensamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DEFICIENCIA DE CUIDADOS PERSONALES**RELACIONADO CON:** Desorientación, confusión y déficit de la memoria**EVIDENCIADO POR:** Incapacidad para satisfacer las actividades diarias

Criterio de Egreso	Intervenciones de Enfermería	Objetivo
El paciente se acoplará a las actividades cotidianas en la medida de sus habilidades. La satisfacción plena de sus necesidades será procurada por los cuidadores.	<ol style="list-style-type: none"> Estructurar de manera simple el ambiente: <ol style="list-style-type: none"> Identificar la deficiencia en los cuidados personales y proveer la asistencia requerida. Promover acciones independientes como sea posible. Permitir al paciente en cualquier momento realizar tareas. Promover guías y apoyo al paciente al realizar acciones que permitan su independencia, realizando las actividades paso a paso. Promover un horario estructurado de actividades que no cambie de un día a otro. Las actividades cotidianas deberán seguir una rutina tan similar como sea posible. Promover las tareas diarias de los cuidadores. Generar evaluaciones para medir el progreso del paciente para satisfacer sus necesidades nutricionales, garantizando la seguridad personal y siguiendo el régimen terapéutico y comunicar la necesidad de asistencia con actividades que él o ella no puedan realizar por sí mismos. Evaluar en prospectiva la habilidad de los cuidadores para anticipar el incumplimiento de las actividades de los pacientes y proveerles información que les permita cumplir con su responsabilidad. Asegurarse de que los cuidadores estén capacitados en sistemas de apoyo comunitario para que puedan brindarlo cuando sea requerido. Por ejemplo, en centros de cuidados de adultos, en casa de manera parcial o permanente o en representantes de organizaciones nacionales de apoyo: <ol style="list-style-type: none"> Informes para enfermedad de Parkinson: National Parkinson Foundation Inc. 1501 NW 9th Ave. Miami, FL 33136-1494 1-800-327-4545 Informes para enfermedad de Alzheimer: Alzheimer's Association 225 N. Michigan Ave., Fl. 17 Chicago, IL 60601-7633 1-800-272-3900 	<ol style="list-style-type: none"> Minimizar la confusión. Son prioridades de la enfermería la seguridad y la salud del paciente. Garantizar la provisión y continuidad de los cuidados del paciente.

RECUADRO 13-3 Tópicos para la Educación del Paciente y su Familia relacionada con Desórdenes Cognitivos

- Naturaleza de la enfermedad
 - Causas posibles
 - Expectativas
 - Síntomas
- Manejo de la enfermedad
 - Formas para procurar la seguridad del paciente
 - Cómo mantener la orientación a la realidad
 - Provisión de asistencia con actividades cotidianas
 - Información nutricional
 - Conductas difíciles
 - Administración de medicamentos
 - Puntos relevantes de la higiene y cuidados
- Servicios de apoyo
 - Asistencia financiera
 - Asistencia legal
 - Grupos de apoyo
 - Tiempo de cuidado
 - Salud del hogar

Educación del Paciente y la Familia

Enseñar al paciente es una función importante en el área psiquiátrica, como en todas las áreas de enfermería. En el cuadro 13-3 se enlistan temas de educación para el paciente y la familia, relevantes en los trastornos cognitivos.

Evaluación

En el paso final del proceso de enfermería, la revaloración se realiza para determinar si las intervenciones de enfermería fueron eficaces para alcanzar los objetivos de atención. La evaluación del paciente con trastornos cognitivos se basa en metas a corto plazo más que objetivos a largo plazo. La resolución de problemas identificados no es realista para estos pacientes, en cambio los resultados se deben medir en términos de retrasar el proceso más que detenerlo o curar la enfermedad. Las preguntas de evaluación pueden incluir las siguientes:

- ¿El paciente presenta lesiones?
- ¿El enfermo mantiene la orientación en tiempo, persona, espacio y situación?
- ¿El paciente es capaz de satisfacer sus necesidades básicas? ¿Las necesidades básicas son atendidas por personas a cargo del enfermo?
- ¿Se disminuyó la confusión por objetos familiares y estructurados, esquemas sistemáticos de actividades?
- ¿Las personas a cargo del paciente informan el progreso de la enfermedad del paciente?
- ¿Las personas a cargo del paciente informan sobre la ayuda y apoyo en la atención del paciente?
- ¿Las personas responsables de la atención reciben instrucciones de cómo promover la seguridad del pacien-

te, disminuir la confusión y desorientación y enfrentar los comportamientos difíciles del paciente (p. ej., hostilidad, enojo, depresión, agitación)?

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Delirio

El primer paso en el tratamiento de delirio debe ser la determinación y corrección de las causas subyacentes. Se debe dar atención adicional al estatus de líquidos y electrolitos, hipoxia, anoxia y problemas de diabetes. Los miembros de personal deben permanecer con el paciente en todo momento para observar el comportamiento y proporcionar reorientación y seguridad. La habitación debe permanecer con pocos estímulos.

Algunos médicos prefieren no prescribir medicamentos para el paciente con delirio, ya que consideran que fármacos adicionales sólo pueden agravar el síndrome de disfunción cerebral. Sin embargo, la agitación y la agresión demostradas por el individuo con delirio pueden requerir sujeción química o mecánica. Elegir el tratamiento específico se hace en consideración a la condición clínica y la causa subyacente del delirio. Los neurolépticos en dosis bajas son el tratamiento farmacológico de elección en casi todos los casos (Trzepacz y cols., 2006). Es común utilizar una benzodiacepina (p. ej., lorazepam) cuando la causa es abstinencia de alguna sustancia (Eisen-drath y Lichtmacher, 2005).

Demencia

Una vez hecho el diagnóstico definitivo de demencia, la primera consideración en el tratamiento del trastorno es la etiología. El enfoque se dirige a identificar y resolver el proceso potencialmente reversible. Sadock y Sadock (2003) mencionan al respecto:

Cuando ya se diagnosticó demencia, los pacientes deben pasar por un examen médico y neurológico completo debido a que 10 a 15% presentan una condición reversible si se inicia el tratamiento antes de que haya un daño permanente del cerebro. Causas de demencia potencialmente reversible incluyen hipotiroidismo, hidrocéfalo con presión normal y tumores cerebrales (pp. 339-340).

Se reconoce y se acepta la necesidad de proporcionar atención de apoyo general, seguridad, estimulación, paciencia y nutrición. Se han utilizado algunos medicamentos con éxito variable. Algunos de estos fármacos se describen en la siguiente sección según la sintomatología para la cual están indicados. (Ver el capítulo 11 para los efectos colaterales y las implicaciones de enfermería de

CUADRO 13 – 3 Medicamentos Seleccionados Usados en el Tratamiento de Pacientes con Demencia

Medicamento	Clasificación	Para el tratamiento de	Rango de Dosis Diaria	Efectos Colaterales
Tacrina (Cognex)	Inhibidor de la colinesterasa	Daño cognitivo	40-160 mg	Mareo, cefalea, GI alterado, transaminasa elevada
Donepezil (Aricept)	Inhibidor de la colinesterasa	Daño cognitivo	5-10 mg	Insomnio, mareo, GI alterado, cefalea
Rivastigmina (Exelon)	Inhibidor de la colinesterasa	Daño cognitivo	6-12 mg	Mareo, cefalea, GI alterado, fatiga
Galantamina (Razadyne)	Inhibidor de la colinesterasa	Daño cognitivo	8-24 mg	Mareo, cefalea, GI
Memantina (Namenda)	Receptor antagonista NMDA	Daño cognitivo	5-20 mg	Mareo, cefalea, constipación
Risperidone* (Risperdal)	Antipsicótico	Agitación, agresión, alucinaciones, alteración del pensamiento, vagabundeo.	1-4 mg (incrementar la dosis con precaución)	Agitación, insomnio, cefalea, insomnio, síntomas extrapiramidales
Olanzapina* (Zyprexa)	Antipsicótico	Agitación, agresión, alucinaciones, alteración del pensamiento, vagabundeo.	5 mg (incrementar la dosis con precaución)	Hipotensión, mareo, sedación, constipación, aumento de peso
Quetiapina* (Seroquel)	Antipsicótico	Agitación, agresión, alucinaciones, alteración del pensamiento, vagabundeo.	Dosis inicial 25 mg suministrar lentamente	Hipotensión, taquicardia, mareo, somnolencia, cefalea
Haloperidol (Haldol)	Antipsicótico	Agitación, agresión, alucinaciones, alteración del pensamiento, vagabundeo.	1-4 mg (incrementar la dosis con precaución)	Boca seca, visión borrosa, hipotensión ortostática, síntomas extrapiramidales, sedación
Sertralina (Zoloft)	Antidepresivo (ISRS)	Depresión	50-100 mg	Fatiga, insomnio, sedación, GI alterado, cefalea
Paroxetina (Paxil)	Antidepresivo (ISRS)	Depresión	10-40 mg	Mareo, cefalea, insomnio, somnolencia, GI alterado
Nortriptylina (Pamelor)	Antidepresivo (tricíclico)	Depresión	30-50 mg	Efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática, sedación arritmia
Lorazepam (Ativan)	Ansiolítico (benzodiazepina)	Ansiedad	1-2 mg	Aletargamiento, mareo, GI alterado, hipotensión, tolerancia, dependencia
Oxazepam (Serax)	Ansiolítico (benzodiacepina)	Ansiedad	10-30 mg	Aletargamiento, mareo, GI alterado, hipotensión, tolerancia, dependencia
Témazepam (Restoril)	Hipnótico-sedante (benzodiacepina)	Insomnio	15 mg	Aletargamiento, mareo, GI alterado, hipotensión, tolerancia, dependencia
Zolpidem (Ambien)	Hipnótico-sedante (no-benzodiacepina)	Insomnio	5 mg	Cefalea, aletargamiento, mareo, GI alterado
Zaleplon (Sonata)	Hipnótico-sedante (no-benzodiacepina)	Insomnio	5 mg	Cefalea, aletargamiento, mareo, GI alterado
Eszopiclona (Lunesta)	Hipnótico-sedante (no-benzodiacepina)	Insomnio	1-2 mg	Cefalea, aletargamiento, mareo, GI alterado, gusto desagradable
Trazodona (Desyrel)	Antidepresivo (heterocíclico)	Depresión e insomnio	50 mg	Mareo, aletargamiento, fatiga, boca seca
Mirtazapina (Remcron)	Antidepresivo (tetrcíclico)	Depresión e insomnio	7.5-15 mg	Somnolencia, boca seca, constipación, incremento del apetito

*aunque los médicos pueden aún prescribir estos medicamentos en pacientes de bajo riesgo, la FDA no ha aprobado los antipsicóticos atípicos para el tratamiento de pacientes con demencia relacionada a psicosis.

los psicotrópicos). En el cuadro 13-3 se resumen los medicamentos para los pacientes con demencia.

Alteración cognitiva

Se ha demostrado que el inhibidor de colinesterasa fisostigmina (antilirium) aumenta el funcionamiento cogniti-

vo en individuos con enfermedad de Alzheimer leve a moderada (Van Dyck y cols., 2000). Otros inhibidores de colinesterasa se pueden utilizar para el tratamiento de alteración cognitiva leve a moderada en la enfermedad de Alzheimer. Algunas de las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer se consideran resultado de la deficiencia del neurotransmisor acetilcolina; en el cerebro la

acetilcolina se inactiva por la enzima colinesterasa. Tacrina, donepezil, rivastigmina y galantamina inhiben la acetilcolinesterasa, lo que reduce la degradación de la acetilcolina; por lo tanto, aumentan las concentraciones del neurotransmisor en la corteza cerebral. Debido a su acción, las neuronas colinérgicas quedan intactas en su funcionamiento; sin embargo, los efectos del medicamento pueden disminuir conforme la enfermedad avanza. No hay evidencia de que estos fármacos alteren el curso del proceso de demencia subyacente.

Otro medicamento, un antagonista del receptor *N*-metil-D-aspartato (NMDA) fue aprobado por la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) en 2003. El fármaco, memantina se aprobó para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada a grave. Se considera que las concentraciones elevadas de glutamato en los cerebros de los pacientes con Alzheimer contribuyen a la sintomatología. Estas concentraciones elevadas son causadas por una disfunción en la transmisión de glutamato. En la neurotransmisión normal, el glutamato es muy importante en el aprendizaje y memoria por activación de los receptores NMDA para permitir que una cantidad controlada de calcio entre a la neurona (*Alzheimer's Association*, 2006). Esto crea el ambiente apropiado para el procesamiento de información. En la enfermedad de Alzheimer, hay una liberación continua de glutamato, que a su vez provoca un flujo permanente de calcio al interior de la célula, por lo que las concentraciones intracelulares de calcio deterioran y matan a la célula. La memantina puede proteger a la célula contra el exceso de glutamato por bloqueo parcial de los receptores NMDA. En pruebas clínicas, se ha demostrado que la memantina es eficaz en el mejoramiento de la función cognitiva y la capacidad para realizar actividades diarias en los pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada a grave. Aunque esto no detiene o revierte los efectos de la enfermedad, sí retraza el progreso de ésta (Reisberg y cols., 2003). Debido a que la acción de la memantina es diferente de los inhibidores de colinesterasa, es posible considerar su administración. En un estudio, los resultados mostraron mejoramiento estadísticamente importante en la función cognitiva, la realización de tareas diarias, comportamiento y estado general, en los pacientes que recibieron una combinación de memantina y donepezil cuando se compararon con sujetos que sólo tomaron donepezil y placebo (Tariot y cols., 2004).

Agitación, Agresión, Alucinaciones, Alteraciones en el Pensamiento y Deambulación

Los medicamentos antipsicóticos se utilizan en pacientes con demencia para controlar la agitación, agresión, alucinaciones, alteraciones en el pensamiento y la deambulación. Los nuevos fármacos antipsicóticos —risperidona,

olanzapina, quetiapina y ziprasidona— pueden ser utilizados debido a que disminuyen la posibilidad de que los pacientes presenten efectos colaterales extrapiramidales o anticolinérgicos. En 2005, después de una revisión de varios estudios, la FDA ordenó poner advertencias en un recuadro negro en las etiquetas de todos los medicamentos antipsicóticos atípicos, notificando que estos fármacos están relacionados con un mayor riesgo de muerte en pacientes adultos mayores con comportamientos psicóticos por demencia. Esto plantea un dilema para los médicos, quienes consideran que estos medicamentos son útiles para sus pacientes, y algunos los siguen eligiendo en enfermos sin enfermedad vascular cerebral importante, en quienes no han mejorado con otros tratamientos, además del consentimiento de los familiares y personal a su cuidado, quienes deben estar conscientes de los riesgos y beneficios (Bullock, 2005). El haloperidol todavía se utiliza con frecuencia ya que ha probado su eficacia en los comportamientos relacionados con demencia, aunque conlleva un gran riesgo de causar efectos colaterales anticolinérgicos, extrapiramidales y sedantes. La dosis usual en adultos de cualquier medicamento se debe disminuir en el tratamiento de adultos mayores.

Efectos Anticolinérgicos

Muchos antipsicóticos, antidepresores y antihistamínicos producen efectos colaterales anticolinérgicos, los cuales incluyen confusión, visión borrosa, constipación, boca seca, vértigo y dificultad para orinar. Las personas mayores y en especial aquellos con demencia, son muy sensibles a estos efectos. Beers y Jones (2004) explican este fenómeno como sigue:

Los adultos mayores parecen experimentar los efectos anticolinérgicos debido a que este grupo de personas, por la edad, produce menos acetilcolina. También las células en muchas partes del cuerpo (como el aparato digestivo) tienen menos sitios en el cual se puede fijar la acetilcolina, por lo que este neurotransmisor parece tener menos efecto, y el efecto de los fármacos anticolinérgicos lo disminuye aún más. (p. 48)

Depresión

Alrededor de 25% de las personas con enfermedad de Alzheimer también sufren de depresión (Lyketsos, 2003). El reconocer los síntomas de depresión en estas personas con frecuencia es un desafío. La depresión —que también afecta el pensamiento, memoria, sueño, apetito e interfiere con la vida diaria— es difícil de diferenciarse algunas veces de la demencia. Es claro que la existencia de la depresión en el paciente con demencia complica y empeora el funcionamiento.

La medicación con antidepresivos se utiliza en algunas ocasiones en el tratamiento de depresión en demencia. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (SSRI) están considerados por muchos como la primera línea de fármacos para tratar la depresión en adultos mayores por su favorable perfil de efectos colaterales (Cummings y cols., 2002). Aunque todavía son utilizados por algunos médicos, los antidepresivos tricíclicos con frecuencia son evitados por los efectos colaterales cardíacos y anticolinérgicos. La trazodona puede ser una buena elección, utilizada a la hora de dormir, para la depresión y el insomnio. Los medicamentos dopaminergicos (p. ej., metilfenidato, amantadina, bromocriptina y bupropión) pueden ser útiles en el tratamiento de apatía grave (Rabins y cols., 2006).

Ansiedad

La pérdida progresiva del funcionamiento mental es una fuente significativa de ansiedad en las primeras etapas de la demencia. Es importante que los pacientes sean alentados a hablar de sus sentimientos y temores relacionados con esta pérdida. Estas intervenciones pueden ser útiles en la reducción de la ansiedad de los enfermos con demencia.

Los medicamentos ansiolíticos son útiles, pero no pueden ser utilizados de manera sistemática o por períodos prolongados. Los fármacos menos tóxicos y más eficaces son las benzodiacepinas. Los ejemplos incluyen el diazepam, clordiazepóxido, alprazolam, lorazepam y oxazepam. Los fármacos de vida media más corta (p. ej., lorazepam y oxazepam) son preferidos a los medicamentos de acción prolongada (p. ej., diazepam), ya que promueven un elevado riesgo de sedación excesiva y caídas. Los barbitúricos no son apropiados como ansiolíticos porque con frecuencia inducen confusión y excitación paradójica en adultos mayores.

Alteraciones del Sueño

Los problemas de sueño son comunes en los pacientes con demencia, y con frecuencia se intensifican a medida que progresa la enfermedad. El estar despiertos y deambular causa mucho estrés y angustia en los familiares responsables de la protección del enfermo. De hecho, las alteraciones de sueño están entre los problemas queinizcan la necesidad de internar al paciente en una institución.

Algunos médicos tratan los problemas de sueño con medicamentos sedantes hipnóticos. Las benzodiacepinas en algunos casos son útiles para algunos pacientes, pero están indicados por períodos relativamente cortos; los ejemplos de estos fármacos son flurazepam, temazepam y

triazolam. La sedación durante el día y la alteración cognitiva además de la agitación paradójica en pacientes mayores, son de particular interés con estos medicamentos (Beers y Jones, 2004). También se prescribe sedante hipnótico no benzodiacepínico zolpidem, zaleplon y eszopiclone, y los antidepresores trazodona y mirtazapina. Aunque la sedación durante el día también puede ser un problema con estos medicamentos. No se deben utilizar barbitúricos en adultos mayores. Es probable que los problemas de sueño continúen, y la mayoría de los médicos prefieren emplear los medicamentos sólo para ayudar al enfermo en una situación estresante por corto tiempo. El levantarse a la misma hora de cada mañana; disminuir el sueño durante el día; participar en el ejercicio físico regular (pero no más de cuatro horas antes de ir a dormir); una nutrición apropiada; evitar el alcohol, cafeína y la nicotina; y retirarse a dormir a la misma hora todas las noches son comportamientos para enfrentar los problemas de sueño y que pueden eliminar el uso de pastillas para dormir, en particular en las primeras etapas de la demencia. Debido al enorme potencial de las reacciones adversas de los medicamentos en los adultos mayores, el tratamiento farmacológico de insomnio se debe considerar sólo después de que los intentos no farmacológicos han fallado.

RESUMEN

En este capítulo se examinaron varios trastornos que representan un interés creciente en salud pública. Los trastornos cognitivos incluyen delirio, demencia y trastornos amnésicos.

El delirio es un trastorno de la conciencia y un cambio en la cognición que se desarrolla con rapidez en un corto periodo. El grado de conciencia con frecuencia se ve afectado y la actividad psicomotora fluctúa entre movimientos agitados sin propósito y estado vegetativo semejante al estupor catatónico. Los síntomas del delirio por lo general empiezan de manera repentina y con frecuencia son reversibles y breves. El delirio puede ser causado por una condición médica general, intoxicación por sustancias o abstinencia, o por ingestión de un medicamento o toxina.

La demencia es un síndrome adquirido de alteración intelectual persistente con compromiso de la función en múltiples esferas de la actividad mental, como memoria, lenguaje, habilidades de visión y espaciales, aspectos emocionales o de personalidad y cognición. Los síntomas son insidiosos y se desarrollan con lentitud. En la mayoría de los enfermos, la demencia cursa de manera progresiva e irreversible. Puede ser causado por alteraciones genéticas, enfermedades cardiovasculares, infecciones, trastornos neurofisiológicos, y otras condiciones médicas generales.

Los trastornos amnésicos se caracterizan por una incapacidad de aprender nueva información a pesar de atención normal y una incapacidad de recordar la información aprendida con anterioridad. Los eventos pasados remotos se recuerdan con mayor facilidad que los recientes. El inicio de los síntomas puede ser agudo o insidioso, según el proceso que cause el trastorno amnésico. La duración y curso de la enfermedad puede ser muy variable, y también se relaciona con la extensión y gravedad de la causa.

La atención del paciente con un trastorno cognitivo se presenta en los seis pasos del proceso de enfermería. Los objetivos de atención para el paciente que experimenta un síndrome agudo están dirigidos a eliminar la etiología, promover la seguridad del paciente y regresar en lo posi-

ble a un mejor funcionamiento. Los objetivos de atención para el paciente que presenta un trastorno crónico y progresivo es ayudar a preservar la dignidad, promover la desaceleración de los síntomas, y maximizar las capacidades funcionales.

Las intervenciones de enfermería también se dirigen a ayudar a la familia del paciente o a las personas a su cuidado, para aprender sobre los trastornos cognitivos progresivos y crónicos. La información que se proporciona es sobre el proceso de la enfermedad, las expectativas de los cambios de comportamiento, los métodos para facilitar el cuidado, tanto emocional como físicamente, además de las exigencias ocasionadas por el proceso de la enfermedad que provocan el alejamiento de ellos.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

La Sra. G tiene 67 años de edad. Su médico la admitió para hospitalización con un diagnóstico de demencia de etiología desconocida. El esposo explica al personal de enfermería de admisión que su esposa está muy confundida y olvidadiza. El día anterior inició un fuego en la cocina cuando puso tocino a freír y se le olvidó apagar la estufa. También mencionó que algunas veces parece estar bien, y otras está completamente desorientada.

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas.

1. Debido a que la etiología de los síntomas de la Sra. G es desconocida, el médico intenta aplicar la regla de descartar la posibilidad de que exista una condición reversible. Un ejemplo de una forma tratable (reversible) de la demencia es la causada por alguna de las siguientes enfermedades:
 - a. Esclerosis múltiple.
 - b. Pequeños y múltiples infartos cerebrales.
 - c. Desequilibrio de electrólitos.
 - d. Enfermedad por VIH.
2. El médico descarta todos los factores etiológicos y diagnostica a la Sra. G con demencia del tipo Alzheimer. La causa de este trastorno es el siguiente:
 - a. Pequeños y múltiples infartos cerebrales.
 - b. Abuso crónico de alcohol.
 - c. Abscesos cerebrales.
 - d. Desconocida.
3. La intervención *primaria* de enfermería para trabajar con la Sra. G es la siguiente:
 - a. Asegurarse de que reciba la comida que le gusta, para evitar que tenga hambre.
 - b. Cerciorarse de que el ambiente es seguro para evitar que se lastime.
 - c. Asegurarse de que conozca a otros pacientes, para prevenir el aislamiento social.
 - d. Asegurarse de que realice sus tareas diarias para evitar la dependencia.
4. Algunos medicamentos se indican para disminuir la agitación, violencia y pensamientos raros relacionados con la demencia. De los siguientes medicamentos ¿cuál es el fármaco que se sugiere para este caso?
 - a. Haloperidol.
 - b. Tacrina.
 - c. Ergoloide
 - d. Diazepam.
5. La Sra. G le dice al personal de enfermería: “Tengo una cita esta noche. Siempre tengo una cita para Navidad.” ¿Cuál de las siguientes es la respuesta más apropiada?
 - a. “No sea tonta. No es Navidad, Sra. G.”
 - b. “Hoy es martes, 21 de octubre, Sra. G. Pronto vamos a cenar, y después vendrá su hija a visitarla.”
 - c. “¿Con quién es su cita Sra. G?”
 - d. “Creo que necesita más medicamento Sra. G. Voy a traerlo ahora.”
6. Además de las alteraciones en la cognición y en la orientación, la Sra. G también puede mostrar cambios en su:
 - a. Audición, lenguaje y visión.
 - b. Energía, creatividad y coordinación.
 - c. Personalidad, lenguaje y movilidad.
 - d. Apetito, afecto y actitud.

7. La Sra. G tiene problemas para dormir y deambula durante la noche. ¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería sería la *mejor* para promover el sueño en la Sra. G?
- Pida al médico que le prescriba flurazepam.
 - Asegúrese de que duerma una siesta en la tarde para que no esté cansada al ir a dormir en la noche.
 - Prepare una taza de té con miel antes de ir a dormir.
 - Asegúrese de que haga ejercicio con regularidad durante el día.
8. La hija de la Sra. G le dice al personal de enfermería: “Leí un artículo sobre la enfermedad de Alzheimer y dice que es hereditaria. ¿Eso significa que la tendré cuando envejezca?” La enfermera basa su respuesta en el conocimiento de que los siguientes factores no están asociados con aumentos en la incidencia de DTA?
- Múltiples infartos pequeños.
 - Historia familiar de enfermedad de Alzheimer.
 - Traumatismo en la cabeza.
 - Edad avanzada.
9. El médico determina que la demencia de la Sra. G está relacionada con enfermedad cardiovascular y cambia su diagnóstico a demencia vascular. En la explicación de este trastorno a la familia, ¿cuál de las siguientes declaraciones del personal de enfermería es correcta?
- “Es probable que viva más tiempo que si tuviera demencia de tipo Alzheimer.”
 - “La demencia vascular muestra un progreso pausado. Esa es la razón por la que en ocasiones parece estar bien.”
 - “La demencia vascular es causada por placas y madejas que se forman en su cerebro.”
 - “La causa de la demencia vascular se desconoce.”
10. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es la más apropiada para ayudar a la Sra. G con sus tareas diarias?
- Realizar las actividades mientras está en el hospital.
 - Proporcionarle una lista de las actividades que se espera que realice.
 - Decirle que si en la mañana no ha terminado sus tareas matutinas, una enfermera lo hará por ella mientras asiste a la terapia de grupo.
 - Alentarla para que realice sus tareas y darle tiempo suficiente para que haga tantas actividades como sea posible de manera independiente.

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

Joe, un contador de 62 años de edad, empezó a tener problemas para recordar detalles necesarios para realizar su trabajo. También ha tenido problemas en casa, no lleva su estado financiero correctamente y olvida pagar sus cuentas. Se ha vuelto difícil para él funcionar en el trabajo, y fue forzado a retirarse. El deterioro cognitivo continuó y empezaron los problemas de comportamiento. Empezó a ser testarudo, verbal y físicamente abusivo, y sospecha de todos a su alrededor. Su esposa y su hijo lo convencieron de ver a un médico, quien recomendó que fuera hospitalizado para examinarlo.

En la evaluación de Joe, estaba completamente alerta y cooperativo, pero ansioso y nervioso. Pensaba que estaba en la oficina y no podía decir qué año era. Tampoco podía decir los nombres de parientes y hermanos, ni el del actual presidente

de Estados Unidos. No podía realizar cálculos aritméticos sencillos, escribir una oración correcta o copiar un dibujo. Interpretaba los proverbios de manera literal y tenía dificultad para establecer semejanzas entre objetos relacionados.

Los estudios de laboratorio no mostraron anomalías, pero la tomografía computarizada presentó atrofia cortical importante. El diagnóstico del médico fue demencia del tipo de Alzheimer, de inicio temprano.

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Joe:

- Identifique los datos de valoración pertinentes de los cuales parte la atención de enfermería.
- ¿Cuál es el diagnóstico primario de enfermería para Joe?
- ¿Qué resultados se identifican?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Yaffe, K., Barnes D., Nevitt, M., Lui, L. y Covinsky, K. Un estudio prospectivo de actividad física y deterioro cognitivo en mujeres mayores: Mujeres que caminan. *Archives of Internal Medicine* (2001, julio 23), 161(14), 1703–1708.

Descripción del Estudio: Se incluyeron 5 925 mujeres blancas principalmente, de 65 años de edad en adelante, que habían completado un promedio de educación de 13 años. Ninguna presentaba alteraciones cognitivas o limitaciones físicas. El rendimiento cognitivo se midió utilizando un *Mini-Mental State Examination* (mini-examen de estado mental) al inicio y seis y ocho años más tarde. Se midió la actividad física por informes propios de las calles que caminaban a la semana y el total de kilocalorías que gastaban a la semana en recreación, calles caminadas y escaleras subidas. El deterioro cognitivo se definió como tres puntos de disminución o más en el mini-examen.

Resultado del Estudio: Las participantes se dividieron en cuartiles (distritos) según la actividad física (el número prome-

dio de calles caminadas por semana variaron de 7 a 175 por cuartil). A continuación y después de un ajuste por edad, concentración de educación, condiciones comórbidas, de fumadoras, uso de estrógenos y limitaciones funcionales, la función cognitiva había declinado significativamente menos entre las mujeres con mayor actividad física comparadas con las de menor actividad. Por cada 1 700 kcal/semana gastadas en actividad física, había 14% de disminución en condiciones desfavorables por deterioro cognitivo.

Implicaciones para la Práctica de Enfermería: Varios estudios han sugerido que la actividad física se relaciona de manera positiva con la función cognitiva en adultos mayores. Este estudio apoya esta hipótesis, los hallazgos de este estudio sugieren la importancia de los programas de ejercicio para ayudar a los adultos mayores. Es importante que el personal de enfermería edue a sus pacientes mayores sobre la importancia de permanecer activos. También debe participar en la planeación y desarrollo del ejercicio, actividades recreativas y tiempo de ocio para los adultos mayores.

REFRENCIAS

- Alzheimer's Association. (2006). *Fact sheet: About memantine*. Retrieved March 6, 2007 from Alzheimer's Association. <http://www.alz.org/>
- Alzheimer's Association. (2007). *Stages of Alzheimer's disease*. Retrieved February 13, 2007 from <http://www.alz.org/>
- Alzheimer's Disease Education & Referral Center [ADEAR]. (2006). *Unraveling the Mystery*. Retrieved March 6, 2007 from <http://www.nia.nih.gov>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). *Text revision*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N.C., & Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arvanitakis, Z. (2000). *Dementia and vascular disease*. Duval County Medical Society. Retrieved March 5, 2007 from <http://www.dcmsonline.org/jax-medicine/2000journals/February2000/vascdement.htm>
- Black, S.E. (2005). Vascular dementia: Stroke risk and sequelae define therapeutic approaches. *Postgraduate Medicine*, 117(1). Retrieved March 6, 2007 from http://www.postgradmed.com/issues/2005/01_05/black.htm
- Beers, M.H., & Jones, T.V. (Eds.). (2004). Drugs and aging. *The Merck manual of health and aging*. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories.
- Bourgeois, J.A., Seaman, J.S., & Servis, M.E. (2003). Delirium, dementia, and amnestic disorders. In R.E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Castiglioni, A. (2003). Update: Memory loss and dementia. University of Alabama School of Medicine, Division of Continuing Medical Education. Retrieved March 6, 2007 from <http://www-cme.erap.uab.edu/onlineCourses/dementia/ID0176.html>
- Cummings, J.L., Frank, J.C., Cherry, D., Kohatsu, N.D., Kemp, B., Hewett, L., & Mittman, B. (2002). Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. *American Family Physician*, 65(12), 2525–2534.
- Cummings, J.L., & Mega, M.S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- DeMartinis, J.E. (2005). Management of clients with hypertensive disorders. In J.M. Black & J.H. Hawks (Eds.), *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Eisendrath, S.J., & Lichtmacher, J.E. (2005). Psychiatric disorders. In L.M. Tierney, S.J. McPhee, & M.A. Papadakis (Eds.), *Current medical diagnosis and treatment*. New York: McGraw-Hill.
- Foroud, T., Gray, J., Ivashina, J., & Conneally, P.M. (1999). Differences in duration of Huntington's disease based on age at onset. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 66, 52–56.
- Herbert, L.E., Scherr, P.A., Bienias, J.L., Bennett, D.A., & Evans, D.A. (2003). Alzheimer's disease in the U.S. population: Prevalence estimates using the 2000 census. *Archives of Neurology*, 60(8), 1119–1122.
- Langa, K.M., Foster, N.L., & Larson, E.B. (2004). Mixed dementia: Emerging concepts and therapeutic implications. *Journal of the American Medical Association*, 292(23), 2901–2908.
- Laraia, M.T. (2004, January/February). Memantine: First NMDA Receptor antagonist approved for the Treatment of Moderate to Severe Alzheimer's disease. *APNA News* 16(1), 12–13.
- Lott, I.T., & Head, E. (2005). Alzheimer disease and Down syndrome: Factors in pathogenesis. *Neurobiology of Aging*, 26(3), 383–389.
- Lyketsos, C.G., DelCampo, L., Steinberg, M., Miles, Q., Steele, C.D., Munro, C., Baker, A.S., Sheppard, J.E., Frangakis, C., Brandt, J., & Rabins, P.V. (2003). Treating depression in Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 737–746.
- McArthur, J. (2004). The Geneva Report: Update on neurology: HIV-associated dementia. Retrieved March 6, 2007 from http://www.hopkins-aids.edu/geneva/hilites_mcar_dem.html
- Munoz, D.G., & Feldman, H. (2000). Causes of Alzheimer's disease. *Canadian Medical Association Journal*, 162(1), 65–72.
- National Institute on Aging [NIA]. (2005). *Progress Report on Alzheimer's Disease 2004–2005*. Washington, DC: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

- National Institute on Aging [NIA]. (2007). *Understanding stages and symptoms of Alzheimer's disease*. Retrieved February 13, 2007 from the World Wide Web at <http://www.nia.nih.gov/>
- Newman, P.E. (2000). Alzheimer's disease revisited. *Medical Hypotheses*, 54(5), 774–776.
- Poduslo, S.E., & Yin, X. (2001). A new locus on chromosome 19 linked with late-onset Alzheimer's disease. *Clinical Neuroscience and Neuropathology*, 12(17), 3759–3761.
- Rabins, P., Bland, W., Bright-Long, L., Cohen, E., Katz, I., Rovner, B., Schneider, L., & Blacker, D. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2006*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., Schmitt, F., Ferris, S., & Mobius, H.J. (2003). Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 348, 1333–1341.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saunders, A.M. (2001). Gene identification in Alzheimer's disease. *Pharmacogenomics*, 2(3), 239–249.
- Stanley, M., Blair, K.A., & Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing: Promoting successful aging with older adults* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Tariot, P.N., Farlow, M.R., Grossberg, G.T., Graham, S.M., McDonald, S., & Gergel, I. (2004). Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 317–324.
- Trzepacz, P., Breitbart, W., Franklin, J., Levenson, J., Martini, D.R., & Wang, P. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2006*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- van Dyck, C.H., Newhouse, P., Falk, W.E., & Mattes, J.A. (2000). Extended-release physostigmine in Alzheimer's disease: A multicenter, double-blind, 12-week study with dose enrichment. *Archives of General Psychiatry* 57(2), 157–164.
- Wise, M.G., Gray, K.F., & Seltzer, B. (1999). Delirium, dementia, and amnestic disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Essentials of clinical psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.



REFERENCIAS DE INTERNET

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de la enfermedad de Alzheimer en:

- <http://www.alz.org>
- <http://www.alzheimers.org/index.html>
- <http://www.ninds.nih.gov/disorders/alzheimersdisease/alzheimersdisease.htm>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de cuidados en:

- <http://www.aarp.org>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca del tratamiento médico de la enfermedad de Alzheimer en:

- <http://www.fadavis.com/townsend>
- <http://www.nimh.nih.gov/publicat/medicate.cfm>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html>

14

CAPÍTULO

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

CLASES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

IMPLICACIONES ETIOLÓGICAS

DINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

Alcohólicos Anónimos
disulfiram (Antabuse)
opioides
anfetaminas

diagnóstico dual
fenciclidina
ascitis
varices esofágicas

terapia de sustitución
cannabis
encefalopatía hepática
encefalopatía de Wernicke

CONCEPTOS CENTRALES

abuso
abstinencia

dependencia

intoxicación

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *abuso, dependencia, intoxicación* y *abstinencia*.
2. Discutir las implicaciones etiológicas de los trastornos relacionados con sustancias.
3. Identificar la sintomatología y utilizar la información en la valoración de los pacientes con varios trastornos por el uso de sustancias y trastornos inducidos por éstas.
4. Identificar diagnósticos de enfermería comunes para los pacientes con trastornos por uso de sustancias y seleccionar intervenciones de enfermería apropiadas para cada uno.
5. Identificar temas importantes para enseñarles a los pacientes y los familiares trastornos inducidos por sustancias.

6. Describir criterios de resultados relevantes para la evaluación de la atención de enfermería por uso de sustancias y trastornos inducidos por éstas.

7. Describir características importantes del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos relacionados con sustancias se componen de dos grupos: por uso de sustancias (dependencia y abuso) e inducidos por éstas (intoxicación, abstinencia, delirio, demencia, amnesia, psicosis, alteraciones de ánimo, trastorno de ansiedad, disfunción sexual y alteraciones del sueño). Este capítulo discute la dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia. Los trastornos inducidos también se tratan en los capítulos que comparten la sintomatología (p. ej., trastornos de ánimo inducidos por sustancias en el capítulo 16).

Las sustancias son una parte preponderante de la sociedad. Algunas alteran el ánimo y son aceptadas porque se utilizan con moderación por muchos adultos estadounidenses, éstas son el alcohol, cafeína y nicotina. La sociedad ha desarrollado una indiferencia relativa al abuso ocasional de éstas, a pesar de que existe suficiente información referente al impacto negativo sobre la salud.

Se produce una gran variedad de sustancias para propósitos medicinales, las cuales incluyen estimulantes del sistema nervioso central (SNC) (p. ej., **anfetaminas**), depresores del SNC (sedantes, tranquilizantes), así como numerosas preparaciones de mostrador formuladas para aliviar cualquier malestar real o imaginario.

Algunas sustancias ilegales han alcanzado cierto grado de aceptación social en varios grupos subculturales. Éstas, como la marihuana y hachís, no son menos dañinas y todavía se estudian los efectos a largo plazo. Los efectos perjudiciales de otras sustancias ilegales (p. ej., dietilamida de ácido lisérgico [LSD], **fenciclidina**, cocaína y heroína) son bien conocidos.

En este capítulo se analizan las manifestaciones físicas y de comportamiento, además de las consecuencias personales y sociales relacionadas con el abuso de o la dependencia del alcohol, otros depresores y estimulantes del SNC, **opioides**, alucinógenos y canabinoides. Existen variaciones culturales en las actitudes en relación al consumo de sustancias y los patrones de uso. Se observa una elevada prevalencia de uso de sustancias entre las edades de 18 a 24 años. Los trastornos relacionados con sustancias se diagnostican con más frecuencia en hombres que en mujeres, aunque la proporción de género varía con la clase de sustancia (*American Psychiatric Association* [APA], 2000).

La atención de enfermería para abuso de sustancias, dependencia, intoxicación y abstinencia se presenta en el contexto de seis pasos del proceso de enfermería, también se discuten varios tratamientos médicos y otras características de éstos.

TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) identifica el abuso de sustancias como el patrón de no adaptación que se manifiesta por consecuencias adversas recurrentes y significativas relacionadas con el uso de éstas. El abuso también se refiere a cualquier droga que ponga en riesgo la vida.

Criterios DSM-IV-TR para el Abuso de Sustancias

El abuso de sustancias está descrito como un patrón de no adaptación del uso de alguna droga que provoca alteraciones clínicas importantes o angustia, como se manifiesta por una (o más) de las siguientes situaciones en un período de 12 meses:

1. Uso recurrente de la droga, lo que provoca insuficiencias en el cumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela u hogar (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento deficiente en el trabajo; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela; negligencia en el cuidado de los niños o del hogar).
2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es peligroso (p. ej., conducir un automóvil u operar una máquina cuando se está alterado por el consumo).
3. Problemas legales (p. ej., arrestos por conducta desordenada por consumo).
4. Uso continuo de sustancias a pesar de los problemas persistentes interpersonales o sociales causados o exacerbados por los efectos de éstas (p. ej., discusiones con la pareja sobre las consecuencias de la intoxicación, peleas físicas).

Concepto Central

Abuso

El uso erróneo o en forma perjudicial. Tratamiento inadecuado o conducta que puede causar lesiones.

Dependencia de Sustancia

Dependencia Física

La dependencia física de una sustancia es evidente por una serie de síntomas cognitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa con el uso de ésta a pesar de los problemas relacionados (APA, 2000). Conforme se desarrolla la condición, la administración repetida necesita del uso continuo para prevenir la manifestación de los efectos desagradables del síndrome de abstinencia. El desarrollo de la dependencia física se promueve por el fenómeno de *tolerancia*, que se define como la necesidad de aumentar en cantidad y frecuencia la dosis, con el fin de obtener los efectos deseados que se producían al inicio con una dosis menor.

Concepto Central

Dependencia

Un requerimiento compulsivo o crónico. La necesidad es tan fuerte como para generar angustia (ya sea física o fisiológica) si no se satisface.

Dependencia Psicológica

Una persona es considerada como dependiente psicológicamente de una sustancia cuando muestra un deseo abrumador por volver a consumir, en particular para producir placer o evitar incomodidad, puede ser tan intenso que provoca desear la sustancia como también el uso compulsivo.

Criterios DSM-IV-TR para la Dependencia de Sustancias

Se deben presentar por lo menos tres de las siguientes características para dar un diagnóstico de dependencia:

1. Evidencia de tolerancia, que se define como sigue:
 - a. Necesidad marcada por aumentar las cantidades de la droga para intoxicarse u obtener los efectos deseados.
 - b. Efecto muy disminuido con el uso continuo de la misma cantidad.
2. Evidencia de síntomas de abstinencia, que se manifiesta con lo siguiente:
 - a. Síndrome característico de abstinencia.
 - b. Se utiliza la misma sustancia (o una muy semejante) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La droga se toma con frecuencia en grandes cantidades o por períodos más prolongados de lo que se pretende.
4. Existe un deseo persistente o se hacen esfuerzos sin éxito por evitar el consumo o controlarlo.
5. Se gasta mucho tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (p. ej., se visitan varios doctores o se viajan largas distancias), en utilizar la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro), o en recuperarse de sus efectos.
6. Se renuncia a actividades sociales, ocupacionales o re-creativas importantes por el consumo.
7. El uso de la droga es continuo a pesar del conocimiento de que causa problemas persistentes o recurrentes físicos o psicológicos, o que éstos se exacerbán (p. ej., el uso frecuente de cocaína a pesar de que induce depresión, o se continúa bebiendo a pesar de tener un problema de úlcera que empeora con el consumo de alcohol).

TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

Intoxicación por Sustancias

La intoxicación por sustancias se define como el desarrollo de un síndrome específico de una sustancia reversible causado por la ingestión reciente de (o exposición a) una sustancia (APA, 2000). Los cambios de comportamiento se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia en el SNC y se desarrollan durante o poco después del consumo. Esta categoría no se aplica a la nicotina.

Criterios DSM-IV-TR para Intoxicación por Sustancias

1. El desarrollo de un síndrome reversible específico de una sustancia causado por la ingestión reciente de (o la exposición a) una sustancia.

NOTA: Diferentes sustancias pueden producir síndromes similares o idénticos.

2. Comportamiento de no adaptación clínicamente significativo o cambios psicológicos que se deben al efecto de la sustancia en el SNC (p. ej., beligerancia, cambios

Concepto Central

Intoxicación

Un estado físico y mental de frenesí hilarante y emocional o letargo y estupor.

Concepto Central

Abstinencia

El reajuste fisiológico y mental que acompaña a la discontinuidad del uso de una sustancia adictiva.

de ánimo, alteración cognitiva, de juicio o del funcionamiento social u ocupacional) y el desarrollo durante o después del uso.

3. Los síntomas no se deben a ninguna condición médica general y no se explican por ningún otro trastorno mental.

Abstinencia

La abstinencia es el desarrollo de un cambio específico en el comportamiento de no adaptación de una sustancia, con concomitantes fisiológicas o cognitivas, que se deben a la suspensión o reducción del consumo de ésta, usada de manera intensa o por largos períodos (APA, 2000). Por lo general la abstinencia se relaciona con dependencia, aunque no en todos los casos.

Criterios DSM-IV-TR para Abstinencia de Sustancias

1. Desarrollo de un síndrome específico de sustancia causado por la suspensión (o reducción) del consumo prolongado e intenso.
2. Síndrome causa angustia clínica importante o altera el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes.
3. Los síntomas no son causados por una condición médica general y tampoco se explican por otro trastorno mental.

CLASES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las siguientes 11 clases de sustancias psicoactivas se relacionan con los trastornos por uso de sustancias o inducidos por éstas:

1. Alcohol
2. Anfetaminas y sustancias relacionadas
3. Cafeína
4. Cannabis
5. Cocaína

6. Alucinógenos
7. Inhalantes
8. Nicotina
9. Opioideos
10. Fenciclidina (PCP) y sustancias relacionadas
11. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

IMPLICACIONES ETIOLÓGICAS

Se relacionan algunos factores en la predisposición para el abuso. En la actualidad no existe una sola teoría que explique la etiología de este problema, y no hay duda de que la interacción de varios elementos forma un complejo que influye para que una persona abuse de sustancias.

Factores Biológicos

Genéticos

En apariencia existe un factor hereditario en el desarrollo de trastornos de uso de sustancias. Lo que es muy evidente con el alcoholismo, y menos con otras sustancias. Los hijos de alcohólicos son tres veces más propensos a depender del alcohol que los niños de padres no alcohólicos (*Harvard Medical School*, 2001). Los estudios con monocigotos y dicigotos apoyan esta hipótesis; los gemelos monocigotos (de un ovocito, genéticamente idénticos) presentan un índice más elevado que concuerda con el alcoholismo que los gemelos dicigotos (dos ovocitos, genéticamente no idénticos) (Sadock y Sadock, 2003). Otros estudios demuestran que los hijos biológicos de padres alcohólicos tienen una incidencia mayor de alcoholismo que los niños de padres no alcohólicos; aunque los niños sean criados por los padres biológicos o sustitutos (Knowles, 2003).

Bioquímicos

Una segunda hipótesis biológica se relaciona con la posibilidad de que el alcohol puede producir sustancias semejantes a la morfina en el cerebro que son responsables de la adicción. Estas sustancias se forman por la reacción de aminas biológicamente activas (p. ej., dopamina, serotonina) con productos del metabolismo del alcohol, como el acetaldehído (Jamal y cols., 2003). Los ejemplos de estas sustancias semejantes a la morfina incluyen la tetrahidropapaverolina y el salsolinol. Algunas pruebas con animales muestran que la inyección de estas sustancias ocasiona patrones de la adicción al alcohol que con anterioridad evitaron soluciones de alcohol muy diluidas (*Behavioral Neuroscience Laboratory*, 2002).

Factores Psicológicos

Influencias de Desarrollo

El acercamiento psicodinámico a la etiología del abuso de sustancias se enfoca en un superyó punitivo y la fijación de la etapa oral del desarrollo psicosexual (Sadock y Sadock, 2003). El individuo con superyó punitivo utiliza el alcohol para disminuir la ansiedad inconsciente. Sadock y Sadock (2003) establecen que “la ansiedad en las personas que se quedaron en la etapa oral puede reducirse consumiendo sustancias como el alcohol por la boca”. El alcohol también sirve para aumentar la sensación de poder y la autovalía en estos individuos.

Factores de Personalidad

Se piensa que ciertas características de personalidad aumentan la tendencia al comportamiento adictivo. Algunos clínicos creen que la baja autoestima, depresión frecuente, pasividad, incapacidad para relajarse o diferir la gratificación, y la imposibilidad para comunicarse de manera eficiente es común en las personas que abusan de las drogas. Estas características no se pueden llamar *predictivas* del comportamiento adictivo, de hecho por razones que no se entienden por completo, estas características se observan en muchos casos de adicción.

El abuso de sustancias también se relaciona con personalidad antisocial y estilos de respuesta depresivos. Esto puede explicarse por la incapacidad del individuo con personalidad antisocial para anticipar las consecuencias de rechazo de su comportamiento. Parece un esfuerzo por parte de la persona deprimida para tratar los síntomas de incomodidad relacionada con la disforia. Al obtener alivio se proporciona el reforzamiento positivo para continuar con el consumo de drogas.

Factores Socioculturales

Aprendizaje Social

Los efectos de los modelos, imitación e identificación en el comportamiento se pueden observar desde la niñez en adelante. En relación al consumo de drogas, la familia parece ser un factor importante de influencia. Varios estudios han demostrado que los niños y adolescentes son más propensos al uso de sustancias si los padres les han dado el ejemplo. Los padres con frecuencia ejercen gran influencia en la vida de un niño o adolescente, quien ha sido alentado a utilizar sustancias por primera vez. El modelo puede continuar como factor en el uso de drogas una vez que el individuo entra a la fuerza de trabajo. Esto es cierto, en particular en los escenarios de trabajo en los que se tiene

mucho tiempo libre con los compañeros y donde beber se valora y se utiliza para expresar la unión del grupo.

Condicionamiento

Otro importante factor de aprendizaje es el efecto de la sustancia misma. Muchas sustancias crean una experiencia placentera que anima a repetir a quien la usa. Las propiedades de reforzamiento son intrínsecas de las sustancias adictivas que “condicionan” al individuo a buscar una y otra vez la droga. El ambiente en el cual se toma la sustancia también contribuye al reforzamiento, es decir, si el ambiente es agradable, por lo general también aumenta el consumo. Se piensa que los estímulos adversos están relacionados con una disminución del consumo de la sustancia en ese ambiente.

Influencias Culturales y Étnicas

Los factores dentro de la cultura ayudan a establecer los patrones de uso de drogas por actitudes de modelo, que influyen en los patrones de consumo basados en la aceptación cultural, y determinan la disponibilidad de la sustancia. Por siglos, los franceses e italianos han considerado el vino como una parte esencial de los alimentos en familia, incluso para los niños. La incidencia de dependencia del alcohol es baja, y la intoxicación aguda por alcohol no es común. Sin embargo, la posibilidad de los efectos fisiológicos crónicos relacionados con el consumo de por vida no se pueden ignorar.

De manera histórica, ha existido una elevada incidencia de dependencia del alcohol en la cultura de los nativos estadounidenses. Los índices de mortalidad por alcoholismo entre los estadounidenses nativos son más de siete veces el promedio nacional (Greer, 2004). Los registros de la administración de veteranos muestra que 45% de los veteranos indios era dependiente del alcohol, o dos veces el índice de los veteranos no indios. Se han postulado varias razones para el abuso del alcohol entre los nativos estadounidenses: niños que reciben ejemplo de sus padres, desempleo y pobreza, y pérdida de la religión tradicional de los nativos estadounidenses que algunos creen que ha favorecido el mayor consumo de alcohol para llenar el vacío espiritual (Newhouse, 1999).

La incidencia de dependencia de alcohol es mayor entre los europeos del norte que los europeos del sur. Los finlandeses e irlandeses utilizan el consumo de alcohol para liberar la agresión, y se sabe que los “pub” ingleses son una atracción como sitios de reunión.

En cambio la incidencia de dependencia del alcohol entre los asiáticos es baja. Esto puede ser resultado de una posible intolerancia genética de la sustancia. Algunos asiá-

ticos cuando beben alcohol desarrollan síntomas desagradables, tales como enrojecimiento del rostro, dolor de cabeza, náusea y palpitaciones. Las investigaciones indican que esto es porque una variante de una isoenzima convierte con rapidez el alcohol en acetaldehído, pues la ausencia de esta isoenzima es necesaria para oxidar el acetaldehído. Esto provoca una acumulación rápida del acetaldehído, que produce los desagradables síntomas (Hanley, 2004).

DINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Abuso y Dependencia de Alcohol

Perfil de la Sustancia

El alcohol es una sustancia natural formada por la reacción de la fermentación del azúcar con esporas de levadura. Aunque existen muchos alcoholes, se sabe que el que se bebe es alcohol etílico, cuya fórmula química es C_2H_5OH . Su abreviatura, ETOH, es vista algunas veces en registros médicos y en otros documentos y publicaciones.

Por definición estricta, el alcohol se clasifica como un alimento porque contiene calorías; sin embargo, no tiene valor nutricional. Las diferentes bebidas alcohólicas son producidas utilizando otras fuentes de azúcar para el proceso de fermentación. Por ejemplo, la cerveza se hace de cebada de malta, el vino de uvas, el whisky de malta de granos y el ron de melaza. Las bebidas destiladas (whisky, scotch, gin, vodka y otros licores “duros”) derivan su nombre de la mayor concentración del alcohol por el proceso de destilación.

El contenido de alcohol varía según el tipo de bebida. Por ejemplo, casi todas las cervezas americanas contienen de 3 a 6% de alcohol, los vinos 10 a 20%, y las bebidas destiladas varían de 40 a 50%. El trago promedio, sin importar la bebida, contiene la misma cantidad de alcohol. Esto es, 12 onzas de cerveza, 3 a 5 onzas de vino, y un coctel con una onza de whisky contienen alrededor de 150 ml de alcohol. Si se consume a la misma velocidad, tienen el mismo efecto en el organismo.

El alcohol tiene un efecto depresor en el sistema nervioso central, lo que provoca cambios de ánimo y de comportamiento. Los efectos de éste en el SNC son proporcionales a la concentración de alcohol en la sangre. Casi todos los estados consideran legalmente que un individuo está intoxicado con una concentración de alcohol en sangre de 0.08 a 0.10%.

El organismo metaboliza 0.5 onzas de alcohol por hora, por lo que los cambios de comportamiento no se presentan en un individuo que consume con lentitud sólo un tra-

go por hora. Otros factores que influyen en estos efectos es la talla de la persona y si el estómago tiene alimento o no. Se piensa que el alcohol tiene efecto más profundo cuando una persona está estresada o fatigada (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* [NIAAA], 2000).

Aspectos Históricos

El uso de alcohol se puede rastrear hasta la era neolítica. Se sabe que la cerveza y el vino se han utilizado desde el año 6400 a.C. Aunque el alcohol tiene poco valor terapéutico, con la introducción de la destilación por los árabes en la Edad Media, los alquimistas creían que éste era la respuesta para todos sus males. La palabra “whisky”, significa “agua de vida”, es bien conocida.

En América, los nativos estadounidenses beben cerveza y vino desde antes de la llegada de los primeros visitantes blancos. El refinamiento del proceso de la destilación hace que las bebidas con elevado contenido de alcohol estén disponibles. A principios del año 1800, un reconocido médico de la época, Benjamin Rush, comenzó a identificar el excesivo y crónico consumo de alcohol como una enfermedad y una adicción. Las estrictas normas religiosas en las cuales el país se encontraba pronto llevaron a la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas; a mediados del siglo XIX, 13 estados establecieron leyes de prohibición. La prohibición más notable fue en Estados Unidos desde 1920 hasta 1933. Las restricciones obligatorias en los hábitos nacionales sociales dieron como resultado la creación de los mercados clandestinos rentables que favorecieron los negocios criminales. De hecho, se perdieron millones de dólares en ingresos federales, estatales y locales por impuestos y tasas de importación en alcohol. Es difícil medir en la actualidad el valor de esta pérdida económica contra la devastación humana y social que se dio como resultado del abuso del alcohol en Estados Unidos.

Patrones de Uso y Abuso

Alrededor de la mitad de estadounidenses de 12 años de edad y mayores informan ser bebedores frecuentes (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2006). De estos individuos, cerca de una cuarta parte son bebedores de “juerga” o diversión.

¿Por qué beben las personas? Los patrones para beber en Estados Unidos muestran que la gente utiliza bebidas alcohólicas para mejorar el sabor de la comida; en reuniones sociales para facilitar la relajación y la convivencia entre los invitados; y para promover un sentimiento de celebración en ocasiones especiales como bodas, cumpleaños y aniversarios. Una bebida alcohólica (vino) tam-

bien se utiliza como parte de rituales sagrados en algunas ceremonias religiosas. De manera terapéutica, el alcohol es el principal ingrediente en muchos medicamentos de mostrador que se preparan en forma concentrada. Por lo tanto, éste puede ser inocuo y disfrutable —algunas veces incluso benéfico— si se utiliza con responsabilidad y moderación. Como cualquier droga que altera la mente, el alcohol tiene potencial para el abuso. De hecho, en la actualidad es la sustancia más utilizada en Estados Unidos. El *National Council on Alcoholism and Drug Dependence* (2005) informa lo siguiente:

El alcoholismo es la tercera causa de muerte prevenible en Estados Unidos. Como problema número uno de la nación, la adicción limita el sistema de atención a la salud, la economía, daña la vida familiar y amenaza la seguridad pública. Un cuarto de todas las admisiones en urgencias, un tercio de todos los homicidios y los incidentes de violencia doméstica se relacionan con el alcohol. Beber en exceso contribuye a la enfermedad en cada una de las tres causas de muerte: enfermedad cardiaca, cáncer y apoplejía. Casi la mitad de todos los accidentes automovilísticos también se relacionan con el uso del alcohol. El síndrome de alcohol fetal es una causa conocida de retraso mental.

Jellinek (1952) señala cuatro fases de progreso del alcoholismo. Se espera cierta variabilidad entre los individuos en este modelo.

Fase I. Prealcohólica

Esta fase se caracteriza por el uso de alcohol para aliviar el estrés diario y las tensiones de la vida. Como un niño, el individuo puede observar a sus padres u otros adultos que beben alcohol y disfrutan de sus efectos. El niño aprende que el consumo de éste es un método aceptable para enfrentar el estrés. Desarrolla tolerancia y la cantidad requerida para alcanzar el efecto deseado que aumenta de manera consistente.

Fase II. Temprana

Esta fase empieza con interrupciones en la memoria —breves períodos de amnesia que se presentan durante o poco después del periodo de beber. El alcohol deja de ser una fuente de placer o de alivio para el individuo, sino que es una droga *requerida*. Los comportamientos comunes incluyen esconder bebidas o beber en secreto, preocupación por beber y permanecer abastecidos de alcohol, beber tragos rápidos, y más interrupciones en la memoria. El individuo siente mucha culpa y se pone a la defensiva por beber. El uso excesivo de la negación y racionalización es evidente.

Fase III. Crucial

En esta fase el individuo ya no tiene control, y la dependencia fisiológica es muy evidente. Esta pérdida de control se describe como incapacidad para elegir entre beber y no hacerlo. El beber alcohol en fiestas que duran desde unas horas hasta varias semanas es común; estos episodios se caracterizan por malestares, pérdida de la conciencia, desaliño y degradación. En esta fase, la persona ya está muy enferma. El enojo y la agresión son manifestaciones frecuentes. La bebida es el único interés, y la persona se arriesga a perder todo lo que es importante para mantener su adicción. Además en esta fase se pierde el empleo, matrimonio, familia, amigos y en especial el autorrespeto.

Fase IV. Crónica

Esta fase se caracteriza por la desintegración emocional y física. El individuo en general está intoxicado más que sobrio; la desintegración emocional es evidente por la profunda indefensión y autocompasión. En la prueba de realidad las alteraciones pueden llegar a psicosis; son evidentes las manifestaciones físicas contra cualquier sistema del cuerpo que pueden ser mortales. La abstención de alcohol resulta en un síndrome aterrador de síntomas que incluyen alucinaciones, temblores, convulsiones, agitación grave y pánico. La depresión y las ideas de suicidio son frecuentes.

Efectos en el Organismo

El alcohol puede inducir depresión reversible, no selectiva del SNC. El 20% de alcohol se absorbe de manera directa en el torrente sanguíneo por la pared del estómago, a diferencia de otros “alimentos” no tiene que ser digerido. La sangre lo lleva directo al cerebro donde actúa en las áreas de control de éste, disminuyendo o deprimiendo la actividad del mismo. El otro 80% es procesado más despacio en el intestino superior y pasa al torrente sanguíneo. Al poco tiempo de haber sido ingerido se encuentra en todos los tejidos, órganos y secreciones del organismo. La velocidad de absorción está influenciada por varios factores; por ejemplo, se retrasa cuando la bebida se sorbe, en lugar de beberla a tragos; cuando el estómago tiene alimento y cuando la bebida es vino o cerveza, en lugar de bebidas destiladas.

En dosis bajas, el alcohol produce relajación, pérdida de las inhibiciones, falta de concentración, somnolencia, lenguaje confuso y sueño.

El abuso crónico ocasiona alteraciones fisiológicas de varios sistemas. Estas complicaciones incluyen (pero no se limitan a) las que se describen en las siguientes secciones.

Neuropatía Periférica

La neuropatía periférica, caracterizada por daño de los nervios periféricos, ocasiona dolor, ardor, temblores o sensaciones de escozor de las extremidades. Los investigadores piensan que es el resultado directo de deficiencia de vitamina B, en particular la tiamina. Las deficiencias nutricionales son comunes en los alcohólicos crónicos, debido a la insuficiente ingestión de nutrientes, al igual que el efecto tóxico de alcohol que no se absorbe. El proceso es reversible con la abstinencia y restauración de las deficiencias nutricionales. Por otra parte, se puede presentar desgaste muscular y parálisis.

Miopatía Alcohólica

La miopatía alcohólica es una condición aguda o crónica. En la aguda, el individuo experimenta dolor muscular repentino, hinchazón y debilidad; la orina tiene un tinte rojizo causado por la mioglobina, resultado de la degradación del músculo excretado en la orina; y elevación rápida de enzimas musculares en la sangre (Barclay, 2005). Los síntomas musculares son generalizados, pero el dolor y la inflamación afectan de manera selectiva las pantorrillas u otros músculos. Los estudios de laboratorio muestran elevaciones de las enzimas fosfocinasa de creatina (CPK), deshidrogenasa de lactato (LDH), aldolasa y aminotransferasa de aspartato (AST). Los síntomas de la miopatía alcohólica crónica incluyen un desgaste gradual y debilidad en los músculos esqueléticos. El dolor y la flacidez o las enzimas musculares elevadas que se observan en la miopatía aguda son evidentes en la condición crónica.

Se piensa que la miopatía alcohólica es el resultado de la deficiencia de vitamina B que contribuye a la neuropatía periférica. Se observa mejoría con abstinencia y el reinicio de una dieta nutritiva con suplementos vitamínicos.

Encefalopatía de Wernicke

La **encefalopatía de Wernicke** representa la forma más grave de deficiencia de tiamina en alcohólicos. Los síntomas incluyen parálisis de los músculos oculares, diplopía, ataxia, somnolencia y estupor. Si no se trata con rapidez con tiamina como remplazo, se presenta la muerte.

Psicosis de Korsakoff

Este tipo de parálisis se identifica por un síndrome de confusión, pérdida de la memoria reciente y confabulación en los alcohólicos; es frecuente en los pacientes que se recuperan de la encefalopatía de Wernicke. En Estados

Unidos, por lo general los dos trastornos se consideran juntos y se conocen como *síndrome Wernicke-Korsakoff*. El tratamiento es remplazo con tiamina parenteral u oral.

Cardiomiopatía Alcohólica

El efecto de alcohol en el corazón es una acumulación de lípidos en las células miocárdicas, lo que ocasiona agrandamiento y debilidad. Los hallazgos clínicos de la cardiomiopatía por alcohol en general se relacionan con insuficiencia cardiaca congestiva o arritmia. Los síntomas incluyen disminución de la tolerancia al ejercicio, taquicardia, disnea, edema, palpitaciones y tos no productiva. Los estudios de laboratorio pueden mostrar elevación de las enzimas CPK, AST, ALT y LDH. Los cambios se observan en electrocardiograma (ECG), y la insuficiencia cardiaca congestiva puede hacerse evidente en las radiografías de tórax (Tazbir y Keresztes, 2005).

El tratamiento para cardiomiopatía es la abstinencia total permanente y para insuficiencia cardiaca congestiva, descanso, oxígeno, digitalización, restricción de sodio y diuréticos.

El pronóstico es alejado si se trata en las primeras etapas.

El índice de mortalidad es elevado para las personas con sintomatología avanzada.

Esofagitis

La esofagitis —inflamación y dolor en el esófago— se presenta por los efectos tóxicos de alcohol en la mucosa esofágica. También por vómito frecuente.

Gastritis

Los efectos del alcohol en el estómago incluyen inflamación de la cubierta caracterizada por dolor epigástrico, náusea, vómito y distensión. El alcohol elimina la barrera mucosa que protege el estómago, lo que permite que el ácido clorhídrico erosione. El daño a los vasos sanguíneos puede provocar hemorragias.

Pancreatitis

Esta condición puede ser *aguda* o *crónica*. La pancreatitis aguda por lo general se presenta uno o dos días después de una fiesta con consumo excesivo de alcohol. Los síntomas incluyen dolor epigástrico grave y constante; náusea y vómito; y distensión abdominal. La condición crónica favorece la insuficiencia pancreática que resulta en esteatorrea, mala nutrición, pérdida de peso y diabetes mellitus.

Hepatitis Alcohólica

La hepatitis por alcohol es la inflamación del hígado causada por el consumo de alcohol por tiempo prolongado. Las manifestaciones clínicas incluyen agrandamiento y flacidez del hígado, náusea y vómito, letargo, anorexia, elevación del recuento de leucocitos, fiebre e ictericia. La **ascitis** y pérdida de peso pueden ser evidentes en casos graves. Con tratamiento —que incluye abstinencia estricta, nutrición adecuada y reposo— el individuo puede experimentar una recuperación completa. Los casos graves pueden causar cirrosis o **encefalopatía hepática**.

Cirrosis

En Estados Unidos, el abuso de alcohol es la primera causa de cirrosis (*Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 2005). La cirrosis es la etapa terminal de la enfermedad hepática por alcohol y resulta del abuso prolongado de éste. Se observa una destrucción amplia de las células hepáticas, que son remplazadas por tejido fibroso (cicatrices). Las manifestaciones clínicas incluyen náusea y vómito, anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal, ictericia, edema, anemia y anomalías en la coagulación de la sangre. El tratamiento incluye abstención, corrección de la mala nutrición, y atención de apoyo para prevenir complicaciones, éstas incluyen lo siguiente:

- **Hipertensión portal.** Elevación de la presión arterial en la circulación portal provocada por el flujo defectuoso de sangre en el hígado con cirrosis.
- **Ascitis.** Una excesiva cantidad de líquido seroso se acumula en la cavidad abdominal, que ocurre en respuesta a la hipertensión portal. La presión aumentada provoca salida de líquido de la superficie del hígado en la cavidad abdominal.
- **Varices esofágicas.** Las varices son venas en el esófago que se distienden debido al exceso de presión por el flujo defectuoso de sangre en el hígado cirrótico. Conforme aumenta la presión, estas venas se rompen, lo que provoca hemorragias y algunas veces la muerte.
- **Encefalopatía hepática.** Esta grave complicación se presenta en respuesta a la incapacidad del hígado enfermo para convertir el amoniaco en urea y ser excretada. El aumento continuo de amoniaco en el suero provoca de manera progresiva alteración en el funcionamiento mental, apatía, euforia o depresión, alteraciones en el sueño, mayor confusión, y progresa hasta el coma y por último la muerte. El tratamiento requiere abstención completa de alcohol, eliminación temporal de proteínas de la dieta y reducción del amoniaco intestinal utilizando neomicina o lactulosa (*National Library of Medicine*, 2007).

Leucopenia

La producción, función y movimiento de los leucocitos se altera en los alcohólicos crónicos. Esta condición llamada leucopenia, coloca al individuo en gran riesgo de contraer enfermedades infecciosas además de complicar la recuperación.

Trombocitopenia

La producción de plaquetas y la sobrevida se alteran como resultado de los efectos tóxicos del alcohol, lo que puede favorecer hemorragias. La abstinencia revierte con rapidez esta deficiencia.

Disfunción Sexual

El alcohol interfiere con la producción normal y el mantenimiento de las hormonas femeninas y masculinas (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* [NIAAA], 2005). Para las mujeres, esto puede significar cambios en los ciclos menstruales y pérdida para la capacidad de gestación. En los hombres, la reducción en las concentraciones hormonales ocasiona disminución de la libido, bajo rendimiento sexual y fertilidad alterada (NIAAA, 2005).

Intoxicación por Alcohol

Los síntomas de intoxicación por alcohol incluyen desinhibición de los impulsos sexuales y agresivos, cambios de ánimo, juicio alterado, variaciones en el funcionamiento social u ocupacional, lenguaje confuso, y enrojecimiento del rostro. La intoxicación, por lo general, se presenta cuando las concentraciones en la sangre están entre 100 y 200 mg/dl. La muerte se presenta cuando éstas van de 400 a 700 mg/dl.

Abstinencia de Alcohol

Entre las 4 y 12 horas de suspender o reducir la ingestión de alcohol después de un periodo prolongado e intenso (varios días o más), se presentan los siguientes síntomas: temblor evidente de las manos, lengua o párpados; náusea o vómito; malestar o debilidad; taquicardia; sudación; hipertensión; ansiedad; ánimo deprimido o irritabilidad; alucinaciones o ilusiones pasajeras; dolor de cabeza; e insomnio. Un síndrome de abstinencia complicado puede progresar a *delirio por abstinencia de alcohol*. El inicio del delirio por lo general se presenta al segundo o tercer día después de suspender o reducir el consumo. Los síntomas incluyen los descritos bajo el síndrome de delirio (capítulo 13).

Dependencia y Abuso de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos

Perfil de la Sustancia

Los sedantes hipnóticos son fármacos de diversas estructuras químicas que inducen varios grados de depresión del SNC, desde tranquilizar la ansiedad previa a la anestesia, coma e incluso la muerte. Se categorizan como (1) barbitúricos, (2) hipnóticos no barbitúricos, y (3) ansiolíticos. Los efectos producidos por estas sustancias dependen de la dosis y potencia del fármaco administrado.

En el cuadro 14-1 se presenta una lista de fármacos que se incluyen en estas categorías, los nombres genéricos son seguidos por los nombres comerciales entre paréntesis, y también se incluyen los nombres comunes.

Se identifican varios principios que aplican con exactitud de manera uniforme a todos los depresores del SNC:

- **Los efectos de los depresores del SNC son aditivos unos con otros y con el estado de comportamiento del consumidor.** Por ejemplo, cuando estos medicamentos se utilizan combinados entre sí o con alcohol, los efectos depresores se complican. Estos intensos efectos con frecuencia son impredecibles y pueden ser considerados mortales. De manera similar, una persona que está mentalmente deprimida o con fatiga física puede tener una respuesta exagerada a una dosis que

afectaría menos a una persona en estado normal o excitada.

- **Los depresores del SNC pueden producir dependencia fisiológica.** Si se administran dosis elevadas de manera repetida por tiempo prolongado, se presenta en la abstinencia un periodo de hiperexcitabilidad del SNC. La respuesta puede ser muy grave, incluso se llegan a presentar convulsiones y la muerte.
- **Los depresores pueden causar dependencia psicológica.** Estos medicamentos tienen el potencial de causar dependencia en el individuo por administración periódica o continua, para obtener un grado máximo de funcionamiento o sentimiento de bienestar.
- **Se puede presentar tolerancia cruzada o dependencia cruzada entre varios depresores del SNC.** La tolerancia cruzada se presenta cuando un fármaco provoca una respuesta menor que otra. La dependencia cruzada es una condición en la cual el medicamento puede prevenir los síntomas de abstinencia relacionados con la dependencia física de una sustancia diferente (Julien, 2005).

Aspectos Históricos

La ansiedad y el insomnio, dos de las más comunes afecciones del ser humano, se trataron durante el siglo xix con opióeos, sales de bromuro, hidrato de cloral, paraldehído y alcohol (*American Insomnia Association*, 2005; Julien,

CUADRO 14 – 1 Medicamentos Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos

Categorías	Nombres Genéricos (Nombres Comerciales)	Nombres Comunes o Callejeros
<i>Barbitúricos</i>	Pentobarbital (Nembutal) Secobarbital (Seconal) Amobarbital (Amytal) Secobarbital/amobarbital (Tuinal) Fenobarbital Butabarbital	Yellow jackets; yellow birds GBs; red birds; red devils Blue birds; blue angels Tooties; jelly beans
<i>Hipnóticos no barbitúricos</i>	Hidrato de cloral (Noctec) Triazolam (Alción) Flurazepam (Dalmane) Témazepam (Restoril) Quazepam (Doral)	Peter, Mickey Sleepers Sleepers Sleepers Sleepers
<i>Agentes ansiolíticos</i>	Diazepam (Valium) Clorodiazepóxido (Librium) Meprobamato (Miltown) Oxazepam (Serax) Alprazolam (Xanax) Lorazepam (Activan) Clorazepato (Tranxene) Flunitrazepam (Rohypnol)	Vs (el color indica la potencia) Green and whites; roaches Dolls; dollsies Candy, downers (las benzodiazepinas)
		Droga para violación; rufis, R – 2, rope, Valium mexicano

2005). Dado que se sabía que los opiáceos producen dependencia física, los bromuros presentaban el riesgo de sufrir envenenamiento, y el hidrato de cloral y el paraldehído eran objetables por el sabor y olor, el alcohol se convirtió en el medicamento depresor de elección. Sin embargo, algunas personas rechazaban el uso del alcohol por no gustarles el sabor o por razones morales. Por lo que se continuaron las investigaciones para encontrar un mejor sedante.

Aunque el ácido barbitúrico se sintetizó por primera vez en 1864, fue hasta 1912 que se introdujo el fenobarbital en la medicina como sedante, el primero del grupo clasificado por estructura de los llamados barbitúricos (Julien, 2005). Desde entonces, se han sintetizado más de 2 500 derivados, pero hasta hoy día, menos de una docena se continúan usando en la medicina. El uso ilícito de los fármacos para propósitos recreativos aumentó durante las décadas de 1930 y 1940.

Se aceleraron los esfuerzos para crear medicamentos depresores que no fueran derivados de los barbitúricos, a mediados de la década de 1950 el mercado de depresores se expandió con la aparición de las glutetimidas no barbitúricas, etclorvinol, metiprilon, y meprobamato. La introducción de las benzodiazepinas ocurrió alrededor de 1960 con la comercialización del clordiazepóxido, seguido poco después por su derivado diazepam. El uso de estos fármacos y otros de su grupo, creció con tanta rapidez que se convirtieron en algunos de los medicamentos más prescritos hasta la actualidad. El margen de seguridad es mayor que el de los barbitúricos y los no barbitúricos. Sin embargo, el uso prolongado, de incluso dosis moderadas, parece ocasionar dependencia física y psicológica, con el síndrome característico de abstinencia que puede ser grave.

Patrones de Uso y Abuso

Sadock y Sadock (2003) indican que alrededor de 15% de todas las personas en Estados Unidos han sido recibidas con benzodiazepinas. De todos los medicamentos utilizados en la práctica clínica, los sedantes-hipnóticos-ansiolíticos están entre los más prescritos. El *DSM-IV-TR* establece lo siguiente:

En Estados Unidos, más del 90% de los individuos hospitalizados para atención médica o cirugía reciben sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y más del 15% de los adultos utilizan estos medicamentos (por lo general, por prescripción) durante un año (p. 291).

Se describen dos patrones de desarrollo de dependencia y abuso. El primer patrón es de un individuo cuyo médico le receta un depresor del SNC como tratamiento

para la ansiedad o insomnio. De manera independiente, el sujeto aumenta la dosis o la frecuencia. El uso del medicamento se justifica con base en tratar los síntomas, pero aumenta la tolerancia, y cada vez se requiere más medicamento para producir el efecto deseado. El comportamiento para obtener el fármaco se hace evidente cuando la persona busca prescripciones de varios médicos con el fin de mantener el abastecimiento.

El segundo patrón que informa el *DSM-IV-TR* es más frecuente que el primero, incluye a personas jóvenes en la adolescencia o principio de los 20, que en compañía de sus pares utilizan sustancias que son obtenidas de manera ilegal. El objetivo inicial es tener un sentimiento de euforia. El fármaco por lo general se utiliza de manera intermitente en reuniones recreativas. Este patrón lleva al uso regular y a niveles extremos de tolerancia. Además el uso combinado de sustancias es frecuente. A su vez, la dependencia física y psicológica favorece los comportamientos de buscar el fármaco, con frecuencia por medios ilegales.

Efectos en el Organismo

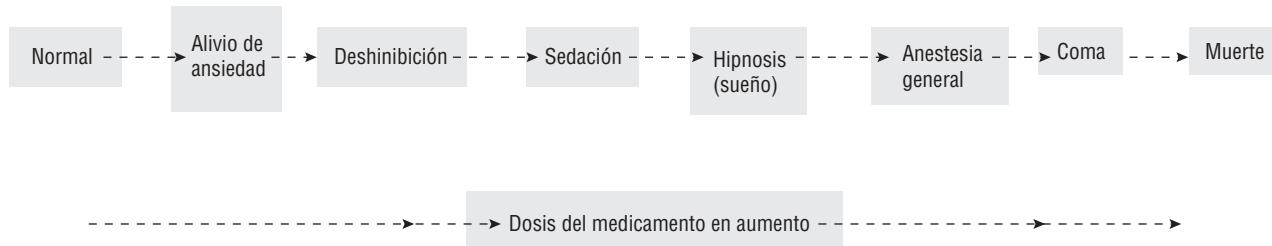
Los compuestos sedantes-hipnóticos inducen un efecto depresivo general, lo que significa que deprimen la actividad del cerebro, nervios, músculos y tejido cardíaco. Reducen el índice de metabolismo en varios tejidos en todo el organismo, y en general deprimen cualquier sistema que utilice energía (Julien, 2005). Se requieren grandes dosis para producir estos efectos. En dosis más bajas parecen ser más selectivos en su efecto depresor. De manera específica, en dosis menores estas sustancias parecen actuar en los centros del cerebro que conciernen con la excitación (p. ej., sistema de activación reticular ascendente, formación reticular y sistema de proyección difusa del tálamo).

Los sedantes hipnóticos producen elevados grados de depresión del SNC —desde sedación leve hasta la muerte. El grado se determina por la dosis y la potencia del fármaco utilizado. En la figura 14-1 se presenta un continuo de los efectos depresores del SNC para demostrar cómo las dosis crecientes afectan el comportamiento depresivo.

La primera acción de los sedantes hipnóticos es en tejido nervioso. Sin embargo, las dosis elevadas afectan otros órganos. A continuación se discuten los efectos fisiológicos de los medicamentos sedantes hipnóticos.

Efectos en Sueño y Vigilia

El uso de fármacos disminuye el tiempo que se sueña mientras se duerme. Durante la abstinencia, los sueños se vuelven muy vívidos y excesivos. Rebota el insomnio y

**FIGURA 14-1** Un continuo del comportamiento depresivo.

aumenta el sueño (llamado *rebound REM*) son frecuentes con la suspensión abrupta después de periodos prolongados de uso como ayuda para dormir (Julien, 2005).

Depresión Respiratoria

Los fármacos inhiben el sistema de activación reticular, lo que ocasiona depresión respiratoria (Sadock y Sadock, 2003). Los efectos aditivos se presentan con el uso concurrente de otros depresores del SNC, lo que puede favorecer una situación mortal.

Efectos Cardiovasculares

Cuando se utilizan dosis elevadas se presentan problemas de hipotensión, pero con dosis normales sólo se observa una ligera disminución de la presión arterial. Las dosis elevadas pueden disminuir el gasto cardíaco, el flujo de sangre al cerebro y causar de manera directa alteraciones de la contractilidad del miocardio (Habal, 2006).

Función Renal

En dosis lo suficientemente elevadas para producir anestesia, los fármacos pueden suprimir la función urinaria. En dosis usuales con sedantes hipnóticos, no hay evidencia de acción directa en los riñones.

Efectos Hepáticos

Los fármacos pueden producir ictericia con dosis elevadas para producir intoxicación aguda. Estas sustancias estimulan la producción de enzimas hepáticas, lo que disminuye las concentraciones plasmáticas y otras sustancias metabolizadas en el hígado (Habal, 2006). En caso de enfermedad hepática preexistente puede predisponer a mayor daño hepático con el uso excesivo.

Temperatura Corporal

Las dosis altas de medicamentos pueden disminuir la temperatura corporal; cuando son normales no hay alteración significativa.

Funcionamiento Sexual

Los depresores de SNC tienden a producir una respuesta bifásica. Hay un aumento inicial de libido, tal vez por los efectos de desinhibición primarios del fármaco, después esta respuesta disminuye en la capacidad de mantener una erección.

Intoxicación por Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) describe la intoxicación por sedantes, hipnóticos y ansiolíticos como la presencia de comportamiento de no adaptación clínicamente significativo o cambios psicológicos que se desarrollan durante, o poco después, del uso de una de estas sustancias. Estos cambios de no adaptación pueden incluir comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de ánimo, juicio alterado, o alteraciones en el funcionamiento ocupacional o social. Otros síntomas que se pueden desarrollar con el uso excesivo de éstos son lenguaje confuso, incoordinación, marcha insegura, nistagmo, alteraciones en la atención o memoria, y estupor o coma.

Abstinencia de Sedantes Hipnóticos o Ansiolíticos

La abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos produce un síndrome característico de síntomas que se desarrollan después de una marcada disminución o suspensión de la ingestión, después de varias semanas o más de uso regular (APA, 2000). El inicio de los síntomas depende del fármaco. Un ansiolítico de corta duración (p. ej., lorazepam u oxazepam) puede producir síntomas a las 6 a 8 h de disminuir las concentraciones en la sangre, mientras que los síntomas de abstinencia de sustancias de acción prolongada (p. ej., diazepam) pueden no desarrollarse por más de una semana, el pico de intensidad durante la segunda semana disminuye de manera notoria durante la tercera o cuarta semana (APA, 2000).

La abstinencia grave parece presentarse cuando una sustancia se utiliza en dosis elevadas por períodos prolon-

gados. Sin embargo, los síntomas de abstinencia también se presentan con dosis moderadas por poco tiempo. Los síntomas de abstinencia relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos incluyen la hiperactividad autónoma (p. ej., sudación o la frecuencia del pulso sube a más de 100), aumenta el temblor de las manos, insomnio, náusea o vómito, alucinaciones, ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad o crisis epilépticas.

Abuso y Dependencia de Estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC)

Perfil de la Sustancia

Los estimulantes del SNC se identifican por el comportamiento y agitación psicomotora que inducen. Difieren mucho en sus estructuras moleculares y en sus mecanismos de acción. La intensidad de la estimulación causada por ciertos fármacos depende tanto del área del cerebro o la médula espinal que es afectada por la sustancia y el mecanismo fundamental para aumentar la excitabilidad.

Los grupos de esta categoría se clasifican según las semejanzas en el mecanismo de acción. Los *estimulantes psicomotores* inducen la estimulación por aumento o potenciación de los neurotransmisores norepinefrina, epinefrina o dopamina. Los *estimulantes celulares generales* (cafeína y nicotina) ejercen su acción de manera directa en la actividad celular. La cafeína inhibe la enzima fosfodiesterasa, lo que permite que aumenten las concentraciones de adenosina 3'5'-cíclico fosfato (cAMP), sustancia química que promueve índices mayores de metabolismo celular. La nicotina estimula las sinapsis ganglionares. Esto resulta en más acetilcolina, lo que estimula la transmisión de impulsos

nerviosos a todo el sistema nervioso autónomo. En el cuadro 14–2 se enlistan las sustancias en estas categorías.

Los dos estimulantes más utilizados son la cafeína y la nicotina. La cafeína está disponible en cualquier mercado y tienda como un ingrediente común en el café, té, bebidas carbonatadas y chocolate. La nicotina es la primera sustancia psicoactiva que se encuentra en los productos del tabaco. Cuando se utiliza con moderación, estos estimulantes tienden a aliviar la fatiga y aumentar el estado de alerta. Por lo general, son aceptados como parte de nuestra cultura; sin embargo, el mayor conocimiento de los riesgos a la salud se asoció con la nicotina; su consumo se estigmatizó en algunos círculos.

Los estimulantes más fuertes, debido a su potencial para la dependencia fisiológica, están bajo regulación del *Controlled Substances Act*. Estos estimulantes controlados están disponibles para propósitos terapéuticos sólo por prescripción; sin embargo, se producen de manera clandestina y se distribuyen en mercados ilegales.

Aspectos Históricos

La cocaína es el estimulante más potente de origen natural. Se extrae de las hojas de la planta de la coca, que se ha cultivado desde tiempos prehistóricos en las tierras altas de los Andes de Sudamérica. Los nativos de la región mastican las hojas de la planta para refrescarse y aliviar la fatiga.

Las hojas de coca se deben mezclar con lime (fruto de lima) para liberar el alcaloide cocaína. La fórmula química pura se desarrolló en 1960. Los médicos empezaron a utilizarla como anestésicos en cirugías de ojos, nariz y garganta. También se usó en Estados Unidos morfina y

CUADRO 14 – 2 Estimulantes del Sistema Nervioso Central

Categorías	Nombres Genéricos (Nombre Comercial)/Fuente	Nombres Comunes Callejeros
<i>Anfetaminas</i>	Dextroanfetamina (Dexedrine) Metanfetamina (Desoxyn) 3,4- Metiledioxianfetamina (MDMA)* Anfetamina + dextroanfetamina (Adderall)	Dexies, uppers, truck drivers Meth, speed, crystal, ice (hielo) Adam, éxtasis, Eva, XTC
<i>Estimulantes no anfetaminas</i>	Fendimetrazina (Prelu- 2) Benzfetamina (Didrex) Dietilpropion (Tenuate) Fentermina (Adipex- P; Ionamin) Sibutramina (Meridia) Metilfenidato (Ritalin) Dexmetilfenidato (Focalin) Modafinil (Provigil)	Píldoras de dieta Speed, uppers
<i>Cocaína</i>	Hidrocloruro de cocaína	Coke, blow, trot, snow (nieve), lady (dama), flake (hojuelas), crack (rocas, chulas, piedras)
<i>Cafeína</i>	Café, té, refrescos de cola, chocolate	Java, mud, brew, cocoa
<i>Nicotina</i>	Cigarros, puros, pipas, esnifar	Weeds, fags, butts, chaw, cancer sticks

* También referido a los alucinógenos.

cocaína como remedio para aliviar el sufrimiento en enfermedades terminales. Estos usos terapéuticos ahora son obsoletos.

La cocaína ha alcanzado cierto grado de aceptación dentro de ciertos círculos sociales, aunque es ilícita, su distribución se hace como un polvo blanco cristalino que con frecuencia se mezcla con otros ingredientes para aumentar su volumen y, por lo tanto, para obtener mayores ganancias. La sustancia se conoce de manera común como “snorted” (esnifada), los consumidores crónicos presentan síntomas como nariz congestionada. Los efectos placenteros crean el potencial para dependencia psicológica.

Otra forma de cocaína común en Estados Unidos es el “crack”, alcaloide de la cocaína que se extrae de sus sales de hidrocloruro en polvo y se mezcla con bicarbonato de sodio, para después secarla en pequeñas “rocas” (APA, 2000). Debido a que este tipo de cocaína se puede vaporizar e inhalar, sus efectos se inicián con gran rapidez.

La anfetamina se preparó por primera vez en 1887; pronto siguieron varios derivados, y el uso clínico se inició en 1927. Las anfetaminas se utilizaron de manera extensa para propósitos médicos en la década de 1960, pero al reconocer su potencial de abuso su uso clínico se disminuyó en gran medida. En la actualidad, se prescriben sólo para tratar narcolepsia (trastorno raro que resulta en un deseo sin control por dormir), hiperactividad en niños, y en ciertos casos de obesidad. La producción clandestina de anfetaminas para la distribución en el mercado ilegal se convirtió en un negocio creciente. En 2002, el costo al gobierno federal para terminar con los laboratorios clandestinos de metanfetamina fue de más de \$23 millones. La metanfetamina se puede fumar, aspirar, inyectar o tomar por vía oral. Los efectos incluyen una urgencia intensa por fumar o por inyectarse a un inicio más lento de euforia como resultado de aspirar o ingerirla por vía oral. Otra forma es la metanfetamina cristal, es producida por la recristalización lenta de la metanfetamina en polvo de un solvente como metanol, etanol, isopropanol o acetona (*Street Drugs*, 2005). Es incolora, inodora, en forma de grandes cristales de *d*-metanfetamina, y se llama “glass” o “ice” (vidrio o hielo) por su apariencia. Por lo general la meth-cristal se fuma en pipas de vidrio como la cocaína crack.

La primera historia de la cafeína se desconoce y está envuelta por la leyenda y el mito. La cafeína se descubrió en el grano del café en 1820 y siete años después en el té. Las bebidas son muy aceptadas y disfrutadas como “pick-me-up” por muchas culturas.

El tabaco fue utilizado por los aborígenes de tiempos remotos; se introdujo en Europa a mediados del siglo XVI, y se extendió con rapidez, pronto se hizo común en el Oriente. El tabaco llegó a América con el asentamiento de

los primeros colonos. En la actualidad, se ha expandido a muchos países en el mundo, y aunque fumar ha disminuido en las naciones industrializadas, aumentó en las áreas en desarrollo (APA, 2000).

Patrones de Uso y Abuso

Debido a sus efectos placenteros, los estimulantes del SNC tienen un potencial para el abuso. En 2005, alrededor de 2.4 millones de estadounidenses eran consumidores regulares de cocaína (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2006). El uso fue mayor entre individuos de 18 a 25 años de edad.

Muchos individuos que abusan o son dependientes de los estimulantes del SNC empiezan el consumo por el efecto de supresión del apetito en un intento por controlar el peso (APA, 2000). Se consumen dosis cada vez más elevadas para mantener los efectos placenteros. Con el uso continuo, estos efectos disminuyen, y se presenta un aumento correspondiente de los efectos disfóricos. Se observa un persistente deseo por la sustancia a pesar de los efectos adversos.

El abuso y dependencia de los estimulantes del SNC por lo general se caracterizan por consumo en episodios o crónico, o casi diario. Los individuos que utilizan sustancias en episodios, con frecuencia lo hacen en “fiestas” con dosis seguidas elevadas por uno o dos días de recuperación. Este periodo de recuperación se caracteriza por síntomas en extremo intensos y desagradables (llamados “crash”).

El consumidor diario puede usar grandes o pequeñas dosis varias veces al día o sólo a una hora específica del día. La cantidad consumida por lo general aumenta conforme se presenta la tolerancia. Los consumidores crónicos tienden a utilizar los estimulantes del SNC para sentirse más competentes, más confiados, y con mayor decisión. Con frecuencia caen en un patrón de tomar “uppers” en la mañana y “downers”, como alcohol o medicamentos para dormir en la noche.

El promedio de estadounidenses consume dos tazas de café (que contienen alrededor de 200 mg de cafeína) por día; lo que significa que la cafeína es consumida en varias cantidades por 90% de la población. Cuando el consumo de cafeína alcanza concentraciones de 500 a 600 mg por día se presentan síntomas de ansiedad, insomnio y depresión; con estas concentraciones también se presenta la dependencia y la abstinencia de cafeína. El consumo de cafeína prevalece entre los niños y adultos. En el cuadro 14-3 se enlistan las fuentes comunes de cafeína.

Después de la cafeína, la nicotina, un ingrediente activo en el tabaco, es la sustancia psicoactiva más utilizada en la sociedad de Estados Unidos. De la población, individuos desde los 12 años de edad, 25.2%, informaron utilizar

CUADRO 14 – 3 Fuentes Comunes de Cafeína

Fuente	Contenido de Cafeína (mg)
Alimentos y bebidas	
148-177.6 ml café preparado	90-125
148-177.6 ml café instantáneo	60-90
148-177.6 ml café descafeinado	3
148-177.6 ml té preparado	70
148-177.6 ml té instantáneo	45
236.8 ml té verde	15-30
236.8-355.2 ml refrescos de cola	60
355.2 ml bebida energética Red Bull	115
148-177.6 ml cocoa	20
236.8 ml leche con chocolate	2-7
29.6 ml chocolate en barra	22
Medicamentos prescritos	
APC (aspirina, fenacetín, cafeína)	32
Cafergot	100
Darvon compuesto	32
Fiorinal	40
Migralam	100
Analgésicos de mostrador	
Anacin, Empirin, Midol, Vanquish	32
Exedrin, Migraine (ácido acetilsalicílico, acetaminofén, cafeína)	65
Estimulantes de mostrador	
Tabletas No Doz	100
Vivarin	200
Caffedrine	250

algún producto de tabaco en 2005 (SAMHSA, 2006). Desde 1964, cuando se trataron los resultados del primer informe de salud pública sobre el hábito de fumar, el porcentaje total de fumadores ha disminuido. Sin embargo, el porcentaje de mujeres y adolescentes fumadores disminuye con más lentitud que en hombres adultos. Alrededor de 400 000 personas mueren al año por el uso del tabaco, y un aproximado de 60% de los costos directos de atención a la salud en Estados Unidos son para tratar enfermedades relacionadas con el tabaco (Sadock y Sadock, 2003).

Efectos en el Organismo

Los estimulantes del SNC son un grupo de medicamentos que excitan todo el sistema nervioso central, a través del incremento de la actividad o aumentando la capacidad de los neurotransmisores que participan de manera directa en la activación corporal y estimulación del comportamiento. Las respuestas fisiológicas varían mucho según la potencia y la dosis de la droga.

Efectos en el Sistema Nervioso Central

La estimulación del SNC produce temblores, inquietud, anorexia, insomnio, agitación y aumento de la actividad

motor. Las anfetaminas, estimulantes no anfetamínicos, y la cocaína provocan mayor estado de alerta, disminución de la fatiga, regocijo y euforia, y sentimientos subjetivos de mayor agilidad mental y poder muscular. El uso crónico de estas sustancias resulta en comportamiento compulsivo, paranoia, alucinaciones y comportamiento agresivo (*Street Drugs*, 2005).

Efectos Cardiovasculares y Pulmonares

Las anfetaminas pueden producir aumento de la presión arterial sistólica y diastólica, así también, aumentan la frecuencia cardiaca, y se presentan arritmias (*Street Drugs*, 2005). Estas drogas también relajan el músculo liso de los bronquios.

La intoxicación por cocaína produce de manera típica una elevación en el miocardio de la demanda de oxígeno y un aumento en la frecuencia cardiaca. Puede ocurrir vasoconstricción grave e infarto miocárdico, fibrilación ventricular, y muerte repentina. La cocaína inhalada puede causar hemorragias pulmonares, bronquiolitis crónica y neumonía; y la rinitis nasal es resultado de “esnifar” cocaína de manera crónica.

La ingestión de cocaína puede provocar aumento de la frecuencia cardiaca, palpitaciones, extrasístoles y arritmias. La cafeína induce la dilatación de los vasos sanguíneos pulmonares y vasos sanguíneos sistémicos y la constrección de vasos sanguíneos cerebrales.

La nicotina estimula el sistema nervioso simpático, lo que ocasiona aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, y contractilidad cardiaca; por lo tanto, aumenta el consumo de oxígeno del corazón y demanda de flujo de sangre (*Royal College of Physicians*, 2000). Las contracciones del músculo liso gástrico se relacionan con la inhibición de la sensación de hambre, lo que produce un ligero efecto de anorexia.

Efectos Gastrointestinales y Renales

Los efectos en el aparato gastrointestinal de las anfetaminas son un poco impredecibles; sin embargo, la disminución de la movilidad del intestino puede causar constipación. La contracción del esfínter de la vejiga dificulta la salida de la orina. La cafeína ejerce un efecto diurético en los riñones.

La nicotina estimula al hipotálamo para liberar la hormona antidiurética, lo que reduce la excreción de la orina. Debido a que la nicotina aumenta el tono y la actividad del intestino, en ocasiones puede causar diarrea.

Casi todos los estimulantes del sistema nervioso inducen una pequeña elevación del índice metabólico y varios grados de anorexia. Las anfetaminas y la cocaína pueden causar aumento de la temperatura corporal.

Funcionamiento Sexual

Los estimulantes en apariencia promueven el impulso coital en ambos sexos. Las mujeres, más que los hombres, informan que los estimulantes las hacen sentir más atractivas y tener más orgasmos. De hecho, algunos hombres experimentan disfunción sexual con el uso de estimulantes. Para la mayoría de los individuos, sin embargo, estas drogas ejercen un poderoso efecto afrodisíaco.

Intoxicación por Estimulantes del SNC

La intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central produce comportamientos de desadaptación y cambios psicológicos que se desarrollan durante o poco después del uso de estas drogas. La intoxicación por anfetaminas y cocaína producen de manera típica euforia o picos afectivos; cambios en la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o enojo; comportamientos estereotipados o alteración de juicio. Los efectos físicos incluyen taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, elevación o disminución de la presión arterial, sudación o escalofríos, náusea o vómito, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotor, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho, arritmias, confusión, convulsiones, discinesias, distonías, o coma (APA, 2000).

La intoxicación por cafeína se presenta, por lo general, después del consumo en exceso de 250 mg. Los síntomas incluyen inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, enrojecimiento del rostro, diuresis, malestares gastrointestinales, torsiones musculares, flujo constante de pensamientos y discursos, taquicardia o arritmia, períodos de fatiga, y agitación psicomotora (APA, 2000).

Abstinencia de Estimulantes del SNC

La abstinencia de estas drogas es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla de pocas horas a varios días después de la suspensión o reducción del uso prolongado e intenso (APA, 2000). La abstinencia de anfetaminas y cocaína causa disforia, fatiga, sueños desagradables vívidos, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y reuso psicomotor o agitación psicomotora (APA, 2000). El *DSM-IV-TR* establece lo siguiente:

Los síntomas de abstinencia (“crashing”) con frecuencia siguen a un episodio de consumo intenso y con dosis elevadas (una “corrida”). Este “crash” se caracteriza por sentimientos intensos y desagradables de fatiga y depresión, en general se requieren varios días de descanso y recuperación. La pérdida de peso se presenta con frecuencia durante el uso intenso de estimulantes, en cambio durante la abstinencia se aumenta el apetito y con frecuencia se gana peso con rapidez. Los síntomas depresivos pueden durar varios días a semanas y se pueden acompañar de ideación suicida (p.227).

El *DSM-IV-TR* no incluye un diagnóstico de abstinencia para cafeína. Sin embargo, Sadock y Sadock (2003) citan varios estudios de investigación bien controlados que indican la existencia de abstinencia de cafeína. Citan los siguientes síntomas como típicos: dolor de cabeza, fatiga, ansiedad, irritabilidad, depresión, rendimiento psicomotor alterado, náusea, vómito, deseo de cafeína, dolor muscular y rigidez.

La abstinencia de nicotina ocasiona ánimo disfórico o deprimido, insomnio; irritabilidad; frustración o enojo; ansiedad; dificultad para concentrarse; inquietud; disminución de la frecuencia cardiaca; aumento de apetito o ganancia de peso (APA, 2000). Un síndrome de abstinencia leve puede presentarse cuando un fumador cambia de cigarrillos regulares a bajos en nicotina (Sadock y Sadock, 2003).

Dependencia y Abuso de Inhalantes

Perfil de la Sustancia

Los trastornos por inhalantes se inducen por aspiración de hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias tales como combustibles, solventes, adhesivos, propulsores de aerosoles, y thiner para pintura. Los ejemplos específicos de estas sustancias incluyen gasolina, removedor de barniz, líquido para encendedores, pegamento para aeroplanos, cemento plástico, líquido limpiador, pintura en aerosol, acondicionador de zapatos y líquido corrector para máquinas de escribir (Sadock y Sadock, 2003).

Patrones de Uso y Abuso

Las sustancias inhalantes están disponibles con facilidad, son legales y económicas, estos tres factores hacen que las personas de escasos recursos, niños y jóvenes, las consuman. El uso puede empezar entre los nueve y 12 años de edad, el pico se presenta en los adolescentes; es menos común después de los 35 años (APA, 2000). Una investigación del gobierno a nivel nacional sobre el uso de fármacos indica que 9.2% de las personas en Estados Unidos a partir de los 12 años o más han utilizado inhalantes (SAMHSA, 2006). El uso más alto se vio entre los 12 y 17 años de edad.

Los métodos de uso incluyen “esnifar”—procedimiento en el cual se moja un trapo con la sustancia y se aplica en la nariz para aspirar los vapores. Otro método común se llama “bagging” (embolsar), en el cual la sustancia se coloca en una bolsa plástica o de papel y el consumidor la inhala. También pueden inhalarse de manera directa del contenedor, o rociarse en la boca o la nariz.

Sadock y Sadock (2003) informan que:

El uso de inhalantes entre adolescentes puede ser el más común en aquellos cuyos padres o hermanos mayores utili-

zan sustancias ilegales; además está asociado con la presentación de trastornos de la conducta o de personalidad antisocial (p. 441).

Se informa de tolerancia a los inhalantes por uso intenso; el síndrome de abstinencia leve se ha documentado, pero no parece ser clínicamente significativo (APA, 2000).

Los niños con trastorno por inhalantes pueden utilizar las sustancias varias veces, con frecuencia los fines de semana y después de la escuela (APA, 2000). Los adultos pueden consumir en repetidas ocasiones durante el día, o utilizarlas en fiestas por varios días.

Efectos en el Organismo

Los inhalantes se absorben por los pulmones y llegan al sistema nervioso central con rapidez, donde actúan como depresores (Sadock y Sadock, 2003). Los efectos son muy breves, duran de varios minutos a horas, según la sustancia específica y la cantidad consumida.

Sistema Nervioso Central

Los inhalantes pueden causar daño permanente en el sistema nervioso central y periférico (APA, 2000). Las deficiencias neurológicas, como debilidad generalizada y neuropatías periféricas, pueden ser evidentes. Otros efectos en el SNC son atrofia cerebral, degeneración cerebral, y lesiones en la materia blanca que causan signos de tracto piramidal o nervios craneales.

Efectos Respiratorios

El *DSM-IV-TR* menciona los siguientes efectos respiratorios: irritaciones de vías respiratorias superiores e inferiores, con aumento de resistencia de aparato respiratorio; hipertensión pulmonar; alteraciones respiratorias agudas; tos; descarga de los senos; disnea; crepitaciones; o ronquidos. Rara vez se presenta cianosis por neumonitis o asfixia. También puede ocurrir la muerte por depresión respiratoria o cardiovascular.

Efectos Gastrointestinales

Se presenta dolor abdominal y vómito; se observa sarpullido alrededor de la boca y la nariz. Es frecuente el alienito con olores inusuales.

Efectos en el Sistema Renal

Se documenta la presentación de insuficiencia renal crónica, síndrome hepatorrenal y acidosis tubular renal proximal (APA, 2000).

Intoxicación por Inhalantes

El *DSM-IV-TR* define a la intoxicación por inhalantes como “comportamiento de desadaptación clínicamente significativo o cambios psicológicos (p. ej., beligerancia, agresividad, apatía, juicio alterado, alteraciones de funcionamiento ocupacional o social) que se desarrolla durante o poco después del uso o exposición a los inhalantes volátiles”. Dos o más de los siguientes signos son aparentes:

- Vértigo
- Nistagmo
- Incoordinación
- Lenguaje confuso
- Marcha insegura
- Letargo
- Reflejos deprimidos
- Retraso psicomotor
- Temblores
- Debilidad muscular generalizada
- Visión borrosa o diplopía
- Estupor o coma
- Euforia

Los síntomas no se deben a una condición médica general y no se explican por ningún otro trastorno mental.

Abuso y Dependencia de Opioides

Perfil de la Sustancia

El término *opioide* se refiere a un grupo de compuestos que incluyen el opio, derivados de éste y sustitutos sintéticos. Los opioides ejercen un efecto sedante y analgésico, y los principales usos médicos son aliviar el dolor, tratar la diarrea y calmar la tos. Estas sustancias tienen cualidades adictivas; esto es, son capaces de inducir tolerancia y dependencia fisiológica y psicológica.

Los opioides son populares y se abusa de ellos porque desensibilizan al individuo del dolor fisiológico y del psicológico e inducen una sensación de euforia; otras manifestaciones comunes son letargo e indiferencia al ambiente.

Las personas que abusan de los opiáceos, por lo general pasan mucho de su tiempo alimentando su hábito; los individuos dependientes, apenas son capaces de conservar un empleo para mantener sus necesidades, tratan de conseguir dinero de amigos, parientes y cualquier persona que no hayan alejado con su comportamiento de dependencia. Frecuentemente recurren a medios ilegales para obtener fondos, como robar, hurtar, prostituirse o venta de drogas.

CUADRO 14 – 4 Opioides y Sustancias Relacionadas

Categorías	Nombres Genéricos	Nombres Comunes Callejeros
Opioides de origen natural	Opio (ingredientes en varios agentes antidiarreicos) Morfina (Astramorph) Codeína (ingrediente en diversos analgésicos y supresores de la tos)	Black staff, poppy, tar, big O M, white stuff, Miss Emma Terp, schoolboy, syrup, cody
Opioides derivados	Heroína Hidromorfona (Dilaudid) Oxicodona (Percudan; OxyContin) Hidrocodona (Vicodin)	H, horse, junk, brown sugar (azúcar café), smack, skag, TNT, Harry DLs, 4s, lords, little D Perks, perkies, Oxy, O. C. Vike
Opiáceo sintético —semejante a los medicamentos	Meperidina (Demerol) Metadona (Dolophine) Propoxifeno (Darvon) Pentazocina (Talwin) Fentanil (Actiq; Duragesic)	Doctors Dollies, done Pinks and grays Ts Apache, China girl, China town, dance fever, goodfella, jackpot

Los métodos de administración de los opiáceos incluyen la vía oral o fumar, por inyección subcutánea, intramuscular e intravenosa. En el cuadro 14-4 se enlistan las sustancias opioides.

Bajo estricta supervisión, los opioides son indispensables en la práctica de la medicina, debido a su eficacia para aliviar el dolor intenso; sin embargo, también inducen efectos placenteros en el sistema nervioso central que promueven el abuso. Se presenta dependencia fisiológica y psicológica, también desarrollo de la tolerancia profunda, lo cual contribuye a que los adictos requieran más de la sustancia, sin importar los medios para conseguirla.

Aspectos Históricos

Opio es la palabra griega para “jugo”. En su forma cruda, es una sustancia gomosa negra pardusca que se obtiene de cápsulas verdes de la amapola. Se han encontrado referencias del uso de los opiáceos en Egipto, Grecia y Arabia que datan de hace 3 000 años a.C. Se empezó a utilizar tanto en medicina como de manera recreativa en Europa durante los siglos XVI y XVII. Casi todo el opio viene de China, donde se introdujo por comerciantes árabes a finales del siglo XVII. La morfina, el primer ingrediente activo del opio, se aisló en 1803 por el químico Frederich Serturner. Desde entonces, la morfina, más que el opio crudo, se utiliza en todo el mundo para el tratamiento médico del dolor y diarrea (Julien, 2005). Este proceso se facilitó en 1853 por el desarrollo de la jeringa hipodérmica, que hizo posible introducir la morfina sin diluir en el organismo para aliviar de manera rápida el dolor.

Este desarrollo también creó una nueva variedad de consumidor en Estados Unidos: el individuo que puede inyectarse a sí mismo. En ese tiempo, también llegó una gran cantidad de inmigrantes de China, quienes introdujeron el opio fumado. A principios del siglo XX, la adicción al mismo se extendió.

En respuesta a lo relacionado con la diseminación de la adicción, en 1914 el gobierno de Estados Unidos aprobó la *Harrison Narcotic Act*, que puso controles estrictos en la accesibilidad de los opiáceos. Hasta ese momento, estas sustancias estaban disponibles con entera libertad al público sin prescripción. Con este documento se prohibió su uso salvo para propósitos médicos, esto provocó que la heroína se volviera ilegal. En la actualidad, los usos benéficos de estas sustancias son reconocidos en la profesión médica, pero el tráfico para propósitos ilegales continúa resistiendo los esfuerzos para controlar estas sustancias.

Patrones de Uso y Abuso

El desarrollo del abuso y dependencia de estas sustancias puede seguir uno de dos patrones típicos. El primero ocurre en un individuo que la obtiene por prescripción de un médico, para aliviar un problema de salud.

El abuso y la dependencia se presentan cuando la persona aumenta la cantidad y la frecuencia de uso, justificando el comportamiento como síntoma para el tratamiento. Se vuelven obsesivos por obtener más de la sustancia y buscan varios médicos para conseguir más medicamentos.

El segundo patrón de comportamiento asociado con el abuso y dependencia de opioides, ocurre entre adictos para propósitos ilegales y las obtienen de fuentes alternas. Los opioides se pueden utilizar solos para inducir efectos de euforia o combinados con estimulantes u otras sustancias para contrarrestar los efectos depresores. Se desarrolla la tolerancia y dependencia.

Una encuesta gubernamental de 2005 señaló 240 000 consumidores de heroína de 12 años de edad en adelante y reveló también un aproximado de 4.6 millones de consumidores regulares de analgésicos (SAMHSA, 2006).

Efectos en el Organismo

Los opiáceos algunas veces se clasifican como *analgésicos narcóticos*, los principales efectos de éstos son en el SNC, ojos y aparato gastrointestinal. La toxicidad del uso crónico o agudo de la morfina se manifiesta como síndrome de sedación, constipación crónica, disminución de la frecuencia respiratoria y pupilas contraídas. La intensidad de los síntomas depende de la dosis. Los siguientes efectos fisiológicos son comunes con el uso de los opiáceos.

Sistema Nervioso Central

Todos los opiáceos, derivados y fármacos sintéticos afectan el SNC. Las manifestaciones comunes incluyen euforia, cambio de ánimo y confusión, somnolencia y disminución del dolor; dilatación de las pupilas en respuesta a la estimulación del nervio oculomotor. La depresión en los centros respiratorios provoca depresión respiratoria y la respuesta antitusiva se debe a la supresión del centro tusígeno en la médula. Náusea y vómito se relacionan con la ingestión de opioides por estimulación de los centros en la médula que activan esta respuesta.

Efectos Gastrointestinales

Estas sustancias ejercen un efecto profundo en el aparato gastrointestinal, se aumenta el tono del estómago e intestino y disminuye la actividad peristáltica, esto promueve que se reduzca el paso de los alimentos en el intestino. Estos efectos provocan una marcada disminución en el movimiento de la comida a través del tracto gastrointestinal. Este es un notable efecto terapéutico para la diarrea grave. De hecho, todavía no se desarrollan fármacos más eficaces que los opioides para este propósito. Sin embargo, en los consumidores crónicos la constipación e incluso el impacto fecal pueden ser un grave problema.

Efectos Cardiovasculares

En dosis terapéuticas, los opioides tienen efectos mínimos en el corazón. La morfina se utiliza para aliviar el edema pulmonar y el dolor en pacientes con infarto al miocardio. En dosis elevadas, inducen hipotensión, que puede ser causada por acción directa en el corazón o por liberación de histamina.

Funcionamiento Sexual

Con la heroína, hay disminución del placer sexual, o se observa indiferencia por el sexo (Bruckenthal, 2001). Eiaculación retardada, impotencia y falta de orgasmo tanto en hombres como en mujeres, efectos colaterales que parecen estar relacionados con la dosis.

Intoxicación por Opioides

La intoxicación por opiáceos constituye un comportamiento de desadaptación clínicamente significativo o cambios psicológicos que se desarrollan durante o poco después del uso de éstos (APA, 2000). Los síntomas incluyen euforia inicial seguida por apatía, disforia, agitación o retardo psicomotor, y juicio alterado; síntomas físicos como constricción de las pupilas (o dilatación por anoxia por sobredosis grave), somnolencia, lenguaje confuso, y alteración de la atención o memoria (APA, 2000). Los síntomas son consistentes con la vida media de casi todos los opioides, y por lo general tardan varias horas. La intoxicación grave puede llevar a depresión respiratoria, coma e incluso la muerte.

Abstinencia de Opioides

La abstinencia de opioides produce un síndrome que se desarrolla después de la suspensión o reducción del uso prolongado. Los síntomas incluyen ánimo disfórico, náusea o vómito, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección, sudoración, calambres abdominales, diarrea, bostezo, fiebre e insomnio.

Con sustancias de acción corta como la heroína, los síntomas de abstinencia se presentan de 6 a 12 horas después de la última dosis, el pico se da entre uno a tres días, y de manera gradual por un periodo de 5 a 7 días (APA, 2000). Con drogas de acción prolongada como la metadona, los síntomas de abstinencia empiezan en uno a tres días después de la última dosis y se completan en 10 a 14 días (Sadock y Sadock, 2003). La abstinencia de meperidina de acción ultracorta empieza con rapidez, alcanza el máximo a las 8 a 12 horas, y se completa en 4 a 5 días (Sadock y Sadock, 2003).

Abuso y Dependencia de Alucinógenos

Perfil de la Sustancia

Las sustancias alucinógenas son capaces de distorsionar la percepción de la realidad en un individuo; alteran la percepción sensorial e inducen alucinaciones. Por esta razón algunas veces se hace referencia a éstas como “expansoras de la mente”. Algunas de las manifestaciones se relacionan con un colapso psicótico, las alucinaciones experimentadas con más frecuencia por un individuo con esquizofrenia son auditivas, mientras que las inducidas por sustancias son visuales (Mack, Franklin y Frances, 2003). Las distorsiones perceptuales se mencionan por algunos consumidores como espirituales, sensaciones de despersonalización (se observan a sí mismos teniendo esta experiencia), o se sienten en paz consigo mismos y el universo. Otros, quienes describen estas experiencias como “malos viajes”, los sentimientos que señalan son de pánico y temor a morir o volverse locos. Un peligro común con los alucinógenos son los “flashbacks”, o reocurrencia espontánea del estado alucinógeno sin ingestión del mismo, lo que puede ocurrir meses después de haber ingerido la sustancia.

El uso recurrente puede producir tolerancia, alienta a los consumidores a utilizar dosis más elevadas. No hay evidencia de dependencia física cuando los individuos se abstienen; sin embargo, el uso recurrente parece inducir dependencia psicológica por las experiencias que incitan la introspección y que el individuo relaciona con los episodios del uso de alucinógenos (Sadock y Sadock, 2003). Esta dependencia psicológica varía según la sustancia, dosis y consumidor. El uso de alucinógenos produce efec-

tos impredecibles, que inducen cada vez que son consumidos.

Muchos alucinógenos tienen estructuras similares, algunos son producidos de manera sintética, otros son productos naturales de plantas y hongos. En el cuadro 14-5 se presenta una lista de alucinógenos.

Aspectos Históricos

Los datos arqueológicos obtenidos con carbono-14 sugieren que los alucinógenos se han utilizado como parte de ceremonias religiosas y reuniones sociales por los nativos estadounidenses desde hace 7 000 años (Goldstein, 2002). Todavía se usa el peyote como parte de ceremonias religiosas en el suroeste de Estados Unidos, aunque los rituales han disminuido.

El LSD se sintetizó en 1938 por el doctor Albert Hoffman (Goldstein, 2002). Era utilizado como instrumento de investigación clínica para conocer la etiología biológica de la esquizofrenia. No obstante, pronto llegó al mercado ilegal y el abuso opacó los esfuerzos de investigación.

El abuso de alucinógenos llegó a su máximo a finales de la década de 1960, disminuyó durante 1970, y volvieron a resurgir en 1980 como fármacos de diseño (p. ej., 3,4-metileno-dioxianfetamina [NDMA] y metoxianfetamina [MDA]). Uno de los alucinógenos más utilizados en la actualidad es PCP, a pesar de que muchos de sus efectos son desagradables. Gran cantidad de muertes se atribuyen de manera directa al uso de PCP, y muchas víctimas accidentales también ocurren como resultado de sobredosis y de los cambios de comportamiento por la sustancia.

CUADRO 14 – 5 Alucinógenos

Categorías	Nombres Genéricos (Nombres Comerciales)	Nombres Comunes Callejeros
Alucinógenos naturales	Mescalina (el ingrediente activo primario del cactus peyote) Psilocibina y psilocina (ingredientes activos de los hongos <i>psilocybes</i>) Ololiuqui (semillas de gloria matinal)	Cactus, mesc, mescal, luna media, gran jefe, semilla mala, peyote Hongos mágicos, carne de Dios, hongos Gloria de la mañana, Ololiuqui, perlas, voladoras (variedad de semillas de Gloria de la mañana)
Compuestos sintéticos	Dietilamida de ácido lisérgico [LSD] (producido sintéticamente de una sustancia fungicida encontrada en el centeno o una sustancia química encontrada en las semillas de gloria matinal) Dimetiltriptamina [DMT] y Dietiltriptamina [DET] (análogos químicos de triptamina) 2,5-Dimetoxi-4-metilanfetamina [STP,DOM] Fenciclidina [PCP]	Ácido, cubo, gran D, amanecer de California, microdots, blue dots, azúcar, gajos de naranja, tabletas de la paz, neblina púrpura, cupcakes Viaje de hombre de negocios STP (serenidad, tranquilidad, paz) Polvo de ángel, cerdo, píldora de la paz, combustible de mecedora
	3,4-Metileno-dioxianfetamina [MDMA]* (Éxtasis) Metoxi-anfetamina [MDA]	XTC, Éxtasis, Adam, Eva Píldora del amor

* También referido a los estimulantes.

Se proponen varios usos terapéuticos para el LSD, incluso para el tratamiento del alcoholismo crónico y la reducción de dolor intratable cuando se presenta en enfermedades cancerosas; sin embargo, se requiere mucha investigación sobre los usos terapéuticos del LSD. En la actualidad, no existe evidencia real de la seguridad y eficacia de estas sustancias en humanos.

Patrones de Uso y Abuso

El uso de alucinógenos por lo general es episódico. Debido a que las capacidades cognoscitivas y de percepción se ven muy afectadas por estas sustancias, el consumidor debe dejar a un lado sus actividades diarias para contender con las consecuencias. Según un informe de SAMHSA (2006), los alucinógenos se utilizaron en un periodo previo de 30 días antes de la encuesta de 2005 por 1.1 millón de personas (0.4%) de 12 años de edad o más; este número incluyó 502 000 (0.2%) que habían utilizado éxtasis. El uso de LSD no desarrolla dependencia física o síntomas de abstinencia (Sadock y Sadock, 2003). Sin embargo, la tolerancia se presenta con rapidez y en muy alto grado. De hecho, una persona que utiliza LSD de manera repetida por un periodo de tres a cuatro días puede desarrollar tolerancia completa a la sustancia. La recuperación de la tolerancia también se presenta con mucha rapidez (cuatro a siete días), así que el individuo puede tener el efecto deseado de manera repetida y con frecuencia.

Por lo general, PCP se utiliza eventualmente en juergas que pueden durar varios días. Sin embargo, algunos consumidores crónicos utilizan la sustancia a diario. Con ésta no se presenta dependencia física; sin embargo, la dependencia psicológica en los consumidores crónicos se caracteriza por ansiar la sustancia, conforme desarrollan con lentitud la tolerancia, ésta parece presentarse sólo con el uso frecuente.

La psilocibina es un ingrediente del hongo *Psilocybe* originario de Estados Unidos y México. La ingestión de estos hongos produce un efecto similar al del LSD, pero de menor duración. Este alucinógeno no se produce de manera sintética.

La mescalina es el único compuesto alucinógeno que se utiliza de manera legal en la actualidad, para propósitos religiosos por miembros de la *Native American Church* de Estados Unidos. Es el ingrediente activo primario del peyote. No se presenta dependencia física o psicológica, aunque con otros alucinógenos la tolerancia se desarrolla con rapidez con el uso frecuente.

Entre los alucinógenos más potentes de la nueva cultura de las sustancias están los que se catalogan como derivados de las anfetaminas. Éstas incluyen 2,5-dimetoxy-4-metilanfetamina (DOM, STP), MDMA (éxtasis),

y MDA. En dosis menores, estas fórmulas producen la “elevación” relacionada con los estimulantes del SNC. En dosis elevadas, se presentan efectos alucinógenos. Estas sustancias han existido por muchos años, pero fueron redescubiertas a mediados de la década de los 80. Debido al rápido aumento del uso recreativo, la *U.S. Drug Enforcement Administration* (DEA) impuso en 1985 una clasificación de urgencia para MDMA como fármaco clase I. El MDMA o éxtasis es una sustancia sintética con cualidades alucinógenas y estimulantes. Tiene una estructura química similar a la metanfetamina y la mescalina, y se ha convertido en un compuesto de amplia distribución en todo el mundo. Debido a su creciente popularidad, la demanda ha llevado a que tabletas y píldoras se vendan como “éxtasis”, pero no como MDMA puro. Muchas sustancias contienen metanfetamina, PCP, anfetamina, quetamina, y PMA (un estimulante con propiedades alucinógenas; más tóxicas que MDMA). Esta práctica aumenta los peligros relacionados con el uso de MDMA (*Street Drugs*, 2005).

Efectos en el Organismo

Los efectos producidos por varios alucinógenos son muy impredecibles. La variedad de éstos puede relacionarse con la dosis, estado mental del individuo y ambiente en el cual se utiliza la sustancia. A continuación se señalan algunos de los efectos comunes (APA, 2000; Julien, 2005; Sadock y Sadock, 2003):

Efectos Fisiológicos

- Náusea y vómito
- Escalofríos
- Dilatación de las pupilas
- Aumento del pulso, hipertensión y temperatura
- Vértigo leve
- Pérdida del apetito
- Insomnio
- Sudoración
- Disminución de la frecuencia respiratoria
- Hiperglucemia

Efectos psicológicos

- Mayor respuesta al color, textura y sonidos
- Aumento de la respuesta de alerta del organismo
- Distorsión de la visión
- Sensación de que el tiempo va despacio

- Todos los sentimientos se magnifican; amor, sensualidad, odio, dicha, enojo, dolor, terror, desesperación
- Miedo a perder el control
- Paranoia, pánico
- Euforia, regocijo
- Proyección de sí mismo en ensueños
- Serenidad, paz
- Despersonalización
- Desrealización
- Aumento de la libido

Los efectos de los alucinógenos no siempre son placenteros para el consumidor, se sabe que se presentan dos tipos de reacciones tóxicas. La primera es la *reacción de pánico* “mal viaje”, los síntomas incluyen un intenso nivel de ansiedad, miedo y estimulación; el sujeto alucina y teme volverse loco, pueden evidenciarse paranoia y psicosis aguda.

El segundo tipo es el *flashback* (*regresión*). Este fenómeno se refiere a la repetición pasajera y espontánea de una experiencia previa inducida por LSD que se presenta en ausencia de la sustancia. Varios estudios informan una variación de 15 y 80% que en consumidores de alucinógenos que han experimentado “flashback” [recuerdos repentinos] (Sadock y Sadock, 2003).

Intoxicación por Alucinógenos

Los síntomas de intoxicación por alucinógenos se desarrollan durante o poco después (en minutos a pocas horas) del uso de la sustancia (APA, 2000). El comportamiento de desadaptación o cambios psicológicos incluyen ansiedad evidente o depresión, ideas de referencia (un tipo de pensamiento ilusorio de que toda la actividad en el ambiente es “referente” a uno mismo), miedo de perder la propia mente, ideas paranoides, y juicio alterado. Los cambios de percepción se presentan en un estado de alerta completa e incluyen intensificación de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones y sinestesias (APA, 2000). Los síntomas físicos son dilatación pupilar, taquicardia, sudación, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación (APA, 2000).

Los síntomas de intoxicación por PCP se desarrollan aproximadamente una hora después de usar la sustancia (o menos cuando se fuma, esnifa o se inyecta por vía intravenosa) (APA, 2000). Los síntomas específicos se relacionan con la dosis e incluyen beligerancia, agresividad, agitación psicomotora y juicio alterado. Los síntomas físicos son nistagmo vertical u horizontal, hipertensión o taquicardia, entumecimiento o disminución de la respuesta al dolor, ataxia, disartria, rigidez muscular, convulsiones o coma, e hiperacusia.

Abuso y Dependencia de Cannabis

Perfil de la Sustancia

Cannabis es la segunda sustancia después del alcohol de la que más se abusa en Estados Unidos. Su principal ingrediente activo es delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Se encuentra de manera natural en la planta *Cannabis sativa*, que crece en climas cálidos. La marihuana, el tipo más prevalente de la preparación de cannabis, se compone de hojas secas, tallos y flores de la planta. El hachís es un concentrado más potente de la resina derivado de las flores de la planta; el aceite hash es una forma muy concentrada de THC que se obtiene después de hervir el hachís en un solvente y se filtra a materia sólida (*Street Drugs*, 2005). Los productos de cannabis por lo general se fuman en forma de cigarrillos enrollados, aunque también se ingieren cuando se preparan con alimentos, pero alrededor de las dos a tres partes de la cantidad de cannabis se debe beber para igualar la potencia de la que se obtiene por la inhalación (Sadock & Sadock, 2003).

En dosis moderadas, cannabis produce efectos que se parecen a los del alcohol y otros depresores del SNC. Al deprimir los centros cerebrales superiores, liberan los centros inferiores de influencias inhibidoras. En el pasado existió cierta controversia en la clasificación de estas sustancias, ya que no son narcóticos, pero están clasificadas como sustancias controladas; no son alucinógenos, pero en dosis muy elevadas pueden inducir alucinaciones; no son sedantes hipnóticos, pero se asemejan mucho a éstas, y al igual que los sedantes hipnóticos actúan en el sistema de activación reticular.

Con el uso de cannabis se presenta dependencia psicológica y es posible la tolerancia. Existe la controversia sobre la dependencia fisiológica con el uso de cannabis. Sadock y Sadock (2003) mencionan lo siguiente:

Los síntomas de abstinencia en humanos se limitan a irritabilidad, inquietud, insomnio, anorexia y náusea leve; todos éstos se presentan sólo cuando se interrumpe de manera repentina dosis elevadas. (p. 425)

En el cuadro 14-6 se presentan las preparaciones comunes de cannabis.

Aspectos históricos

Los productos de *Cannabis sativa* se han utilizado de manera terapéutica por casi 5 000 años (Julien, 2005). Primero se utilizó en China y la India como antiséptico y analgésico. Su uso se extendió después al Medio Oriente, África y Europa oriental.

En Estados Unidos, el interés médico sobre el uso de cannabis surgió durante la primera parte del siglo XIX. Se publicaron numerosos artículos exponiendo su uso por

CUADRO 14 – 6 Cannabinoides

Categoría	Preparaciones Comunes	Nombres Comunes
<i>Cannabis</i>	Marihuana	Porro, mala hierba, hierba, pasto, Mary Jane, té de Texas, hierba del loco, MJ, heno, stick
	Hachís	Hash, bhang, ganja, charas

muchas y variadas razones. Era utilizada con mucha frecuencia, como hoy en día se emplea el ácido acetilsalicílico y se podía obtener sin prescripción médica en cualquier farmacia. Se consideraba que tenía cualidades antibacterianas y anticonvulsivas, para disminuir la presión intraocular, el dolor, y ayudar en el tratamiento del asma, aumentar el apetito y en general levantar el ánimo.

La sustancia perdió preferencia, debido a la enorme variación en la eficacia del contenido de THC de las diferentes plantas. Se prefirieron otros medicamentos por su mayor solubilidad e inicio de acción más rápido que los productos de cannabis. Una ley federal prohibió su uso legal en 1937, después de que se hizo evidente la relación entre la marihuana y actividades criminales. En la década de 1960, se convirtió en un símbolo de la generación “en contra de lo establecido”, con la cual alcanzó su pico máximo como droga de abuso.

Continúa la investigación en relación con los posibles usos terapéuticos de cannabis. Se ha demostrado que es un fármaco eficiente para aliviar náusea y vómito asociado con quimioterapia cuando otros medicamentos antináusea fallan. También se utiliza en el tratamiento de dolor crónico, glaucoma, esclerosis múltiple y sida (Sadock y Sadock, 2003).

En la actualidad hay quienes abogan por la utilidad terapéutica, en Estados Unidos persiste el apoyo para la legalización de los productos del cannabis. Tales grupos como *Alliance for Cannabis Therapeutics* (ACT) y *National Organization for the Reform of Marijuana Laws* (NORML) insisten para que se permita que personas enfermas tengan acceso a ésta. El uso médico de la marihuana está legalizado en varios estados. La US DEA (2003) establece lo siguiente:

La legalización de la marihuana a través de un proceso político traspasa las salvaguardas establecidas por la FDA, para proteger al público de sustancias peligrosas e ineficientes. Cualquier otra que se prescriba se debe probar según rigurosos protocolos científicos, para garantizar la seguridad y eficacia antes de ser vendida. El movimiento médico de la marihuana y su campaña de un millón de dólares ha contribuido a cambiar la acti-

tud entre los jóvenes de que la marihuana no es dañina. Entre las consecuencias más perjudiciales es que favorece el uso de otras sustancias ilegales como la heroína y cocaína. Estudios a largo plazo de estudiantes que consumen fármacos mostraron que muy pocas personas utilizan otras sustancias ilegales sin probar primero la marihuana. Mientras que no todos los que consumen continúan con otras sustancias, el uso de la marihuana en ocasiones disminuye las inhibiciones para emplear otros compuestos y expone a los consumidores a una cultura que alienta el uso de éstos.

Se requiere de más investigaciones para determinar los efectos a largo plazo de la droga. Hasta que los resultados indiquen lo contrario, es seguro asumir que los efectos dañinos de estas sustancias sobrepasan los beneficios.

Patrones de Uso y Abuso

La *National Survey on Drug Use and Health*, SAMHSA (2006) informó que alrededor de 19.7 millones de estadounidenses de 12 años de edad en adelante eran consumidores regulares de sustancias ilegales, lo que significa que las habían consumido durante el mes anterior a la investigación. Esta cantidad representa el 8.1% de la población a partir de los 12 años de edad en adelante; la marihuana fue la más utilizada. En 2005, fue consumida por 74% de los adictos regulares ilegales, lo que constituye cerca de 14.6 millones.

Muchas personas consideran, de manera incorrecta, los productos de cannabis como sustancias de bajo potencial de abuso. Esta falta de conocimiento promueve el consumo por algunos individuos que creen que no es dañina. La tolerancia, aunque tiende a disminuir con rapidez, se presenta con el uso crónico, y conforme se desarrolla, se observa dependencia física, lo que provoca un leve síndrome de abstinencia (como se describió con anterioridad) cuando se suspende el consumo.

Existe la controversia en relación a que la marihuana favorece o no el consumo de otras sustancias ilegales. Sadock y Sadock (2003) mencionan al respecto:

La marihuana es la sustancia ilegal más utilizada entre los estudiantes de secundaria y preparatoria. Se le ha llamado “gateway drug” ya que su uso es el factor de predicción más fuerte para que en el futuro se consuma cocaína durante la adolescencia (p. 1 286).

Efectos en el Organismo

A continuación se presenta un resumen de algunos de los efectos que se le atribuyen a la marihuana en años recientes. Conforme continúan las investigaciones, habrá más información adicional sobre los efectos fisiológicos y psicológicos.

Efectos Cardiovasculares

La ingestión de cannabis induce taquicardia e hipotensión ortostática (*National Institutes of Health* [NIH], 2003). Con la disminución de la presión arterial, se disminuye el aporte de oxígeno al corazón, y la taquicardia a su vez aumenta la demanda de oxígeno.

Efectos Respiratorios

La marihuana produce una mayor cantidad de “alquitrán” que es su equivalente en peso al tabaco. Debido a la manera en que se fuma —esto es, el humo es inhalado a los pulmones lo más posible para alcanzar el efecto deseado— se depositan grandes cantidades de alquitrán en los pulmones, lo que promueve los efectos perjudiciales.

Aunque la reacción inicial a la marihuana es la broncodilatación, y por lo tanto se facilita la respiración, el uso crónico ocasiona trastornos obstructivos de las vías respiratorias (NIH, 2003). Los consumidores frecuentes a menudo tienen laringitis, bronquitis, tos, y ronquera. El humo de cannabis tiene más carcinógenos que el del tabaco; por lo tanto, el daño pulmonar y el cáncer son riesgos reales para los consumidores recurrentes.

Efectos Reproductivos

Algunos estudios demuestran una disminución en las concentraciones de testosterona en el suero y anomalías en el recuento, movilidad y estructura de los espermatozoides correlacionados con el uso intenso de la marihuana (NIH, 2003). En mujeres, se correlaciona con insuficiencias en la ovulación, dificultad en la lactancia y riesgo mayor de aborto espontáneo.

Efectos en el Sistema Nervioso Central

Los efectos agudos en el SNC se relacionan con la dosis. Muchas personas señalan que tienen sensaciones de estar “elevados” —el equivalente a estar “borrachos” por alcohol. Los síntomas incluyen sentimientos de euforia, inhibiciones relajadas, desorientación, despersonalización, y relajación. Con dosis más elevadas, se pueden presentar alteraciones sensoriales, incluso de juicio en tiempo y espacio, memoria reciente y en la capacidad de aprendizaje, temblores, rigidez muscular y enrojecimiento de las conjuntivas. Los efectos tóxicos en general se caracterizan por reacciones de pánico. Se ha demostrado que el uso agudo precipita una psicosis autolimitante y aminora una vez que es eliminada del organismo (Julien, 2005).

El uso prolongado de estas sustancias también se relaciona con el *síndrome amotivacional*; cuando se presenta, el individuo se preocupa por completo en consumir. Los síntomas incluyen letargo, apatía, deterioro social y per-

sonal, y falta de motivación. Este síndrome parece ser más común en países en los cuales las preparaciones son más potentes y donde la sustancia está disponible con mayor libertad que en Estados Unidos.

Funcionamiento Sexual

La marihuana aumenta la experiencia sexual tanto en hombres como en mujeres. Se considera que la conciencia sensorial aumenta y la percepción subjetiva de que el tiempo se detiene; también se incrementa el funcionamiento sexual por liberar las inhibiciones para ciertas actividades que de manera normal se evitarían.

Intoxicación por Cannabis

La intoxicación por esta sustancia es evidente por la presencia de comportamiento de desadaptación clínicamente significativo o por cambios psicológicos que se desarrollan durante o poco después del uso (APA, 2000). Los síntomas incluyen falta de coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo se detiene, y juicio alterado. Los síntomas físicos son congestión de las conjuntivas, aumento del apetito, boca seca y taquicardia. La alteración de las habilidades motoras dura de 8 a 12 horas e interfiere con la maniobra de vehículos. Estos efectos se suman a los del alcohol, que es frecuente ingerirlo en combinación con la marihuana (Sadock y Sadock, 2003).

En los cuadros 14-7 y 14-8 se presentan resúmenes de las sustancias psicoactivas, síntomas de intoxicación, abstinencia, uso, sobredosis, posibles usos terapéuticos y nombres comerciales y comunes por los cuales son referidos.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración

En la fase preintroductoria del desarrollo de la relación, el personal de enfermería debe examinar sus sentimientos sobre trabajar con un paciente que abusa de sustancias. Si sus comportamientos son vistos como equivocados moralmente y el personal de enfermería ha interiorizado estas actitudes desde muy temprano en su vida, es muy difícil suprimir sentimientos de juicio. El papel que el alcohol y otras sustancias juegan en la vida del personal de enfermería ciertamente afectará la forma como interactúa con el paciente que consume sustancias.

¿Cómo examinar las actitudes? Algunos individuos tienen la capacidad para la introspección y reconocer por sí mismos si tienen asuntos sin resolver relacionados con el abuso de sustancias. Para otros puede ser útil discutir estos temas en una situación de grupo, donde la intros-

CUADRO 14 – 7 Sustancias Psicoactivas: Resumen del Perfil

Tipo de Fármaco	Síntomas de Uso	Usos Terapéuticos	Síntomas de Sobredosis	Nombres Comerciales	Nombres Comunes
Depresores del sistema nervioso central (CNS)					
Alcohol	Relajación, pérdida de inhibiciones, falta de concentración, somnolencia, lenguaje confuso, sueño	Antídoto para consumo de metanol, ingrediente en varios concentrados farmacológicos	Náusea, vómito; baja respiración; piel fría, húmeda; pulso rápido; debilidad; coma; muerte probable	Alcohol etílico, cerveza, ginebra, ron, vodka, bourbon, whisky, licores, vino, brandy, jerez, champaña	Licores, alcohol, destilados, tragos, cocteles, whiskys con soda, copas de vino, brillo de luna, <i>white lightening</i> (luz blanca). aguardiente
Otros (barbitúricos y no barbitúricos)	Iguales que el alcohol	Alivio para ansiedad e insomnio, así como anticonvulsivo y anestésico	Ansiedad, fiebre, agitación, alucinaciones, desorientación, temblores, delirio, convulsiones, muerte probable	Seconal, Nembutal Amytal Valium Librium Noctec Miltown	Pájaros rojos, pájaros amarillos, pájaros azules/amarillos, verdes y blancos <i>Mickies Downers</i>
Estimulantes del sistema nervioso central (CNS)					
Anfetaminas y sustancias relacionadas	Hiperactividad, agitación, euforia, insomnio, pérdida de apetito	Manejo de narcolepsia, hipercinesia, y control de peso	Arritmias cardíacas, dolor de cabeza, convulsiones, hipertensión, frecuencia cardíaca acelerada, coma, muerte probable	Dexedrine, Didrex, Tenuate, Prelu- 2, Ritalin, Focalin, Meridian, Provigil	Uppers, pep pills, Wakeups (para despertar), bennies, eye-openers (para despertar), speed, black, beauties (bellazas), sweet As
Cocaína	Euforia, hiperactividad, inquietud, hablan sin parar, aumento de pulso, pupilas dilatadas, rinitis		Alucinaciones, convulsiones, edema pulmonar, insuficiencias respiratorias, coma, falla cardíaca, muerte probable	Hidrocloruro de cocaína	Coke, flake, snow, (coca, hojuela, nieve) Dust, happy dust, (polvo, polvo feliz) gold, dust girl (oro, chica de polvo) cecil, c, toot, blow, crack
Opioides					
	Euforia, aturdimiento, somnolencia, falta de motivación, pupilas contraídas	Como analgésicos; metadona en terapia de sustitución; la heroína no tiene uso terapéutico	Baja respiración, pulso retardado, piel húmeda, edema pulmonar, insuficiencias respiratorias, convulsiones, coma, muerte probable	Heroína Morfina Codeína Hidromorfona (Dilauidid) Demerol Metadona (Dolophine) Percodan Pentazocina (Talwin) Opio	Snow (nieve), stuff, H, harry, horse M, morph, Miss Emma Schoolboy Lords Doctors Dollies Perkies Ts Big O, black stuff (basura negra)
Alucinógenos					
	Alucinaciones visuales, desorientación, confusión, falsas ilusiones paranoicas, euforia, ansiedad, pánico, aumento de pulso	LSD es propuesto en el tratamiento de alcoholismo crónico, y en la reducción de dolor intratable	Agitación, hiperactividad extrema, violencia, alucinaciones, psicosis, convulsiones muerte probable	LSD STP Mescalina DMT STP	Ácido, cubo, big D Polvo de Ángel, hog, peace pill (píldora de la paz) Mesc Businessman's trip (viaje de hombre de negocios) Serenity and peace (serenidad y paz)
Cannabinol					
	Relajación, hablan sin parar, disminución de inhibiciones, euforia, variaciones de humor	La marihuana es usada para el alivio de náusea y vómito asociados con la quimioterapia neoplásica y para reducir la presión de los ojos en glaucoma	Fatiga, paranoia, ilusiones, alucinaciones, posible psicosis	Cannabis Hachís	Marihuana, pot (herba), grass (pasto), porro, Mary Jane, MJ Hash, rope, Sweet Lucy

CUADRO 14 – 8 Resumen de los Síntomas Relacionados con los Síndromes de Intoxicación y Desintoxicación

Tipo de Fármaco	Intoxicación	Abstinencia	Comentarios
<i>Alcohol</i>	Agresividad, juicio alterado, atención alterada, irritabilidad, euforia, depresión, fragilidad emocional, lenguaje confuso, incoordinación, paso inestable, nistagmo, enrojecimiento del rostro.	Tremblores, náusea/vómito, malestar, debilidad, taquicardia, transpiración, hipertensión, ansiedad, humor deprimido, irritabilidad, alucinaciones, dolor de cabeza, insomnio, convulsiones.	La desintoxicación del alcohol empieza después de 4 a 6 h del último trago. Puede progresar a delirio tembloroso en el segundo o tercer días. El uso de clordiazepóxido u oxazepam es común para la terapia de sustitución.
<i>Anfetaminas y sustancias relacionadas</i>	Peleas, magnificencia, hipervigilancia, agitación psicomotora, juicio alterado, taquicardia, dilatación pupilar, hipertensión, transpiración fría, náusea y vómito.	Ansiedad, humor deprimido, irritabilidad, ansias por la sustancia, fatiga, insomnio o hiperinsomnio, agitación psicomotora, paranoia y pensamientos suicidas.	Los síntomas de desintoxicación llegan al máximo en general en el plazo de 2 a 4 días, aunque la depresión e irritabilidad puede persistir por meses. Pueden usarse antidepresores.
<i>Cafeína</i>	Inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, enrojecimiento del rostro, diuresis, malestar gastrointestinal, tics musculares, flujo incoherente del pensamiento y charla, arritmia cardíaca, períodos de hiperactividad, agitación psicomotora.	Dolor de cabeza	La cafeína se encuentra en el café, té, refrescos de cola, cacao, chocolate, algunos analgésicos sin receta, antígrípales, y estimulantes.
<i>Cannabis</i>	Euforia, ansiedad, desconfianza, sensación de tiempo retardado, juicio alterado, aislamiento social, taquicardia, enrojecimiento de conjuntivas, aumento del apetito, alucinaciones.	Inquietud, irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito.	La intoxicación ocurre de manera inmediata y dura alrededor de 3 h. En la ingestión oral, la absorción es más lenta y tiene efectos más duraderos.
<i>Cocaína</i>	Euforia, peleas, magnificencia, hipervigilancia, agitación psicomotora, juicio alterado, taquicardia, hipertensión, dilatación pupilar, transpiración fría, náusea/vómito, alucinaciones, delirio.	Depresión, ansiedad, irritabilidad, fatiga, insomnio o hiperinsomnio, agitación psicomotora, pensamientos paranoicos o suicidas, apatía, aislamiento social.	Grandes dosis pueden resultar en convulsiones o la muerte por arritmias cardíacas o parálisis respiratoria.
<i>Inhalantes</i>	Hostilidad, provocación, apatía, juicio alterado, mareo, nistagmo, lenguaje confuso, paso inestable, letargo, reflejos disminuidos, temblores, visión borrosa, estupor o coma, euforia, irritación alrededor de los ojos, garganta y nariz.		La intoxicación ocurre a los 5 min de inhalación. Los síntomas duran de 60 a 90 min. Grandes dosis pueden repercutir en muerte por depresión del SNC o arritmia.
<i>Nicotina</i>		Ansias por la sustancia, irritabilidad, enojo, frustración, ansiedad, difícil concentración, inquietud, frecuencia cardíaca disminuida, aumento de apetito, aumento de peso, temblores, dolores de cabeza, insomnio.	Los síntomas de la desintoxicación comienzan dentro de las 24 h siguientes a la última dosis y disminuye en intensidad conforme pasan los días, semanas, o a veces más.
<i>Opioides</i>	Euforia, letargo, pereza, apatía, malestar, juicio alterado, constricción pupilar, somnolencia, lenguaje confuso, constipación, náusea, frecuencia respiratoria y presión arterial disminuidos.	Ansias por la sustancia, náusea/vómito, dolores musculares, lagrimeo o flujo nasal, dilatación pupilar, piloerección o sudoración, diarrea, bostezos, fiebre, insomnio.	Los síntomas de desintoxicación aparecen dentro de 6 a 8 h después de la última dosis, alcanzando su punto culminante en el segundo o tercer días, y desaparece en 7 a 10 días. Los períodos son más cortos con meperidina y más largos con metadona.

(Continúa)

CUADRO 14 – 8 Resumen de los Síntomas Relacionados con los Síndromes de Intoxicación y Desintoxicación (continuación)

Tipo de Fármaco	Intoxicación	Abstinencia	Comentarios
<i>Fenciclidina y sustancias relacionadas</i>	Hostilidad, provocación, impulsividad, agitación psicomotora, juicio alterado, nistagmo, frecuencia cardíaca y presión arterial aumentados, respuesta disminuida del dolor, ataxia, disartria, rigidez muscular, convulsiones, hiperascusia, delirio.		El delirio puede ocurrir dentro de las 24 h siguientes al uso de fenciclidina, o podría ocurrir hasta una semana después, siguiendo una recuperación de la sobredosis.
<i>Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos</i>	Desinhibición de impulsos sexuales y agresivos, fragilidad de humor, juicio alterado, lenguaje confuso, incoordinación, marcha inestable, alteración en la atención o memoria, desorientación, confusión.	Náusea/vómito, malestar, debilidad, taquicardia, transpiración, ansiedad, irritabilidad, hipotensión ortostática, insomnio, convulsiones.	La intoxicación puede desarrollarse hasta el delirio, usualmente dentro de la semana siguiente a la última ingestión. Los barbitúricos o benzodiazepinas de larga duración pueden usarse en la terapia de sustitución.

pección se obtiene de la retroalimentación de las percepciones de otras personas.

Ya sea a solas o en grupo, el personal de enfermería puede obtener un mejor entendimiento sobre las actitudes y sentimientos en relación al abuso de sustancias al responder las siguientes preguntas. Como se describe, las preguntas son específicas para el consumo de alcohol, pero se pueden adaptar para cualquier sustancia.

- ¿Cuáles son mis patrones para beber?
- Si lo hago, ¿por qué bebo?, ¿cuándo, dónde y qué cantidad?
- En caso de no beber, ¿por qué me abstengo?
- ¿Me siento cómoda con mi manera de beber?
- Si decido no beber más, ¿sería un problema para mí?
- ¿Qué aprendí de mis padres en relación a la bebida?
- ¿Han cambiado mis actitudes como adulto?
- ¿Cuáles son mis sentimientos por las personas que se intoxican?
- ¿Parece más aceptable para algunos individuos que para otros?
- ¿Alguna vez he utilizado términos como “ebrio”, “borracho” o “bebedor” para describir a algunas personas que son indulgentes, e incluso pasarlo por alto en otras personas?
- ¿Alguna vez he sido indulgente conmigo misma?
- ¿El uso del alcohol (yo misma o por otras personas) ha afectado mi vida de alguna forma?
- ¿Veo el abuso del alcohol o sustancias como un signo de debilidad? ¿Un problema moral? ¿Una enfermedad?

A menos que el personal de enfermería entienda por completo y acepte sus propias actitudes y sentimientos, no pueden sentir empatía por los problemas de los pacientes. Los enfermos en recuperación necesitan saber que

son aceptados por ellos mismos, sin importar el comportamiento pasado. El personal de enfermería debe ser capaz de separar al paciente del comportamiento y aceptar al individuo con consideración positiva e incondicional.

Instrumentos de Valoración

Con frecuencia el personal de enfermería es quien realiza la entrevista de admisión. Son varias las herramientas de valoración apropiadas para su uso en unidades especializadas en farmacodependencia. Una historia de enfermería y herramienta de valoración se presenta en el capítulo 7. Con algunas adaptaciones, es un instrumento apropiado para formar la base de datos para los pacientes que abusan de sustancias. El recuadro 14-1 presenta una historia y valoración que se puede utilizar en conjunto con la evaluación biopsicosocial general.

Existen otras herramientas de valoración para determinar si un individuo tiene un problema con sustancias. Dos de estas herramientas se desarrollaron por la *American Psychiatric Association* para el diagnóstico de alcoholismo incluye la *Michigan Alcoholism Screening Test* y *CAGE Questionnaire* (recuadros 14-2 y 14-3). Algunas unidades psiquiátricas proporcionan estas encuestas a todos los pacientes que son admitidos para ayudarlos a determinar si el alcoholismo es un problema secundario al psiquiátrico (algunas veces se llama **diagnóstico dual**). Es posible adaptar estas herramientas para utilizarlas en los problemas de diagnóstico con otros fármacos.

Diagnóstico Dual

Si se determina que el paciente tiene un trastorno por uso de sustancias coexistente con una enfermedad mental, puede ser asignado a un programa especial para tratar ambos problemas.

RECUADRO 14-1 Historia de la Sustancia y Valoración *

1. Durante su crecimiento, ¿alguien en su familia ingería alcohol o tomaba alguna otra clase de fármacos?
2. Si fue así, ¿de qué manera afectó la situación familiar el uso de esas sustancias?
3. ¿Cuándo consumió su primer bebida/fármaco?
4. ¿Por cuánto tiempo ha ingerido alcohol/fármacos de manera regular?
5. ¿Cuál es su patrón de uso de sustancias?
 - a. ¿Cuándo consume sustancias?
 - b. ¿Qué es lo que consume?
 - c. ¿Qué cantidad?
 - d. ¿En dónde y con quién se encuentra cuando consume?
6. ¿Cuándo consumió su última bebida/fármaco? ¿Qué sustancia era y cuánto consumió?
7. ¿El uso de esta(s) sustancia(s) le causa algún problema? Describalos. Incluye familia, amigos, trabajo, escuela, otros.
8. ¿Ha experimentado algún tipo de daño como resultado del uso de la sustancia?
9. ¿Ha sido arrestado o encarcelado por el consumo de alcohol/sustancias?
10. ¿Ha tratado alguna vez de dejar de ingerirlas? Si es así, ¿cuál fue el resultado? ¿Experimentó algún síntoma físico, como temblores, dolor de cabeza, insomnio, transpiración o convulsiones?
11. ¿Ha experimentado pérdida de memoria por períodos cuando ingiere sustancias?
12. Describa un día típico en su vida.
13. ¿Hay algún cambio que le gustaría hacer en su vida? Si es así, ¿cuál?
14. ¿Qué planes o ideas tiene para que esos cambios ocurran?

*Para usarse en conjunto con el historial biopsicosocial general de cuidado y las herramientas de evaluación (capítulo 7).

La orientación para la persona con algún trastorno mental que abusa de sustancias requiere un acercamiento diferente al del individuo que abusa de sustancias, pero sin enfermedad mental. Para este último, muchos orientadores utilizan la confrontación directa de los comportamientos de uso de fármacos; en cambio, se considera que este acercamiento es perjudicial para tratar a una persona con una enfermedad mental crónica (Mack, Franklin y Frances, 2003). Casi todos los programas de diagnóstico dual tienen más apoyo y menos confrontación.

Los grupos de apoyo de pares son una parte importante del programa de tratamiento, en éstos sus miembros ofrecen aliento y consejos prácticos unos a otros. La psicoterapia puede ser útil para algunos individuos con diagnóstico dual porque se busca en la historia personal cómo los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias se refuerzan uno a otro y cómo romper el círculo (*Harvard Medical School*, 2003). Las terapias cognitivas y de comportamiento son útiles para entrenar a los pacientes a observar los estados de ánimo y los patrones de pensamientos que los llevan al abuso. Con estas terapias, los enfermos aprenden a evitar el uso de sustancias y a enfrentar el deseo y la tentación por recaer (*Harvard Medical School*, 2003).

Los individuos con diagnóstico dual deben ser alentados a asistir a programas de recuperación de 12 pasos (p. ej., Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos). Los pacientes con este diagnóstico algunas veces se resisten a ir a los programas de 12 pasos, y con frecuencia prefieren ir a grupos diseñados de manera específica para personas con trastornos psiquiátricos.

Los grupos de abuso de sustancias se integran en los programas regulares para los pacientes psiquiátricos con diagnóstico dual. Un individuo en una institución psiquiátrica o en un programa de tratamiento diario asiste al grupo de abuso de sustancias de manera periódica en lugar de otras actividades calendarizadas. Los temas se dirigen a asuntos que son únicos para los pacientes con enfermedad mental, tales como mezcla de medicamentos con otras sustancias, al igual que temas que son comunes a los consumidores primarios de sustancias. Los individuos son alentados a discutir sus problemas personales.

Mack, Franklin y Frances (2003) mencionan lo siguiente:

El diagnóstico dual de los pacientes con frecuencia cae en las grietas del sistema de tratamiento. Los trastornos psiquiátricos graves con frecuencia adolecen del tratamiento completo en las clínicas de abuso de sustancias o en los grupos de autoayuda. La adición de otro eje de trastornos I, II y III a los trastornos por abuso de sustancias complica mucho el diagnóstico y hace que el tratamiento sea más difícil.

La asistencia continua a las reuniones de los grupos de 12 pasos se alienta para aligerar el tratamiento. Se considera la participación de la familia y se resumen estrategias preventivas. El manejo del caso individual es común y exitoso con frecuencia cuando se promueve por esta supervisión cercana.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

El siguiente paso del proceso de enfermería es identificar los diagnósticos apropiados para analizar los datos recopilados durante la fase de valoración. El individuo que abusa o depende de sustancias tiene muchas necesidades físicas y emocionales sin satisfacer. Los diagnósticos de enfermería posibles para los pacientes con trastornos relacionados con sustancias incluyen los siguientes:

- Negación ineficiente relacionada con un yo débil y subdesarrollado que se hace evidente por “no tengo ningún problema con (la sustancia). Puedo dejarla cuando quiera”.
- Enfrentamiento ineficiente relacionado con habilidades de enfrentamiento inadecuadas y con un yo débil que se evidencia por el uso de sustancias como un mecanismo de enfrentamiento.
- Problemas de nutrición: menores a los requerimientos corporales y deficiencia de líquidos relacionados con la

RECUADRO 14–2 Prueba de Detección de Alcoholismo de Michigan (MAST, por sus siglas en inglés)

Responda las siguientes preguntas situando una X debajo de sí o no.*

	Sí	No
1. ¿Disfruta de una bebida de vez en cuando?	0	0
2. ¿Siente que es un bebedor común? (Por normal, se entiende que usted bebe menos o igual que la mayoría de las personas.)	2	
3. ¿Alguna vez ha despertado la mañana siguiente a una noche donde bebió y se da cuenta que no recuerda parte de la noche?	2	
4. ¿Su cónyuge, padres o algún otro pariente cercano se ha preocupado o quejado por su manera de beber?	1	
5. ¿Podría usted dejar de beber sin ninguna resistencia después de uno o dos tragos?		2
6. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por su manera de beber?	1	
7. ¿Sus amigos o familiares piensan que usted es un bebedor común?		2
8. ¿Puede usted parar de beber cuando quiere?		2
9. ¿Alguna vez ha asistido a una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?	5	
10. ¿Se ha involucrado en peleas físicas cuando bebe?	1	
11. ¿Su manera de beber alguna vez ha ocasionado problemas entre usted y su cónyuge, padres u otro pariente?	2	
12. ¿Su cónyuge u otro familiar han acudido a alguien para ayudarlo con su manera de beber?	2	
13. ¿Ha perdido a algún amigo por su manera de beber?	2	
14. ¿Ha ocasionado algún problema en la escuela o trabajo por su manera de beber?	2	
15. ¿Alguna vez ha perdido un empleo por su manera de beber?	2	
16. ¿Ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días seguidos por estar bebiendo?	2	
17. ¿Usted bebe antes de mediodía bastante a menudo?	1	
18. ¿Le han dicho tener problemas en el hígado? ¿Cirrosis?	2	
19. Despues de beber ¿alguna vez ha tenido delirios temblorosos (DT) o convulsiones graves, o ha escuchado o visto cosas que no eran reales?	5	
20. ¿Ha acudido a alguien que lo ayude con su manera de beber?	5	
21. ¿Estuvo alguna vez en un hospital por beber?	5	
22. ¿Ha sido paciente en un hospital psiquiátrico o ha estado en la sala psiquiátrica de un hospital general porque el beber fue la razón del problema por la que requirió hospitalización?	2	
23. ¿Ha acudido a algún psiquiatra o clínica de salud mental, o a algún doctor, trabajador social o sacerdote por ayuda con cierto tipo de problema emocional, cuya razón tiene que ver con la bebida?	2	
24. ¿Fue arrestado alguna vez por conducir intoxicado o ebrio? (Si ha sido así, ¿cuántas veces?)	2ea	
25. ¿Ha sido arrestado o puesto bajo custodia, aunque sea por unas horas, por algún otro comportamiento bajo las influencias del alcohol? (Si ha sido así, ¿cuántas veces?)	2ea	

*Los puntos son calificados debajo de la respuesta que indicaría algún problema con el alcohol.

Método para calificar: 0–3 puntos = ningún problema con el alcohol

4 puntos = problema posible con el alcohol

5 o más puntos = indica problemas con el alcohol

Fuente: De Selzer, M. L.: Prueba de exploración de alcoholismo de Michigan: la búsqueda para un nuevo instrumento de diagnóstico. *American Journal of Psychiatry* (1971), 127, 1653–1658. Permiso autorizado.

RECUADRO 14–3 El Cuestionario CAGE

- ¿Alguna vez ha sentido que debe reducir su consumo (*Cut*)?
- ¿Las personas lo han molestado por criticar su consumo (*Annoyed*)?
- ¿Se ha sentido mal o culpable por su consumo (*GUILTY*)?
- ¿Ha tomado un trago como primer acción en la mañana para calmar sus nervios o para librarse de la resaca (*Eye opener*)?

Calificación: 2 o 3 respuestas afirmativas sugieren fuertemente un problema con el alcohol.

Fuente: De Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). El cuestionario CAGE: Validación de un nuevo instrumento de la investigación del alcoholismo. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121–1123. Permiso autorizado.

bebida o tomar sustancias en lugar de comer, que se observa por la pérdida de peso, conjuntivas y membranas mucosas pálidas, poca turgencia de la piel, desequilibrio de electrolitos, anemias, y otros signos y síntomas de desnutrición y deshidratación.

- Riesgo de infección relacionado con la desnutrición y estado inmunitario alterado.
- Baja autoestima relacionada con el yo débil, falta de retroalimentación positiva evidenciada por críticas de sí mismo y otras personas y el uso de sustancias como mecanismo de enfrentamiento (comportamiento autodestructivo).

- Conocimiento deficiente de los efectos del abuso de sustancias en el organismo relacionados con la negación de los problemas evidenciados por el abuso.

Para el paciente con abstinencia de sustancias, los posibles diagnósticos incluyen los siguientes:

- Riesgo de lesiones relacionadas con la agitación del SNC (abstinencia de depresores del SNC).
- Riesgo de suicidio relacionado con depresión del ánimo (abstinencia de estimulantes del SNC).

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en el cuidado del paciente con trastorno relacionado con sustancias:

Paciente:

- No presenta lesiones físicas.

- No se ha causado daño a sí mismo ni a otras personas.
- Acepta la responsabilidad de su propio comportamiento.
- Reconoce la relación entre sus problemas personales y el uso de sustancias.
- Demuestra más comportamientos de adaptación que puede utilizar en situaciones estresantes (en lugar de consumir sustancias).
- No presenta signos o síntomas de infección o desnutrición.
- Muestra más autovalía al intentar nuevos proyectos sin temor a fracasar demostrando un comportamiento menos defensivo hacia los demás.
- Habla de la importancia de abstenerse del uso de fármacos con el fin de mantener su bienestar óptimo.

CUADRO 14 – 9 Plan de Atención al Paciente con Desorden Relacionado a las Sustancias

DIAGNÓSTICO DE CUIDADO: NEGACIÓN INEFICAZ

RELACIONADO CON: Yo débil o no desarrollado

REFLEJADO POR: Declaraciones que indican que no hay problema con el uso de sustancias

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente acepta la responsabilidad de su propio comportamiento y reconoce la asociación entre el uso de la sustancia y los problemas personales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle la confianza. Transmita una actitud de aceptación. Asegúrese de que el paciente comprenda que no es la <i>persona</i>, sino el <i>comportamiento</i> lo que es inaceptable. 2. Corrija cualquier idea equivocada, como, “no tengo ningún problema con la bebida, puedo dejarla cuando quiera...”. Haga esto de un modo práctico y no crítico. 3. Identifique comportamientos de inadaptación recientes o situaciones que hayan ocurrido en la vida del paciente, y discutan cómo el uso de sustancias puede ser un factor importante en eso. Mencione: “El informe de laboratorio mostró que su nivel de alcohol era de 250 cuando estuvo involucrado en ese accidente automovilístico.” 4. No permita al paciente especular o culpar a otros por comportamientos relacionados con el uso de sustancias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La aceptación incondicional promueve dignidad y autorreconocimiento, cualidades que el individuo trató de obtener con el uso de sustancias. 2. Estas intervenciones ayudan al paciente a ver su condición como una enfermedad que requiere de ayuda. 3. El primer paso en la disminución del uso de la negación es que el paciente considere la relación entre el uso de sustancias y los problemas personales. El confrontar los problemas con una actitud comprensiva, preserva la autoestima. 4. Esto sólo funciona para prolongar la negación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICAZ

RELACIONADO CON: Técnicas inadecuadas de enfrentamiento y yo débil

EVIDENCIADO POR: Uso de sustancias, un mecanismo de enfrentamiento

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa con palabras los mecanismos de defensa adaptativos para usarlos, en lugar del abuso de las sustancias, en respuesta a la tensión (y los demuestra como aplicables).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establezca límites en el comportamiento de manipulación. Administre las consecuencias cuando esos límites sean quebrantados. Obtenga muestras de orina de forma sistemática para el análisis de laboratorio de sustancias. 2. Explore las opciones disponibles para apoyar en caso de estrés en lugar de que se recurra al uso de sustancias. Practique esas técnicas. 3. Proporcione el refuerzo positivo para dar la posibilidad de retrasar la gratificación y responda a la tensión con estrategias de enfrentamiento de mayor adaptación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A causa de un yo débil y retraso en el desarrollo, el paciente no puede establecer límites por sí mismos ni posponer su satisfacción. Quizá el paciente obtenga las sustancias de diversas fuentes mientras se encuentra en el hospital. 2. Debido a que ha ligado estrechamente su satisfacción a sus necesidades orales, es improbable que el paciente esté consciente de otras estrategias de enfrentamiento. 3. Gracias al yo débil, el paciente necesita mucha retroalimentación positiva para su autoestima y promover el desarrollo del yo.

(Continúa)

CUADRO 14 – 9 Plan de Atención al Paciente con Desorden Relacionado a las Sustancias (continuación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN NO BALANCEADA: MENOR A LOS REQUERIMIENTOS DEL ORGANISMO/VOLUMEN FLUIDO DEFICIENTE

RELACIONADO CON: El uso de sustancias en lugar de comer

EVIDENCIADO POR: Pérdida de peso, conjuntiva y membranas mucosas pálidas y poca turgencia de la piel, desequilibrio de electrolitos, anemias (y otros signos y síntomas de desnutrición/deshidratación)

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
No se observan signos o síntomas de desnutrición/deshidratación.	<ol style="list-style-type: none"> Puede ser necesaria la nutrición parenteral al principio. Anime al paciente a que deje de fumar. Consulte al nutriólogo. Determine el número de calorías que el paciente requiere con base en su talla y cantidad de actividades que realiza. Registre el consumo y pérdida de calorías y pese al paciente diario. Asegúrese de que la cantidad de proteínas en la dieta es la correcta para la condición individual del paciente. El consumo de proteínas debe ser el adecuado para mantener un equilibrio de nitrógeno, pero debe ser disminuido de manera drástica o eliminado si existe un riesgo de coma hepático. Es necesario restringir el sodio. Proporcione alimento no irritante a pacientes con varices esofágicas. Proporcione pequeñas cantidades de los alimentos favoritos del paciente. Complemente las comidas nutritivas con múltiples vitaminas. 	<ol style="list-style-type: none"> Para corregir el desequilibrio de líquidos y electrolitos, la hipoglucemia y algunas deficiencias vitamínicas. Para facilitar la reparación al daño del aparato gastrointestinal. Estas intervenciones son necesarias para mantener una evaluación nutricional en curso. Un hígado enfermo no metaboliza de manera adecuada las proteínas, lo que ocasiona la acumulación de amoniaco en la sangre que circula al cerebro y provoca conciencia alterada. Minimizar la retención de líquidos (por ejemplo, ascitis y edema). Para evitar la irritación y hemorragia de estos vasos sanguíneos inflamados. Para animar al consumo y facilitar al paciente que reciba una nutrición adecuada.

Planeación/Realización

El cuadro 14-9 proporciona un plan de atención para el paciente con trastorno relacionado con sustancias, también se presentan los diagnósticos de enfermería seleccionados con los criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno de ellos.

El plan de atención de plan de conceptos es un acercamiento nuevo para presentar y organizar el cuidado de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre diagnóstico médico, de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 14-2 se presenta un ejemplo de un plan de atención como planeación de conceptos para un paciente con trastorno por abuso de sustancias.

Desintoxicación

- Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para el proceso de desintoxicación.
- Administrar la **terapia de sustitución** como se prescribe.

Atención Intermedia

- Explicar los síntomas físicos.
- Facilitar el entendimiento e identificar las causas de dependencia de sustancias.
- Proporcionar educación y asistencia en el curso del tratamiento para el paciente y la familia.

Rehabilitación

- Alentar la participación continua en el tratamiento a largo plazo.
- Promover la participación en sistema de apoyo al paciente externo (p. ej., AA).
- Ayudar al paciente a identificar fuentes alternativas de satisfacción.
- Proporcionar apoyo para la promoción y mantenimiento de la salud.

Educación del Paciente y la Familia

La educación del paciente es importante en el área psiquiátrica, como lo es en todas las áreas de enfermería. En el recuadro 14-4 se enlistan temas de educación para el paciente y la familia que son relevantes en relación con el uso de sustancias.

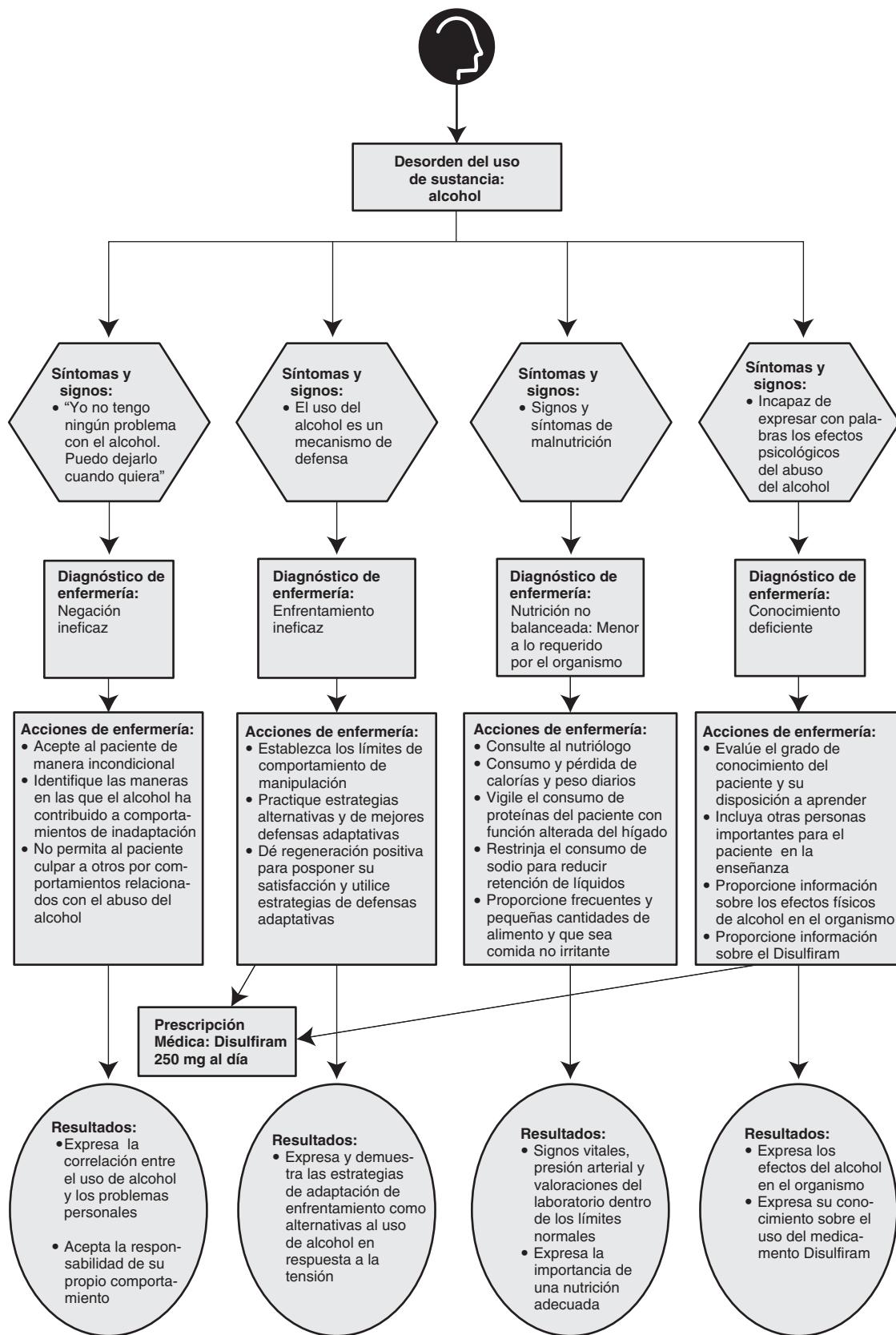


FIGURA 14-2 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno relacionado al uso de sustancias: alcohol.

**RECUADRO 14-4 Temas para Paciente/
Familia Educación Relacionada con Trastornos
por Uso de Sustancias**

Naturaleza de la Enfermedad

1. Efectos (de la sustancia) en el organismo
 - a. Alcohol
 - b. Otros depresores del Sistema Nervioso Central
 - c. Estimulantes del SNC
 - d. Alucinógenos
 - e. Inhalantes
 - f. Opioides
 - g. Cannabinoides
2. Formas en las que (el uso de sustancias) afecta la vida.

Tratamiento de la Enfermedad

1. Actividades que sustituyan el uso de sustancias en períodos de estrés
2. Técnicas de relajación
 - a. Relajación progresiva
 - b. Tensar y relajar
 - c. Respiración profunda
 - d. Autogénicos
3. Habilidades para resolver problemas
4. Lo esencial de una buena nutrición

Servicios de Apoyo

1. Asistencia financiera
2. Asistencia legal
3. Alcohólicos Anónimos (y otros grupos de apoyo específico a otras sustancias)
4. Apoyo de persona a persona

Evaluación

El paso final del proceso de enfermería incluye la reevaluación para determinar si las intervenciones de enfermería han sido efectivas para alcanzar los objetivos de la atención. La evaluación del paciente con trastorno por uso de sustancias se puede hacer recopilando información por medio de las siguientes preguntas:

- ¿La desintoxicación ocurrió sin complicaciones?
- ¿El paciente todavía está en negación?
- ¿Acepta la responsabilidad por su propio comportamiento? ¿Reconoce que tiene un problema con el uso de sustancias?
- ¿Ha hecho la correlación entre sus problemas personales y el uso de fármacos?
- ¿Todavía se excusa o culpa a otros por el uso de sustancias?
- ¿Permanece en el hospital sin utilizar sustancias?
- ¿Coopera con el tratamiento?
- ¿Evita comportamientos de manipulación y transgredir los límites?
- ¿Habla de estrategias de adaptación alternativas para sustituir el uso de sustancias? ¿Ha demostrado utilizar

estas estrategias? ¿El reforzamiento positivo alienta la repetición de estos comportamientos de adaptación?

- ¿Ha mejorado su estado nutricional? ¿Consumo la dieta adecuada para su talla y tipo de actividad? ¿Es capaz de discutir la importancia de la alimentación adecuada?
- ¿Permanece libre de infecciones durante la hospitalización?
- ¿Puede hablar de los efectos del abuso de sustancias en el organismo?
- ¿Habla de su deseo de recuperarse y permanecer libre de sustancias?

**CARACTERÍSTICAS DE TRATAMIENTO
PARA TRASTORNOS RELACIONADOS
CON SUSTANCIAS**

Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos (AA) es una importante organización de autoayuda para el tratamiento de alcoholismo. Fue fundada en 1935 por dos alcohólicos —un corredor de bolsa, Bill Wilson y un médico, el doctor Bob Smith—, quienes descubrieron que podían permanecer sobrios por medio del apoyo mutuo. Realizaron esto no como profesionistas, sino como dos personas que eran capaces de compartir sus experiencias comunes; pronto empezaron a trabajar con otros alcohólicos, quienes a su vez trabajaron con otros. El movimiento creció, y de manera importante, los individuos para quienes el tratamiento profesional no tuvo éxito fueron capaces de mantenerse sobrios a través del apoyo mutuo.

En la actualidad los grupos de AA se encuentran en todas las comunidades de Estados Unidos. Los grupos de autoayuda se basan en el concepto del apoyo de otras personas —la aceptación y entendimiento de otros que experimentan los mismos problemas en la vida. El único requerimiento para pertenecer a un grupo es el deseo de parte del alcohólico de dejar de beber. A cada nuevo miembro se le asigna una persona de apoyo para que reciba éste cuando la tentación de beber se presente.

Según una investigación de la *General Service Office of Alcoholics Anonymous* en 2004 (*Alcoholics Anonymous [AA]*, 2005) revelaron las siguientes estadísticas: los miembros de 30 años de edad y más jóvenes comprenden el 10% y la edad promedio de los miembros de AA es de 48 años; las mujeres representan 35%; 89.1% eran de raza blanca, 3.2% personas de raza negra, 4.4% representaban a los hispanos; 1.8% nativos estadounidenses, y 1.5% asiáticos estadounidenses y otras minorías. Por ocupación, los porcentajes más altos incluyen lo siguiente: 14% son retirados; 11% de autoempleados; 10% directores o

administradores; y 10% están en los campos profesionales o técnicos.

El único propósito de AA es ayudar a los miembros a permanecer sobrios. Cuando consiguen estar sobrios, a su vez se espera que ayuden a otras personas alcohólicas. Los 12 pasos que representan la filosofía de AA proporcionan lineamientos específicos sobre cómo alcanzar y mantenerse sobrios (recuadro 14-5).

Alcohólicos Anónimos acepta el alcoholismo como una enfermedad y promueve la abstinencia total como la única cura, y hace énfasis en que el alcohólico no puede estar seguro de volver a beber de manera social. Alientan a los miembros a buscar la sobriedad, día tras día. Las 12 tradiciones, que son los estatutos de los principios que gobiernan esta organización se presentan en el recuadro 14-6.

RECUADRO 14-5 Los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos

1. Nosotros admitimos que perdemos poder ante el alcohol y que nuestras vidas se han vuelto inmanejables.
2. Creemos que un Poder más grande que nosotros mismos podrá devolvernos la salud.
3. Tomamos la decisión de poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Hacemos una búsqueda y un inventario moral sin temor de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, nosotros mismos y cualquier persona estar conscientes de nuestros errores.
6. Estamos completamente listos para que Dios remueva todos estos defectos de nuestro carácter.
7. Humildemente pedimos a Él que retire nuestros defectos.
8. Hemos hecho una lista de todas las personas que hemos dañado y estamos en la mejor disposición de enmendarles esos daños.
9. Enmendaremos directamente a tales personas siempre que sea posible, con excepción de que eso dañe a ellos o a nosotros mismos.
10. Continuamos con nuestro inventario personal y cuando estemos equivocados, lo admitiremos.
11. Buscamos a través de la oración y meditación mejorar nuestro contacto con Dios como nosotros lo concebimos, orando sólo por conocer su voluntad y poder llevarla a cabo.
12. Al tener un despertar como resultado de estos pasos, nosotros tratamos de hacer llegar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Los Doce Pasos y Doce Tradiciones son reproducidos con autorización de los Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (AAWS), esto no significa que la AAWS ha revisado o aprobado los contenidos de esta publicación, o que AA está de acuerdo con los puntos de vista aquí expresados. AA es un programa de recuperación del alcoholismo *solo*. El uso de Los Doce Pasos y Doce Tradiciones en relación con programas y actividades basadas en el modelo AA, pero orientadas a otros problemas, o en cualquier otro contexto no vinculado con AA, no contradice lo anterior.

RECUADRO 14-6 Las 12 Tradiciones de Alcohólicos Anónimos

1. Nuestro bienestar común debe ser primero; la recuperación personal depende de la unidad de AA.
2. Para propósito de nuestro grupo no hay sino una sola autoridad —un Dios amoroso como Él puede expresarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes son siervos confiables; ellos no gobernan.
3. El único requisito para formar parte de AA es el deseo de dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en materia de afeción a otros grupos o a AA como asociación.
5. Cada grupo tiene sólo un propósito primario —el de llevar su mensaje al alcohólico que aún sufre.
6. Un grupo AA nunca debe endosar, financiar o prestar el nombre de AA a ningún complejo relacionado o empresas exteriores, no sea que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíe de nuestro propósito primario.
7. Cada grupo AA debe ser completamente autosuficiente, rehusando contribuciones exteriores.
8. Alcohólicos Anónimos debe permanecer siempre no profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. Alcohólicos Anónimos, como tal, no deben estar organizados; pero podemos crear consejos de comité directamente responsables por aquellos a quienes sirven.
10. Alcohólicos Anónimos no tiene opinión sobre problemas externos; por lo tanto, el nombre de AA nunca debe figurar en controversias públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas está basada en atracción más que en promoción; nosotros necesitamos mantener el anonimato personal en cuanto a prensa, radio y media.
12. El anonimato es la fundación espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos colocar los principios antes que nuestras personalidades.

Los Doce Pasos y Doce Tradiciones son reproducidos con autorización de los Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (AAWS), esto no significa que la AAWS ha revisado o aprobado los contenidos de esta publicación, o que AA está de acuerdo con los puntos de vista aquí expresados. AA es un programa de recuperación del alcoholismo *solo*. El uso de Los Doce Pasos y Doce Tradiciones en relación con programas y actividades basadas en el modelo AA, pero orientadas a otros problemas, o en cualquier otro contexto no vinculado con AA, no contradice lo anterior.

AA ha servido como modelo para otros grupos de autoayuda relacionados con problemas de abuso y dependencia. Algunos de éstos y los miembros para los que fueron organizados se enlistan en el cuadro 14-10. Es necesario que el personal de enfermería esté bien informado sobre la disposición de los grupos de autoayuda y su importancia como fuente de tratamiento en la atención a la salud para poder utilizarlos como referencia para pacientes con trastornos relacionados con abuso de sustancias.

CUADRO 14 – 10 Grupos de Autoayuda para Adicciones

Grupo	Miembros
Adultos Hijos de Alcohólicos (ACOA)	Adultos que crecieron con un alcohólico en el hogar
Al-Anon	Familias de alcohólicos
Alateen	Niños adolescentes de alcohólicos
Los Niños son Personas	Niños en edad escolar con un familiar alcohólico
Cocainómanos Anónimos	Adictos a la cocaína
Familias Anónimas	Padres de niños que abusan de las sustancias
Un Nuevo Comienzo	Adictos a la nicotina
Narcóticos Anónimos	Adictos narcóticos
Nar-Anon	Familias de adictos narcóticos
Comedores Compulsivos Anónimos	Adictos a la comida
Píldoras Anónimas	Adictos a varias sustancias
Mariguanos Anónimos	Fumadores de marihuana
Fumadores Anónimos	Adictos a la nicotina
Mujeres por la Sobriedad	Mujeres alcohólicas

El disulfiram no se puede administrar hasta que se tenga la certeza de que el paciente se ha abstenido del alcohol por lo menos 12 h. Si se interrumpe el medicamento, es importante que el enfermo entienda que la sensibilidad al alcohol puede durar hasta dos semanas. El consumo de éste o las sustancias que lo contienen durante dos semanas puede ocasionar una reacción de disulfiram-alcohol.

El paciente que recibe tratamiento con disulfiram debe estar consciente de la gran cantidad de sustancias que contienen alcohol. Estos productos (p. ej., jarabe para la tos y preparaciones para el resfriado, extracto de vainilla, lociones para después de afeitarse, colonias, enjuagues bucales, removedores de barniz para las uñas y alcohol isopropílico), si se ingieren o se frotan contra la piel pueden producir los síntomas descritos. El individuo debe leer las etiquetas con atención y debe informar a cualquier médico, dentista u otros profesionales de atención a la salud de que se está bajo tratamiento con disulfiram. Además, es importante que el paciente lleve consigo una tarjeta explicando las posibles consecuencias de la terapia, y los síntomas que puedan indicar una situación de urgencia.

El paciente debe estar bien asesorado antes de iniciar el tratamiento; además de realizar un examen médico completo, y se requiere una forma de consentimiento por escrito. Este fármaco está contraindicado en pacientes que corren grave riesgo de ingerir alcohol, en psicóticos y con enfermedades cardíacas, renales o hepáticas.

La terapia con disulfiram no es una cura para el alcoholismo, sólo proporciona una medida de control para el individuo que desea dejar de beber. Los pacientes que reciben este medicamento como tratamiento se les alienta a buscar ayuda para su problema, como AA u otro grupo en el proceso de recuperación.

Farmacoterapia

Disulfiram

El **disulfiram** es un fármaco que puede ser administrado a individuos que abusan del alcohol para disuadirlos a beber. La ingestión del alcohol mientras se administra disulfiram provoca mucho malestar. Incluso puede ocasionar la muerte si las concentraciones en sangre son muy altas. La reacción varía según la sensibilidad de la persona y qué tanto alcohol haya ingerido.

El disulfiram inhibe la enzima aldehído-deshidrogenasa, por lo que bloquea la oxidación de alcohol en la etapa en que el acetaldehído se convierte en acetato. Esto a su vez ocasiona una acumulación de acetaldehído en la sangre, lo que produce síntomas relacionados con la reacción alcohol-disulfiram. Estos síntomas persisten hasta que se metaboliza el alcohol. El índice de eliminación de alcohol no parece afectarse.

Los síntomas de la reacción de disulfiram-alcohol se manifiestan a los 5 a 10 min de ingestión de alcohol. Las reacciones leves se presentan en concentraciones de alcohol en la sangre de 5 a 10 mg/dl. Los síntomas se manifiestan con 50 mg/dl y pueden incluir piel enrojecida, palpitaciones en el cuello y la cabeza, dificultades respiratorias, vértigo, náusea y vómito, sudoración, hiperventilación, taquicardia, hipotensión, debilidad, visión borrosa, y reacciones graves como depresión, trastorno cardiovascular, arritmias, infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, inconsciencia, convulsiones y muerte.

Otros Medicamentos para el Tratamiento del Alcoholismo

El antagonista narcótico naltrexona fue aprobado por la FDA en 1994 para el tratamiento de dependencia del alcohol. Naltrexona, que primero fue autorizada en 1984 para el tratamiento de abuso de heroína, actúa en los mismos receptores del cerebro que produce los sentimientos de placer cuando la heroína u otros opiáceos se fijan en ellos, pero no producen el efecto de “elevación narcótica” y no produce hábito. Aunque el alcohol no se fija a los mismos receptores cerebrales, existen estudios que muestran que la naltrexona actúa bien en el uso de alcohol (O’Malley y col., 1992; Volpicelli y col., 1992). En comparación con los pacientes tratados con placebo, los sujetos en tratamiento con naltrexona mostraron de manera significativa menor índice de recaídas y bebieron menos por

día entre aquellos que volvieron a beber. Un estudio del tratamiento con una forma de nalmefeno produjo resultados similares (Mason y cols., 1994).

La eficacia de los ISRS en la disminución del deseo de alcohol entre los dependientes, ha producido resultados variados (NIAAA, 2000). Se ha obtenido más éxito con bebedores moderados que con los bebedores recurrentes.

En agosto de 2004, la FDA aprobó acamprosato, indicado para permanecer en abstinencia de alcohol en pacientes que inician el tratamiento. Aunque se desconoce el mecanismo de acción de este medicamento, se piensa que restaura el equilibrio normal entre la excitación y la inhibición, por interacción con el glutamato y el sistema de neurotransmisores GABA. Acamprosato no es eficaz en pacientes que no han estado en desintoxicación y en abstinencia antes de empezar el tratamiento. Está recomendado para el uso concomitante con terapia psicosocial.

Orientación

La orientación basada en el trato persona-a-persona con frecuencia es útil para ayudar a las que abusan de sustancias. La relación se dirige a un objetivo, y la duración de la orientación puede tardar semanas o años. El enfoque se dirige a la realidad presente, el desarrollo activo de una relación de trabajo en el tratamiento, manipulación del ambiente y fortalecimiento del yo. El orientador debe ser cálido, amable, y no juzgar, pero capaz de poner límites con firmeza. Najavits y Weiss (1994) establecen que “la primera característica de los orientadores que influyen en los resultados del tratamiento parece ser el funcionamiento interpersonal, que incluye la empatía del terapeuta, autenticidad y el respeto por los pacientes”.

La orientación del paciente que abusa de sustancias pasa por varias etapas, cada una de las cuales no tiene tiempo definido. En la primera fase se realiza una valoración, se recopilan datos para determinar si el paciente tiene un problema con las sustancias; esto es, cuáles son las que afectan el funcionamiento efectivo en aspectos importantes de su vida.

Después de la valoración, en la fase de trabajo de la relación, el orientador ayuda al individuo a aceptar el hecho de que el uso de sustancias causa problemas en áreas importantes de su vida y de que no es capaz de prevenir lo que ocurra. El paciente habla de su deseo de hacer cambios. La fuerza del sistema de rechazo se determina por la duración y la extensión de los efectos adversos del consumo de sustancias. Por lo que los individuos que tienen menos problemas relacionados con éstas presentan menos dificultades en esta etapa que aquellos quienes presentan alteraciones por más tiempo. El individuo también trabaja para alcanzar el autocontrol y abstenerse.

Una vez que se identifica el problema y la persona está sobria, el paciente debe tener un plan concreto y funcional para pasar las primeras semanas de abstinencia. La guía anticipada ayuda al individuo a practicar sus respuestas cuando se hay situaciones en las que se presenta el impulso de beber.

Con frecuencia la orientación también incluye a la familia o miembros específicos de ésta. En la orientación familiar, el terapeuta trata de ayudar a cada miembro para saber de qué manera se ha visto afectado por el comportamiento del paciente. Se movilizan las fortalezas de la familia y todos son alentados hacia una dirección positiva. También se hacen las referencias a los grupos de ayuda como Al-Anon, Nar-Anon, Alateen, Familias Anónimas, y Adultos Hijos de Alcohólicos.

Terapia de Grupo

La terapia de grupo se considera un factor poderoso para quienes pasan por problemas semejantes. Pueden “verse a sí mismo en los demás” y confrontar sus defensas en relación con las sustancias; son capaces de confrontar actitudes y defensas similares. Además los grupos les dan a las personas la posibilidad de comunicar sus necesidades y sentimientos de manera directa.

Algunos grupos pueden estar orientados a la educación, en los cuales el líder presenta material relacionado con el abuso de sustancias y los diferentes efectos en la vida personal. Otros grupos de educación son útiles para los individuos que abusan de sustancias porque incluyen técnicas de aserción o afirmación y entrenamiento de relajación. Estos grupos difieren de los de psicoterapia, que se enfocan más en ayudar a la persona a entender y manejar los sentimientos y situaciones difíciles, en particular los relacionados con el abuso de sustancias.

Los grupos de terapia y los de autoayuda como AA son complementarios unos de otros. Mientras que los de autoayuda se enfocan en llegar y mantener la sobriedad, en los grupos de terapia el sujeto aprende formas más adecuadas de enfrentamiento, como tratar con los problemas que surgen o exacerbar el uso de sustancias, y las formas para mejorar la calidad de vida y a funcionar de manera más eficiente sin el uso de éstas.

Psicofarmacología para la Intoxicación y Abstinencia de Sustancias

Se han utilizado varios medicamentos para disminuir la intensidad de los síntomas en una persona que está en abstinencia, o quien experimenta los efectos del uso excesivo del alcohol o de otras sustancias. La **terapia de sus-**

titución puede ser necesaria para reducir los efectos mortales de la intoxicación o de abstinencia de éstas. La gravedad del síndrome de abstinencia depende del tiempo de consumo, dosis e índice de eliminación de ésta.

Alcohol

Las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados para los tratamientos de sustitución en la abstinencia de alcohol; éstas son: clordiazepóxido, oxazepam y diazepam. Debido a que alprazolam disminuye la hiperactividad cardiovascular relacionada con la abstinencia de alcohol también se utiliza con frecuencia (NIAAA, 2000). El acercamiento al tratamiento con benzodiazepinas para la abstinencia de alcohol se inicia con dosis relativamente altas y se reduce en 20 a 25% por día, hasta que se complete la abstinencia. En los pacientes con enfermedad hepática puede ser un problema que se acumulen los medicamentos de acción prolongada (clordiazepóxido y diazepam), por lo que es más apropiado el uso de benzodiazepinas de corta acción como oxazepam. Existen estudios que indican que el control de los síntomas de abstinencia con las benzodiazepinas se lleva a cabo en base a “las necesidades”, y no como un programa fijo, lo que resulta en la disminución de las dosis del medicamento y menos tiempo de tratamiento (NIAAA, 2000).

Algunos médicos pueden ordenar medicamentos anticonvulsivos (p. ej., carbamazepina, ácido valproico o gabapentina) para el tratamiento de convulsiones por abstinencia. Estos fármacos son muy útiles en individuos que pasan por episodios repetidos de abstinencia de alcohol. Los episodios repetidos de abstinencia parecen “favorecer” aún más las convulsiones que pueden ocasionar daño cerebral (Julien, 2005). Estos anticonvulsivos se utilizan con éxito tanto en situaciones de abstinencia aguda como de deseo prolongado.

El tratamiento con multivitamínicos, en combinación con inyecciones diarias o administración oral de tiamina, es un protocolo común; los alcohólicos crónicos por lo general tienen deficiencia de tiamina, la terapia de remplazo se requiere para prevenir neuropatía, confusión y encefalopatía.

Opioides

Los ejemplos de opioides son la heroína, morfina, opio, meperidina, codeína y metadona. Los síntomas de abstinencia en general empiezan de 8 a 12 horas después de la última dosis y se vuelven más intensos en 36 a 48 horas. La fase aguda de abstinencia es de alrededor de 10 días; sin embargo, la irritabilidad e inquietud pueden persistir por dos o tres meses.

La intoxicación por opioides se trata con antagonistas narcóticos como la naloxona, naltrexona o nalnafeno.

La terapéutica de abstinencia incluye reposo, apoyo nutricional adecuado y sustitución con metadona. La metadona se administra el primer día en una dosis suficiente para suprimir los síntomas de abstinencia, la dosis se disminuye de manera gradual por un tiempo específico. Conforme se disminuye la dosis, la presentación de los síntomas de abstinencia se puede aliviar con la adición de clonidina.

En octubre de 2002, la FDA aprobó dos formas del fármaco buprenorfina para tratar la dependencia de opiáceos. Esta sustancia es menos fuerte que la metadona, pero se considera un poco más segura y tiene menos efectos colaterales, lo que la hace más atractiva para los pacientes con adicción leve a moderada. Los individuos que pueden tener acceso al tratamiento con buprenorfina en consultorios, proporcionan una opción a las clínicas de metadona. Los médicos calificados para prescribir buprenorfina tienen una certificación de adicción avalada por *American Society of Addiction Medicine, American Academy of Addiction Psychiatry, American Psychiatric Association*, u otras asociaciones calificadas (*Manisses Communications Group*, 2002).

La clonidina también se utiliza para suprimir los síntomas de abstinencia de opiáceos. Como terapia única, no es eficiente como sustitución con la metadona, no es adictiva y sirve de manera eficiente para darle al paciente tiempo suficiente para facilitar el mantenimiento con metadona.

Depresores

El tratamiento de sustitución para abstinencia de depresores del SNC (en particular barbitúricos) es más común con el de acción prolongada fenobarbital; se administra una dosis para eliminar los síntomas, cuando el paciente está estabilizado, se disminuye la dosis de manera gradual a 30 mg/día hasta completar la abstinencia. Se utilizan con más frecuencia las benzodiazepinas de acción prolongada para el tratamiento de sustitución, cuando la sustancia es un depresor no barbitúrico (Ashton, 2002).

Estimulantes

El tratamiento para intoxicación por estimulantes por lo general empieza con tranquilizantes menores como clordiazepóxido y progresar a tranquilizantes más fuertes como haloperidol. Los antipsicóticos se deben administrar con cuidado por su propensión a disminuir el umbral de convulsiones (Mack, Franklin y Frances, 2003). Las repetidas convulsiones se tratan con diazepam intravenoso.

La abstinencia de estimulantes del SNC no es una urgencia médica como se observa con los depresores del SNC. El tratamiento por lo general es ayudar a reducir el deseo por el fármaco y el manejo de depresión grave. El paciente se mantiene en una atmósfera tranquila y se le

permite dormir y comer tanto como necesite o deseé. Se deben tomar precauciones para evitar el suicidio. El tratamiento con antidepresores puede ser útil para los síntomas de depresión. La desipramina tiene éxito en el tratamiento de los síntomas de suspensión y abstinencia de cocaína (Mack, Franklin y Frances, 2003).

Alucinógenos y Cannabinoides

No se requiere tratamiento de sustitución para estas sustancias. Cuando se presentan reacciones adversas como ansiedad o pánico, se prescriben benzodiazepinas (p. ej., diazepam o clordiazepóxido) para prevenir que se lastime el paciente o que dañe a otros. Las reacciones psicóticas se pueden tratar con medicamentos antipsicóticos.

RESUMEN

Un individuo es considerado dependiente de una sustancia cuando es incapaz de controlar su consumo, a pesar de saber que interfiere con el funcionamiento normal; cuanta más sustancia consume, más requiere para producir los efectos deseados y cuando se desarrollan los síntomas característicos de abstinencia por suspensión o disminución drástica. Se considera abuso cuando hay uso continuo, a pesar de la persistencia de problemas recurrentes que se exacerban por el uso o cuando la sustancia se utiliza en situaciones de riesgo.

La intoxicación por sustancias se define como el desarrollo de un síndrome reversible de comportamiento de no adaptación o cambios psicológicos que se deben a los efectos fisiológicos directos en el SNC y su presentación

durante o al poco tiempo después de la ingestión o exposición. La abstinencia de una sustancia es el desarrollo de un cambio de comportamiento de desadaptación específico, con alteraciones fisiológicas y cognitivas, que se deben a la suspensión o reducción del uso prolongado.

La etiología de los trastornos por uso de fármacos se desconoce; sin embargo, se consideran varios factores involucrados como genéticos, bioquímicos, influencias en el desarrollo, factores de personalidad, aprendizaje social, condicionamiento, e influencias culturales y étnicas.

Se presentan siete sustancias con su respectivo perfil terapéutico, aspectos históricos, patrones de uso y abuso, y efectos en el organismo. Estas siete clases incluyen: alcohol, otros depresores del SNC, estimulantes del SNC, opioides, alucinógenos, inhalantes y cannabinoides.

El proceso de enfermería se considera un medio para proporcionar el cuidado del paciente con un trastorno relacionado con sustancias. El personal de enfermería primero debe examinar sus propios sentimientos en relación al uso de éstas y las personas que abusan de ellas. Sólo el personal de enfermería que puede aceptar sin juicios el comportamiento de abuso de sustancias puede ser eficiente en el trabajo con estos pacientes. También se discute la atención de los enfermos con diagnósticos duales de enfermedad mental y uso de sustancias.

Las características de tratamiento para los trastornos relacionados incluyen los grupos de autoayuda, terapia de disuisión, orientación individual y terapia de grupo. Con frecuencia se practica la farmacoterapia de sustitución con pacientes con intoxicación o abstinencia. Los tratamientos se aplican a pacientes internos y externos, según la gravedad del padecimiento.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas.

Situación: El señor White es admitido en el hospital después de una larga juerga. Su esposa informa que ha sido un bebedor compulsivo por varios años. El laboratorio indica que la concentración de alcohol en sangre es de 250 mg/dl. Es internado en la unidad de dependencia química para desintoxicación.

1. ¿Cuándo se espera que se presenten los primeros síntomas de abstinencia de alcohol?
 - a. Varias horas después del último trago.
 - b. Dos a tres días después del último trago.
 - c. Cuatro a cinco días después del último trago.
 - d. Seis a siete días después del último trago.
2. Los síntomas de abstinencia de alcohol incluyen:
 - a. Euforia, hiperactividad e insomnio.
 - b. Depresión, ideas de suicidio e hipersomnio.
 - c. Diaforesis, náusea y vómito, y temblores.
 - d. Marcha tambaleante, nistagmo y desorientación profunda.
3. ¿Cuál de los siguientes medicamentos es más probable que prescriba el médico para el señor White durante el síndrome de abstinencia?
 - a. Haloperidol.
 - b. Clordiazepóxido.
 - c. Propoxifeno.
 - d. Fenitoína.

Situación: Dan, de 32 años de edad, fue admitido para tratamiento por su alcoholismo. Empezó a beber a los 15 años de edad. Con el tiempo, la cantidad de alcohol que consume ha aumentado. Él y su esposa comentan que los últimos cinco años bebe unos 500 ml de bourbon al día; también bebe cerveza y vino. Ha estado escondiendo bebidas en el trabajo, y su rendimiento ha disminuido. Su jefe le dijo que buscara tratamiento o sería despedido. Esta es la segunda semana en tratamiento. La primera semana de desintoxicación ocurrió sin complicaciones.

4. Dan dice: "No tengo ningún problema con el alcohol. Puedo manejarlo mejor que cualquiera que conozca. ¡Mi jefe es un tonto! Nunca he perdido más días que cualquiera de mis compañeros de trabajo." La mejor respuesta del personal de enfermería es:
 - a. "Tal vez su jefe esté equivocado, Dan."
 - b. "Usted está aquí porque su manera de beber interfiere con su trabajo, Dan."
 - c. "¡Sea realista, Dan! ¡Usted es un bebedor y usted lo sabe!"
 - d. "¿Por qué piensa que su jefe lo envió aquí, Dan?"
5. El mecanismo de defensa que utiliza el paciente es:
 - a. Negación.
 - b. Proyección.
 - c. Desplazamiento.
 - d. Racionalización.
6. Los compañeros de fiesta de Dan van a visitarlo, el personal de enfermería huele alcohol en el aliento de Dan. ¿Cuál de las siguientes sería la mejor intervención en ese momento?
 - a. Buscar en la habitación por evidencia.
 - b. Preguntar: "¿Has bebido Dan?"
 - c. Enviar una muestra de orina de Dan al laboratorio para buscar alcohol.
 - d. Decirle a Dan: "Estas personas no volverán a la unidad a visitarlo otra vez."

7. Dan empieza a asistir a las reuniones de AA. ¿Cuál de las declaraciones de Dan refleja el propósito de esta organización?
- “Dicen que me van a ayudar a mantenerme sobrio.”
 - “Saldré de AA, y entonces voy a poder beber en reuniones sociales.”
 - “AA es sólo para personas que han tocado fondo.”
 - “Si pierdo mi trabajo, AA me va a ayudar a encontrar otro.”

Las siguientes preguntas generales se relacionan con el abuso de una sustancia.

8. ¿Con cuál de los siguientes síntomas se puede identificar a un consumidor crónico de cocaína?
 - Pupilas claras y contraídas.
 - Narinas irritadas y enrojecidas.
 - Dolores musculares.
 - Enrojecimiento de las conjuntivas.
9. Un individuo adicto a la heroína presenta los siguientes síntomas de abstinencia.
 - Aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial.
 - Temblores, insomnio y convulsiones.
 - Incoordinación y marcha tambaleante.
 - Náusea y vómito, diarrea, y diaforesis.
10. Una persona que abusa de varias sustancias hace la siguiente declaración: “Las verdes y las blancas son buenas para después de acelerarme”. ¿Cómo puede el personal de enfermería interpretar esto?
 - El individuo abusa de las anfetaminas y ansiolíticos.
 - El paciente abusa del alcohol y los ansiolíticos.
 - El sujeto es psicótico.
 - El paciente abusa de los narcóticos y la marihuana.

Pruebe sus HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Kelly, de 23 años de edad, es una estudiante en el primer año en la escuela de leyes. Está comprometida con un residente de cirugía del hospital universitario local. Se ha esforzado en la escuela y quiere que sus padres, dos abogados prominentes, estén orgullosos de ella. Nunca ha aspirado a hacer otra cosa que estudiar leyes, y eso es lo que sus padres esperan que haga.

Las calificaciones de la mitad de curso de Kelly no son tan altas como ella esperaba, así que aumentó el número de horas de estudio, permaneció despierta varias noches a la semana para estudiar. Empezó a beber grandes cantidades de café para permanecer despierta, pero conforme se acercaban exámenes finales, sintió pánico de no poder continuar estudiando para conseguir las calificaciones que necesitaba.

Uno de los compañeros de Kelly le dijo que necesitaba algo de *speed* para que tuviera energía extra para estudiar, y le dijo

que “todos los muchachos lo hacen. Difícilmente cualquiera que yo conozco podría seguir en la escuela de leyes sin ellos”. Y le dio el nombre del proveedor.

Kelly contactó al proveedor, quien le dio suficientes anfetaminas con el propósito de que tuviera mayor resistencia física y aprobara los exámenes finales. Kelly estaba excitada, debido a que tenía mucha energía, no necesitaba dormir y fue capaz de estudiar las horas adicionales que necesitaba para sus exámenes. Sin embargo, cuando salieron los resultados, Kelly falló dos cursos y tendría que repetirlos en la escuela de verano si quería continuar sus clases en otoño. Continuó su adicción a las anfetaminas hasta que el proveedor le dijo que ya no le daría más. Se volvió frenética y robó una prescripción en blanco de su prometido y falsificó su nombre para conseguir más pastillas.

Empezó a aumentar la dosis con el fin de conseguir el “high” (subida) que quería sentir. Su comportamiento se volvió errá-

(Continúa)

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico (CONTINUACIÓN)

tico. El día anterior, su novio recibió una llamada de una farmacia para aclarar una prescripción por anfetaminas que Kelly había escrito. Él insistió en que ingresara a la unidad de desintoxicación.

En la unidad, ella se ve cansada, deprimida, se mueve con lentitud y quiere dormir todo el tiempo. Continúa diciéndole al personal de enfermería: "Soy un fracaso. Nunca seré una abogada como mis padres. Soy demasiado tonta. Solo quisiera morir."

Contesta las siguientes preguntas relacionadas con Kelly:

1. ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería primario para Kelly?
2. Describa intervenciones de enfermería importantes para aplicar con Kelly.
3. Además de garantizar la seguridad de Kelly, ¿cuál sería el primer objetivo a corto plazo a alcanzar con Kelly?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Gaffney, K.F. Exposición infantil al humo de tabaco ambiental. *Journal of Nursing Scholarship* (2001), 33(4), 343-347.

Descripción del Estudio: Se llevó a cabo una revisión de 10 estudios con una variación de 100 a más de 1 000 participantes. Los estudios tuvieron lugar en instituciones de atención a la salud en Estados Unidos, Australia y Europa. Éstos midieron la exposición de lactantes al humo de tabaco (ETS). Los padres de los niños completaron informes personalmente en los que se les preguntaba sobre el número de personas en el hogar que fumaran y en la proximidad de los niños. El estudio se enfocó en niños de un año de edad.

Resultados: En uno de los estudios, la información de los cuestionarios se apoyó en el análisis del peso de los sujetos. La concentración media de nicotina en el pelo fue de 1.5 veces más elevada en los niños de hogares donde había fumadores que entre los que no se fumaba. Ocho de los 10 estudios demostraron mayor riesgo para la salud de los niños de esca-

sos recursos relacionados con la exposición al tabaco. Las relaciones positivas se encontraron entre los lactantes expuestos a tabaco y con reflujo gastroesofágico, cólico, síndrome de muerte repentina, infecciones de aparato respiratorio inferior, infecciones en los oídos y alteraciones en la función de la tiroides.

Implicaciones para la Práctica de Enfermería: El autor sugiere que el personal de enfermería puede utilizar estos resultados para documentar la necesidad de identificar a las madres que fuman como un grupo blanco importante para la intervención clínica. Ella menciona: "Esta revisión muestra la importancia de identificar y ayudar a las madres que fuman por la proximidad crítica con los pequeños y proporcionar cuidados óptimos para la salud. El personal de enfermería que cuida niños como parte del mantenimiento de salud regular que realizan visitas durante el primer año de vida, deben estar bien preparadas para orientar y ayudar a estas madres en su proceso para dejar de fumar."

R E F E R E N C I A S

- Alcoholics Anonymous [AA]. (2005). *Alcoholics Anonymous 2004 membership survey*. Retrieved March 8, 2007 from <http://www.aa.org>
- American Insomnia Association. (2005). Medications: History. Retrieved March 8, 2007 from <http://www.americaninsomniaassociation.org/medications.htm>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ashton, C.H. (2002). *Benzodiazepines: How they work and how to withdraw*. Newcastle upon Tyne, UK: University of Newcastle.
- Barclay, L.L. (2005). *Alcohol-related neurologic disease*. Retrieved March 8, 2007 from <http://www2.vhihealthe.com/article/gale/100085011>
- Behavioral Neuroscience Laboratory. (2002). *Tetrahydroisoquinolines and alcohol preference in rats*. Retrieved February 14, 2002 from <http://www-org.usm.edu/~neurolab/research.htm>
- Bruckenthal, P. (2001). *Managing nonmalignant pain: Challenges for clinicians*. Paper presented April 19-22, 2001, at the 20th Annual Meeting of the American Pain Society.
- Goldstein, A. (2002). *Addiction: From biology to drug policy* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Greer, M. (2004, October). Statistics show mental health services still needed for native populations. *APA Online*, 35(9). Retrieved March 8, 2007 from <http://www.apa.org/monitor/oct04/services.html>
- Habal, R. (2006). *Toxicity, barbiturate*. Retrieved March 8, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic207.htm>
- Hanley, C.E. (2004). Navajos. In J.N. Giger and R.E. Davidhizar (Eds.), *Transcultural nursing* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Harvard Medical School. (2001). *Alcohol use and abuse*. Boston: Harvard Health Publications.
- Harvard Medical School. (2003, September). Dual diagnosis: Part II. *Harvard Mental Health Letter*, 20(3), 1-5.
- Jamal, M., Ameno, K., Kubota, T., Ameno, S., Zhang, X., Kumihashi, M., & Ijiri, I. (2003). In vivo formation of salsolinol induced by high acetaldehyde concentration in rat striatum employing microdialysis. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 197-201.
- Julien, R.M. (2005). *A primer of drug action: A comprehensive guide to actions, uses, and side effects of psychoactive drugs* (10th ed.). New York: Worth Publishers.

- Knowles, J.A. (2003). Genetics. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky, (Eds.). *Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Mack, A.H., Franklin, J.E., & Frances, R.J. (2003). Substance use disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Manisses Communications Group. (2002). Will buprenorphine usher in new era for opiate treatment? *Alcoholism and Drug Abuse Weekly*, 14(48), 1, 6–7.
- Mason, G.J., Ritvo, E.C., Morgan, R.O., Salvato, F.R., Goldberg, G., Welch, B., & Mantero-Atienza, E. (1994). Double-blind, placebo-controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCl for alcohol dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18(5), 1162–1167.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2005). Cirrhosis. Retrieved March 8, 2007 from <http://www.ohiohealth.com/healthreference>
- Najavits, L.M., & Weiss, R.D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction* 89(6), 679–688.
- National Council on Alcoholism and Drug Dependence. (2005). *Alcohol and drug dependence are America's number one health problem*. Retrieved March 6, 2007 from <http://www.ncadd.org/facts/numberoneprob.html>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2000). *Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Bethesda, MD: The Institute.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2005). Alcohol and hormones. Retrieved March 6, 2007 from <http://www.niaaa.nih.gov/>
- National Institutes of Health (NIH) (2003). Workshop on the medical utility of marijuana. Retrieved March 8, 2007 from <http://www.nih.gov/news/medmarijuana/MedicalMarijuana.htm#CLINICAL>
- National Library of Medicine. (2007). *Hepatic encephalopathy*. Retrieved March 6, 2007 from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000302.htm>
- Newhouse, E. (1999, August 22). Bane of the Blackfeet. *Great Falls Tribune*. Retrieved March 6, 2007 from <http://www.gannett.com/go/difference/greatfalls/pages/part8/blackfeet.html>
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E., & Rounsville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49(11), 881–887.
- Royal College of Physicians. (2000). *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Street Drugs*. (2005). Plymouth, MN: The Publishers Group.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2006). *2005 National Survey on Drug Use & Health*. Office of Applied Studies. Retrieved March 7, 2007 from <http://www.oas.samhsa.gov>
- Tazbir, J., & Keresztes, P.A. (2005). Management of clients with functional cardiac disorders. In J.M. Black & J.H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- United States Drug Enforcement Administration (USDEA). (2003). *Drug information: Cannabis*. Retrieved October 9, 2003 from <http://www.dea.gov>
- Volpicelli, J.R., Alterman, A.I., Hayashida, M., & O'Brien, C.P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry* 49(11), 876–880.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Jellinek, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673–684.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121–1123.

- Seltzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.

@ R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de las adicciones en:

- <http://www.well.com/user/woa>
- <http://www.samhsa.gov/index.aspx>
- <http://www.apa.org/about/division/div50.html>
- <http://www.ccsa.ca/CCSA/EN/Topics/>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de organismos de autoayuda en:

- [http://www.ca.org \(Cocaine Anonymous\)](http://www.ca.org)
- [http://www.aa.org \(Alcoholics Anonymous\)](http://www.aa.org)

- [http://www.na.org \(Narcotics Anonymous\)](http://www.na.org)
- <http://www.al-anon.org>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca del tratamiento del alcoholismo y adicción a drogas en:

- <http://www.fadavis.com/townsend>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
- <http://www.nimh.nih.gov/publicat/medicate.cfm>

15

CAPÍTULO

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

NATURALEZA DEL TRASTORNO

IMPLICACIONES ETIOLÓGICAS

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS

PSICÓTICOS

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS
PSICÓTICOS

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

anhedonia

ecolalia

paranoia

relajamiento asociativo

ecopraxia

perseverancia

autismo

alucinaciones

religiosidad

catatónico

ilusión

entrenamiento de habilidades sociales

circunstancialidad

pensamiento mágico

tangencialidad

asociación de sonidos

neologismos

ensalada de palabras

fantasías

neurolépticos

flexibilidad cérea

CONCEPTO CENTRAL

psicosis

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Discutir los conceptos de esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados.
2. Identificar las implicaciones etiológicas en el desarrollo de estos trastornos.
3. Describir varios tipos de esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados.
4. Identificar la sintomatología relacionada con estos trastornos y el uso de esta información en la valoración del paciente.

- 5. Formular diagnósticos de enfermería y resultados de la atención de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - 6. Identificar los temas relevantes a explicar a los enfermos y familiares sobre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - 7. Describir intervenciones de enfermería apropiados para los comportamientos relacionados con estos trastornos.
 - 8. Describir los criterios relevantes para evaluar la atención de enfermería de pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados.
 - 9. Discutir varias modalidades importantes de tratamiento de la esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados.
-

INTRODUCCIÓN

El término *esquizofrenia* se empezó a utilizar en 1908 por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler. La palabra se deriva del griego “*skhizo*” (dividido) y “*phren*” (mente).

Con los años, ha habido mucho debate alrededor del concepto de esquizofrenia. Se han considerado varias definiciones además de numerosas estrategias de tratamiento, pero ninguna ha probado ser efectiva o suficiente.

Aunque continúa la discusión, parece que dos factores generales tienen aceptación entre los clínicos. El primero es que la esquizofrenia tal vez no es una enfermedad homogénea con una sola causa, sino es el resultado de una combinación variable de predisposición genética, disfunción bioquímica, factores fisiológicos y estrés psicosocial. El segundo factor es que no hay ni habrá un solo tratamiento para tratar este trastorno, sino que éste requiere de un esfuerzo comprensivo y multidisciplinario, que incluya farmacoterapia y varias formas de atención psicosocial, como habilidades para vivir y **entrenamiento de habilidades sociales**, rehabilitación y terapia familiar.

De las enfermedades mentales causantes de sufrimiento en la sociedad, tal vez la esquizofrenia provoca más hospitalizaciones, además del caos en la vida de la familia, costos exorbitantes a los individuos y gobiernos, y temor de cualquier otro padecimiento. Debido a que es una amenaza enorme para la vida y la felicidad, y representa un rompecabezas sin solución, tal vez sea el trastorno mental más estudiado.

El suicidio es de gran interés entre los pacientes con esquizofrenia. Radomsky y colaboradores (1999) informan que el suicidio es la causa primaria de muerte prematura entre los individuos con esta enfermedad, consideran que alrededor de 10% de los pacientes con esquizofrenia mueren por suicidio. Otros estudios mencionan la evidencia de ideas de suicidio en individuos con esquizofrenia que varían de 40 a 55% e intentos entre 20 a 50% (Addington, 2006).

Ho, Black y Andreasen (2003) comentan al respecto:

La esquizofrenia es tal vez la enfermedad más enigmática y trágica que tratan los psiquiatras, y quizás la más devastadora. Es una de las primeras causas de discapacidad entre los adultos jóvenes. La esquizofrenia afecta a una edad muy temprana, a diferencia del cáncer o las enfermedades cardíacas, los pacientes por lo general viven muchos años después del inicio de la enfermedad y continúan sufriendo sus efectos, los cuales les impiden tener una vida normal —ir a la escuela, trabajar, tener varios amigos, casarse o tener hijos. Aparte del efecto en los individuos y sus familias, la esquizofrenia causa una enorme carga económica a la sociedad. Un estudio del *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental) calculó el costo total de la enfermedad en 1991 en 65 miles de millones de dólares. A pesar de los costos emocionales y económicos, la esquizofrenia todavía no tiene suficiente reconocimiento en asuntos de la salud o el apoyo necesario para investigar las causas, tratamientos y prevención (p. 379).

Este capítulo explora varias teorías de factores predisponentes considerados en el desarrollo de la enfermedad, y la sintomatología relacionada con varios diagnósticos diferenciales. Se presenta también atención de enfermería y los seis pasos del proceso de enfermería, así como varias opciones de tratamiento médico.

NATURALEZA DEL TRASTORNO

Tal vez ningún trastorno psicológico es más abrumador que la esquizofrenia. De manera característica, las alteraciones en el proceso de pensamiento, percepción y variabilidad afectiva provocan un grave deterioro del funcionamiento social y ocupacional.

En Estados Unidos, la prevalencia es de alrededor de 1% (Sadock y Sadock, 2003). Los síntomas en general aparecen al final de la adolescencia o adulzete temprana, aunque puede presentarse en la vida adulta media o tardía


**Concepto
Central**

Psicosis

Una condición mental grave en la cual hay desorganización de la personalidad, deterioro del funcionamiento social, y pérdida de contacto con, o distorsión de, la realidad. Pueden presentarse pensamientos ilusorios y alucinaciones. La psicosis se puede manifestar con o sin la presencia de alteración orgánica.

(American Psychiatric Association [APA], 2000). Algunos estudios indican que los síntomas se presentan más temprano en los varones que en las mujeres. La personalidad premórbida o esquizoide con frecuencia indica falta de adaptación social u otra alteración de la personalidad (Ho, Black y Andreasen, 2003). Este comportamiento premórbido con frecuencia es un factor de predicción en el patrón de desarrollo de la esquizofrenia, que se puede observar en cuatro fases.

Fase I: La personalidad esquizoide. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) describe a los individuos en esta fase como indiferentes a las relaciones sociales y con un muy limitado rango de expresiones y experiencias emocionales. No disfrutan las relaciones cercanas y prefieren ser “solitarios”; parecen fríos y distantes. Sin embargo, no todos los individuos que muestran las características de personalidad esquizoide progresan a la esquizofrenia, pero sí muchos enfermos con esquizofrenia muestran evidencia de estas características en la condición premórbida.

Fase II: La fase prodromática. Las características de esta fase incluyen retraimiento social; comportamiento peculiar o excéntrico; descuido del arreglo personal, franqueza o afecto inapropiado; alteraciones en la comunicación; ideas extrañas; experiencias inusuales; y falta de iniciativa, interés o energía. La duración de esta fase es muy variable, y puede tardar muchos años antes de que se deteriore al estado esquizofrénico.

Fase III: Esquizofrenia. En la fase activa del trastorno, los síntomas psicóticos son predominantes. A continuación se presentan los criterios de diagnóstico para la esquizofrenia según el *DSM-IV-TR* (APA, 2000):

- **Síntomas característicos:** Dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- **Delirios**
- **Alucinaciones**
- Lenguaje desorganizado (p. ej., incoherencia frecuente o descarrilamiento)

- **Comportamiento catatónico** o muy gravemente desorganizado
- Síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo o abulia)

- **Disfunción social/ocupacional:** Gran parte del tiempo desde el inicio de la enfermedad, uno o más aspectos principales de funcionamiento —como trabajo, relaciones interpersonales o cuidados personales— están por debajo del nivel alcanzado antes de que se presente el trastorno (o cuando el inicio es en la niñez o la adolescencia, fracasan en lograr el nivel esperado de éxito interpersonal, académico u ocupacional).
- **Duración:** Los signos continuos del trastorno durante al menos seis meses.

Durante este tiempo puede incluir un mes de síntomas (o menos si se ha tratado con éxito) en el criterio 1 (p. ej., fase activa) con períodos prodromáticos o residuales, los signos de alteración se pueden manifestar por síntomas negativos o dos o más de los enlistados en el criterio 1 presentes en forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas no habituales).

- **Trastorno esquizaafectivo y diagnóstico diferencial con trastorno de ánimo:** El trastorno esquizaafectivo y el trastorno del estado de ánimo con características psicóticas son diferentes debido a que (1) no ha habido depresión, manía o episodios mezclados presentes de manera concurrente con los síntomas de la fase activa; o (2) si los episodios de alteración anímica se presentan durante los síntomas de fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activos y residuales.
- **Diagnóstico diferencial de condición médica general o uso de sustancias:** Las alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., abuso de alguna sustancia o medicamento) o de una enfermedad médica.
- **Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** Si hay historia de trastorno de autismo o algún otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se hace sólo si las ideas delirantes o alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se ha tratado con éxito).

Fase IV: Fase residual. La esquizofrenia se caracteriza por períodos de remisión y exacerbación. Una fase residual por lo general sigue a una fase activa de la enfermedad. Los síntomas durante esta fase son similares a los de la fase prodromática, con aplanamiento afectivo y alteración en el funcionamiento, como los más evidentes. La alteración residual con frecuencia aumenta entre los episodios de psicosis activa.

Pronóstico

Un regreso al funcionamiento premórbido no es común (APA, 2000); sin embargo, se relacionan varios factores con un pronóstico más positivo. Éstos incluyen una buena adaptación premórbida, inicio a mayor edad, género femenino, inicio repentino de los síntomas precipitados por un evento estresante (opuesto al insidioso gradual de los síntomas), relacionados con alteraciones del ánimo, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías de la estructura cerebral, funcionamiento neurológico normal, historia familiar de trastornos del ánimo y sin historia familiar de esquizofrenia (APA, 2000).

IMPLICACIONES ETIOLÓGICAS

La causa de la esquizofrenia es todavía incierta, ya que no parece existir un solo factor implicado en la etiología, es más, es probable que la enfermedad sea resultado de una combinación de influencias que incluyen factores biológicos, psicológicos y ambientales.

Influencias Biológicas

En el capítulo tres se encuentra una revisión más completa de las implicaciones biológicas de las enfermedades psiquiátricas.

Genéticas

La cantidad de evidencia para la predisposición genética para esquizofrenia está aumentando, ya que existen estudios con pacientes que tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que la población general. Mientras que el riesgo para desarrollar ésta es de alrededor de 1% en casi todos los estudios de población, los hermanos o los hijos de un paciente identificado tienen 5 a 10% de riesgo de presentar la enfermedad (Ho, Black y Andreasen, 2003).

Se desconoce la forma en que se hereda la esquizofrenia. No se conoce ningún marcador biológico confiable, así como los genes importantes en la predisposición a la enfermedad, o si uno o más genes participan en la misma. Algunas personas tienen una fuerte relación a la enfermedad, mientras que otros tienen débiles bases genéticas. Esta teoría da mayor credibilidad a la idea de múltiples causas.

Estudios en Gemelos

El índice de esquizofrenia entre gemelos monocigotos (ídenticos) es cuatro veces mayor que el de los gemelos dici-

gotos (fraternos) y alrededor de 50 veces más en la población general (Sadock y Sadock, 2003). Los gemelos idénticos criados por separado tienen el mismo índice de desarrollar la enfermedad que los que son criados juntos. Debido a que la mitad de los casos sólo uno de los gemelos monocigotos presenta la enfermedad, algunos investigadores creen que los factores ambientales interactúan con los genéticos.

Estudios de Adopción

En estudios realizados por investigadores estadounidenses y daneses, niños adoptados nacidos de madres esquizofrénicas fueron comparados con hijos de madres no esquizofrénicas. Se encontró que los primeros eran más propensos a desarrollar la enfermedad que los niños de los grupos testigo (Ho, Black y Andreasen, 2003). Los estudios también indican que los niños nacidos de padres no esquizofrénicos, pero criados por personas enfermas, no parecen presentar la enfermedad con más frecuencia que los controles generales. Estos hallazgos proporcionan evidencia adicional para las bases genéticas de la esquizofrenia.

Influencias Bioquímicas

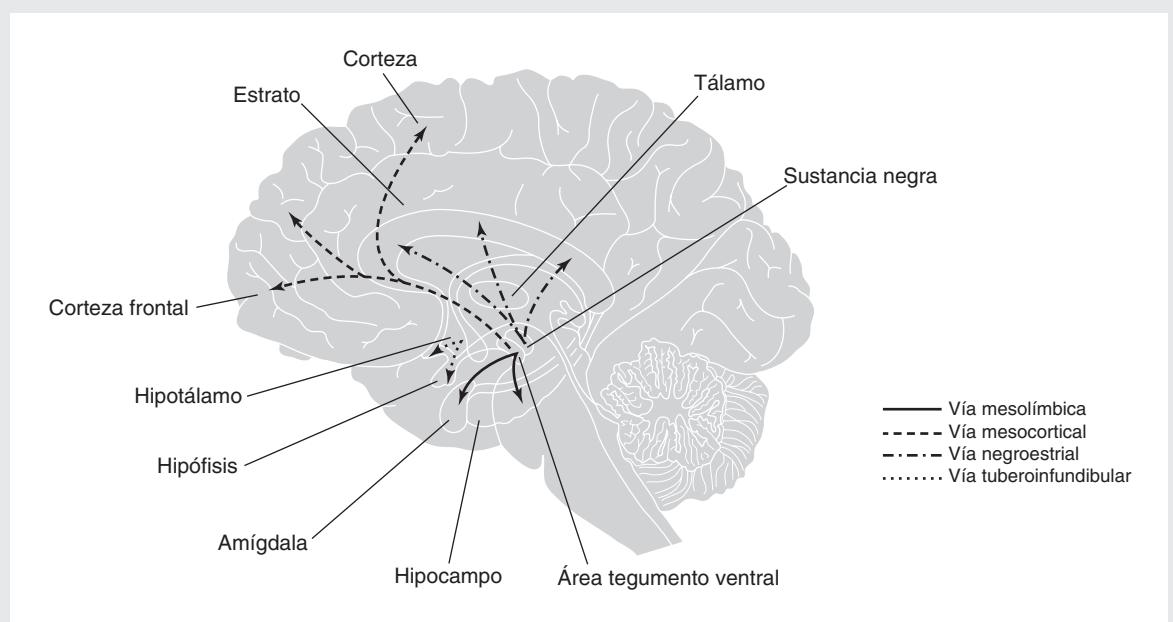
La teoría biológica más antigua y más estudiada en la esquizofrenia atribuye a un factor patológico la bioquímica anormal del cerebro. Los conocimientos de una “alteración química” como explicación para este trastorno fueron sugeridos por algunos estudiosos a mediados del siglo xix.

La Hipótesis de Dopamina

Esta teoría sugiere que la esquizofrenia (o los síntomas semejantes a ésta) puede ser causada por un exceso de actividad neuronal dependiente de dopamina en el cerebro (ver figura 15-1). Este exceso de actividad se relaciona con la producción y liberación de dopamina a las terminales nerviosas, aumento de la sensibilidad del receptor, demasiados receptores de dopamina, o una combinación de estos mecanismos (Sadock y Sadock, 2003).

Existen evidencias farmacológicas que apoyan esta hipótesis. Las anfetaminas, que aumentan las concentraciones de dopamina, inducen síntomas psicotomiméticos. Los **neurolepticos** (p. ej., clorpromazina y haloperidol) disminuyen las concentraciones de dopamina por bloqueo de los receptores de dopamina, lo que a su vez reduce los síntomas esquizofrénicos, incluso los inducidos por las anfetaminas.

Estudios *post mortem* en cerebros de esquizofrénicos muestran un importante aumento en el número promedio de receptores de dopamina en alrededor de dos tercios, lo que sugiere que una mayor respuesta de dopamina

**FIGURA 15-1** Neurobiología de la esquizofrenia.**Neurotransmisores**

Existen varios neurotransmisores implicados en la etiología de la esquizofrenia. Éstos incluyen dopamina, norepinefrina, serotonina, glutamato y GABA. Se ha estudiado a profundidad el sistema dopaminérgico y se observan relaciones importantes con los síntomas presentes en esta enfermedad.

Áreas afectadas del cerebro

- Se identifican cuatro vías dopaminérgicas importantes:
 - Vía mesolímbica:** se origina en el tegumento ventral y se proyecta a áreas del sistema límbico, que incluyen el núcleo accumbens, amígdala e hipocampo. La vía mesolímbica se relaciona con funciones de la memoria, emoción, excitación y placer. El exceso de actividad en la vía mesolímbica participa en los síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones, delirios).
 - Vía mesocortical:** se origina en el tegumento ventral y tiene proyecciones hacia la corteza. Esta vía actúa en la cognición, comportamiento social, planeación, resolución de problemas, motivación y reforzamiento del aprendizaje. Los síntomas negativos de la esquizofrenia (p. ej., afecto aplano, apatía, falta de motivación y anhedonia) se relacionan con actividad reducida en esta vía.
 - Vía nigroestriatal:** surge de la sustancia negra y termina en el estrato de los ganglios basales. Esta vía se relaciona con la función del control motor. La degeneración de esta vía se relaciona con la enfermedad de Parkinson y los síntomas psicomotores involuntarios de esquizofrenia.
 - Vía tuberoinfundibular:** se origina en el hipotálamo y se proyecta a la hipófisis. Se relaciona con la función endocrina, digestión, metabolismo, hambre, sed, control de temperatura y excitación sexual. Está vinculada con ciertas anomalías endocrinas en esquizofrenia.
- Incluye dos grupos principales de receptores de dopamina y sus localizaciones son:
 - La familia D₁:
 - Receptores D₁: ganglios basales, núcleos accumbens y corteza cerebral.
 - Receptores D₅: hipocampo e hipotálamo, con bajas concentraciones en la corteza cerebral y ganglios basales.
 - Receptores D₂: ganglios basales, hipófisis anteriores, corteza cerebral, estructuras límbicas.
 - Receptores D₃: regiones límbicas, con bajas concentraciones en ganglios basales.
 - Receptores D₄: corteza frontal, hipocampo, amígdala.

Medicamentos antipsicóticos

Tipo	Afinidad de Receptores	Efectos colaterales relacionados
Antipsicóticos convencionales (típicos) Fenotiazinas Haloperidol Proporciona alivio en psicosis, Mejoran los síntomas positivos Empeoran los síntomas negativos	Fuerte D ₂ (dopamina) Varios grados de afinidad para: Ach (norepinefrina) α ₁ H ₁ (histamina) Débil 5 HT (serotonina)	Síntomas extrapiramidales, hiperprolactinemia, síndrome maligno neuroléptico Efectos anticolinérgicos Taquicardia, temblores, insomnio, hipotensión postural, Aumento de peso, sedación Bajo potencial para dificultad eyaculatoria
Antipsicóticos nuevos (atípicos): Clozapina, olanzapina, quetiapina aripiprazol, risperidona ziprasidona Proporciona alivio de la psicosis, mejoran los síntomas positivos, mejoran los síntomas negativos	Fuerte 5 HT Baja o moderada D ₂ Varios grados de afinidad para: Ach adrenérgica α H ₁	Disfunción sexual, malestares gastrointestinales, dolor de cabeza Bajo potencial para síntomas extrapiramidales Efectos anticolinérgicos Taquicardia, temblores, insomnio, hipotensión postural Aumento de peso, sedación

puede no ser importante en *todos* los pacientes esquizofrénicos. Los pacientes con manifestaciones agudas (p. ej., delirios y alucinaciones) responden con gran eficacia a los fármacos neurolépticos a diferencia de los enfermos con manifestaciones crónicas (p. ej., apatía, pobreza de ideas y pérdida de control). Las manifestaciones de la esquizofrenia aguda se pueden relacionar con el número mayor de receptores en el cerebro que responden a los fármacos neurolépticos bloqueadores. Las manifestaciones de la esquizofrenia crónica en cambio, es probable que no se relacionen con el número de receptores de dopamina, por lo que los neurolépticos no parecen ser tan eficaces en el tratamiento de estos síntomas.

Otras Hipótesis Bioquímicas

Se considera que existen otros bioquímicos relacionados con la predisposición a la esquizofrenia, y se sugiere que anomalías en los neurotransmisores de norepinefrina, serotonina, acetilcolina y ácido gamma-aminobutírico y en los neuropeptiduladores, como las prostaglandinas y la endorfina también intervienen en esta predisposición.

Influencias Fisiológicas

En la literatura médica se han identificado varios factores físicos de posible significancia etiológica; sin embargo, no están claros los mecanismos específicos en la presentación de la enfermedad.

Infección Viral

Sadock y Sadock (2003) mencionan que los datos epidemiológicos indican una elevada incidencia de esquizofrenia después de la exposición prenatal a la influenza. Al respecto comentan:

Otros datos que apoyan la hipótesis viral son el número mayor de anomalías físicas al nacimiento, un aumento en el índice de complicaciones en la gestación y en el parto, estacionalidad del nacimiento consistente con la infección viral, agrupación geográfica de casos en adultos y estacionalidad en las hospitalizaciones (p. 482).

Otro estudio presenta una relación entre las infecciones virales del sistema nervioso central durante la niñez y el inicio de la esquizofrenia en adultos (Rantakallio y col., 1997).

Anomalías Anatómicas

Con el uso de la tecnología de imagenología neuronal, se pueden observar las anomalías estructurales del cerebro en individuos con esquizofrenia. El agrandamiento ven-

tricular es el hallazgo más importante; sin embargo, también se informa aumento del surco y atrofia cerebelar. Ho, Black y Andreasen (2003) comentan:

Existe evidencia sustancial que sugiere que el agrandamiento de los ventrículos se relaciona con mal funcionamiento premórbido, síntomas negativos, poca respuesta al tratamiento y alteraciones cognitivas. Las anomalías observadas con tomografía computarizada pueden tener alguna importancia clínica, pero no son específicas del diagnóstico; ya que se han observado en otros trastornos como enfermedad de Alzheimer o alcoholismo (p. 405).

Las imágenes por resonancia magnética (MRI) proporcionan una mayor posibilidad de ver múltiples planos; estudios con esta tecnología revelan una posible reducción en el tamaño cerebral e intracraneal en pacientes con esquizofrenia. Otros estudios también informan disminución en el tamaño del lóbulo frontal, pero esto es menos frecuente. La MRI se utiliza para explorar posibles anomalías en subregiones específicas del cerebro, tales como amígdala, hipocampo, lóbulos temporales y ganglios basales.

Cambios Histológicos

A nivel microscópico también se observan cambios cerebrales; se sugiere que hay un “desorden” o anomalía de las células piramidales en el área del hipocampo (Jonsson y cols., 1997). Esta alteración de las células se comparó con la alineación de las células en los cerebros de individuos sin el trastorno. Algunos investigadores consideran que esta afección en las células del hipocampo se presenta durante el segundo trimestre de embarazo y se puede relacionar con el virus de influenza encontrado en la madre durante este periodo. Son necesarias más investigaciones para determinar la posible relación entre el defecto de nacimiento y el desarrollo de la esquizofrenia.

Condiciones Físicas

Algunos estudios indican una relación entre la esquizofrenia y la epilepsia (en particular con el lóbulo temporal), enfermedad de Huntington, traumatismos durante el nacimiento, lesiones en la cabeza en la adultez, tumores cerebrales (en especial en el sistema límbico), accidentes vasculares cerebrales, lupus eritematoso sistémico, mixe-dema, parkinsonismo y enfermedad de Wilson.

Influencias Psicológicas

Los primeros conceptos de la esquizofrenia se enfocaban en los factores de las relaciones familiares como las principales influencias en el desarrollo de la enfermedad. Es

probable que esto haya ocurrido por la falta de información relacionada con una conexión biológica. Estas primeras teorías mencionaban interacciones deficientes entre padres e hijos y sistemas familiares disfuncionales.

¿Pueden los patrones de interacción familiar causar esquizofrenia? La respuesta más probable es no. Hoy en día los investigadores enfocan sus estudios más en términos de la esquizofrenia como un trastorno cerebral. No obstante, Sadock y Sadock (2003) declaran lo siguiente:

Los médicos deben considerar los factores psicosociales que afectan la esquizofrenia. Aunque de manera histórica, los teóricos atribuyen el desarrollo de la enfermedad a factores psicosociales, los clínicos contemporáneos se benefician al utilizar las teorías más relevantes y lineamientos de estas observaciones e hipótesis pasadas. Aunque muchas teorías psicodinámicas sobre la patogenia de la esquizofrenia parecen obsoletas, las observaciones clínicas pueden ayudar a los médicos actuales a entender cómo puede afectar la enfermedad la psique del paciente (p. 483).

Influencias Ambientales

Factores Socioculturales

Existen muchos estudios que intentan relacionar la esquizofrenia con clases sociales. De hecho, las estadísticas epidemiológicas muestran un número mayor de individuos de clases socioeconómicas bajas que sufren los síntomas relacionados, que aquellas personas de grupos en mejores posiciones socioeconómicas (Ho, Black y Andreasen, 2003). Las explicaciones para esta situación incluyen las condiciones asociadas con pobreza, como hacinamiento, nutrición inadecuada, falta de cuidados prenatales, pocos recursos para lidiar con situaciones estresantes, y sentimientos de desesperanza por el estilo de vida de carencia.

Una visión alternativa es la de la *hipótesis downward drift*. Esta hipótesis relaciona la conducción hacia la esquizofrenia, o fallas para salir de los grupos socioeconómicos pobres que tienden al aislamiento social y a la segregación de sí mismos de los demás, características del proceso de enfermedad. Estos defensores de este punto de vista sobre las condiciones de pobreza proponen que se trata de una consecuencia más que de una causa.

Eventos de Vida Estresantes

Se han hecho estudios para determinar si los episodios psicóticos se precipitan por eventos estresantes. No existe evidencia científica que indique que el estrés cause esquizofrenia; sin embargo, es muy probable que contribuya a la gravedad y curso de la enfermedad. Se sabe que el estrés

extremo puede provocar episodios psicóticos (Goff, 2002), de hecho el estrés puede precipitar los síntomas en un individuo que es vulnerable genéticamente a la enfermedad. Sadock y Sadock (2003) explican al respecto:

El estrés puede ser biológico, ambiental o ambos. El componente ambiental puede ser biológico (p. ej., una infección) o psicológico (p. ej., una situación estresante en la familia) (p. 477).

Los eventos estresantes en la vida se pueden relacionar con la exacerbación de los síntomas esquizofrénicos y aumentar los índices de recaída.

Integración Teórica

La etiología de la esquizofrenia permanece sin aclarar, ya que ninguna teoría o hipótesis por sí sola proporciona una explicación clara para la enfermedad. De hecho, parece que conforme se obtienen más evidencias que apoyan el concepto de causas múltiples, la teoría más común parece ser que la esquizofrenia tiene una base biológica, el principio de que está influida por factores en el ambiente (ya sea interno o externo).

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) identifica varios tipos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El diagnóstico diferencial se hace según el total de síntomas clínicos que se presenten.

Esquizofrenia Desorganizada

Este tipo de la enfermedad se llamaba *esquizofrenia hebephrenica*. El inicio de los síntomas por lo general se presenta a los 25 años de edad, y el curso es crónico. El comportamiento es muy regresivo y primitivo. El contacto con la realidad es en extremo malo, el afecto es aplanado o muy inapropiado, con períodos de simpleza incongruente y risas falsas o nerviosas. Los gestos faciales y las maneras extrañas son comunes, y la comunicación por lo regular es incoherente. La apariencia personal del individuo es descuidada, y la alteración social es extrema.

Esquizofrenia Catatónica

La esquizofrenia catatónica se caracteriza por marcadas anomalías en el comportamiento motor y se puede manifestar en forma de *estupor* o *excitación* (Sadock y Sadock, 2003).

El *estupor catatónico* se caracteriza por extremo retardo psicomotor. El individuo muestra una pronunciada disminución en los movimientos espontáneos y en la actividad. El mutismo (p. ej., ausencia del habla) es común, y el negativismo (p. ej., en apariencia hay resistencia a moverse o intentos por moverse) puede ser evidente. Se puede mostrar **flexibilidad cérea** (*waxy*), este término describe un tipo de “postura”, o posturas extrañas de manera voluntaria, en las cuales el individuo puede permanecer los largos períodos, el cuerpo está rígido, cuando se quiere mover a la persona, es posible encontrarse con resistencia.

La *catatonía de excitación* se manifiesta por un estado de extrema agitación psicomotora. Los movimientos son frenéticos y sin propósito, por lo general se acompañan de verbalizaciones incoherentes continuas y gritos. Los pacientes con este padecimiento requieren de manera urgente control físico y médico, porque con frecuencia son destructivos y violentos con otras personas, y su excitación puede provocar que se dañen a sí mismos o que colapsen por fatiga extrema.

Esquizofrenia Paranoide

La esquizofrenia paranoide se caracteriza de manera principal por la presencia de delirio de persecución o de grandeza y de alucinaciones auditivas relacionadas con un solo tema. El individuo con frecuencia está tenso, sospecha y está a la defensiva, además puede ser argumentativo, hostil y agresivo. El inicio de los síntomas por lo general es tardío (tal vez al final de los 20 o 30 años), y se observa menos regresiones de las facultades mentales, respuesta emocional y comportamiento de otros subtipos de la enfermedad. Las alteraciones sociales pueden ser mínimas y existe evidencia de que el pronóstico, en particular en relación al funcionamiento ocupacional y capacidad de ser independientes, es prometedor (APA, 2000).

Esquizofrenia Indiferenciada

Algunas veces los pacientes con síntomas de esquizofrenia no concuerdan con los criterios de los subtipos, o pueden coincidir con más de un criterio, a estos individuos se les da el diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. El comportamiento es evidentemente psicótico; esto es, hay evidencia de delirios, alucinaciones, incoherencia y comportamientos extraños. Sin embargo, los síntomas no pueden ser clasificados con facilidad en las categorías de diagnóstico enlistadas con anterioridad.

Esquizofrenia Residual

Esta categoría de diagnóstico se utiliza cuando el individuo tiene una historia de por lo menos un episodio previo de esquizofrenia con síntomas psicóticos. La esquizofrenia residual se presenta en un individuo que tiene una forma crónica de la enfermedad y es el estado que sigue a un episodio agudo (delirios importantes, alucinaciones, incoherencia, comportamiento extraño y violencia). En la etapa residual, existe evidencia continua de la enfermedad, aunque no hay síntomas psicóticos destacados. Los síntomas residuales pueden incluir aislamiento social, comportamiento excéntrico, descuido de la higiene personal, afectos inapropiados, discurso deficiente o muy elaborado, pensamiento ilógico o apatía.

Trastorno Esquizoafectivo

Este trastorno se manifiesta por comportamientos esquizofrénicos, con un fuerte elemento de sintomatología relacionada con trastorno del ánimo (depresión o manía). El paciente parece deprimido, con retardo psicomotor e ideas de suicidio, los síntomas incluyen euforia, grandiosidad e hiperactividad. Sin embargo, el factor decisivo para el diagnóstico es la presencia de síntomas esquizofrénicos característicos. Por ejemplo, además de la disfunción del ánimo, el individuo muestra delirios extraños, alucinaciones excepcionales, discurso incoherente, comportamiento catatónico y afecto inapropiado. El pronóstico para el trastorno esquizoafectivo es en general mejor que para los otros trastornos esquizofrénicos, pero peor que el de los trastornos de ánimo (Sadock y Sadock, 2003).

Trastorno Psicótico Breve

La característica esencial de este trastorno es el inicio repentino de síntomas psicóticos que pueden o no ser precedidos por sufrir una situación estresante grave. Estos síntomas duran por lo menos un día, pero pueden prolongarse hasta menos de un mes, y al final regresan a un grado premórbido de funcionamiento (APA, 2000). El individuo experimenta agitación emocional o perplejidad abrumadora y confusión. La evidencia de la prueba de realidad alterada puede incluir discurso incoherente, delirios, alucinaciones, comportamiento extraño y desorientación. Los individuos que presentan trastornos de personalidad preexistentes (con más frecuencia, histriónicos, narcisistas, paranoide, de tipo esquizoide y trastornos de personalidad límitrofe) parecen ser más susceptibles a este trastorno (Sadock y Sadock, 2003).

Trastorno Esquizofreniforme

Las características esenciales de este trastorno son idénticas a las de la esquizofrenia, con excepción de la duración, que incluye las fases prodrómica, activa y residual, en un mes y por lo menos seis meses (APA, 2000). Si el diagnóstico se hace mientras el individuo todavía está sintomático, pero presenta la enfermedad por menos de seis meses, se califica de “provisional”. El diagnóstico se cambia a esquizofrenia si el cuadro clínico persiste más de seis meses. Se piensa que este trastorno tiene buen pronóstico si el afecto del individuo no es aplanado, si se presenta un inicio rápido de los síntomas psicóticos a partir del momento que se nota el comportamiento inusual, o si el funcionamiento premórbido social y ocupacional son satisfactorios.

Trastorno de Delirio

La característica esencial de este trastorno es la presencia de uno o más delirios no extravagantes que persisten por lo menos un mes (APA, 2000); en caso de no presentar alucinaciones destacadas, y aparte de los delirios, el comportamiento no es extraño. El subtipo de trastorno de delirio se basa en el tema de delirio predominante.

Tipo Eerotomaniaco

Con este tipo de delirio, el enfermo cree que alguien, por lo general de un estatus más elevado, está enamorado/ enamorada de él o ella. Con frecuencia las personas famosas son sujetos de delirios erotomaniacos. Algunas veces el delirio permanece secreto, pero en otros casos los individuos pueden seguir, contactar o tratar de persuadir al sujeto de su delirio.

Tipo de Grandeza

Los enfermos con delirios de grandeza tienen ideas irrationales en relación a su propia valía, talento, conocimiento o poder. Pueden creer que tienen una relación especial con una persona famosa, o incluso asumir la identidad de una persona famosa (creyendo que el famoso real es un impostor). Los delirios de grandeza religiosa pueden llevar a que la persona asuma la identidad de una deidad o de un líder religioso.

Tipo Celoso

El contenido del delirio de celos se centra en la idea de que la pareja sexual es infiel. La idea es irracional y sin

causa, pero el individuo con delirio busca evidencias para justificar su creencia. La pareja sexual es confrontada (y en ocasiones es atacada físicamente) en relación a la infidelidad imaginada; el “amante” imaginado de la pareja también puede ser objeto del ataque. Son comunes los intentos de restringir la autonomía de la pareja en un esfuerzo de detener la infidelidad imaginada.

Tipo Persecutorio

En los delirios persecutorios, que son los más comunes, los enfermos creen que son tratados con maldad de alguna forma. Los temas frecuentes incluyen conspiraciones, engaños, espionaje, persecución, envenenamiento, difamaciones maliciosas, agobiados u obstaculizados para alcanzar sus metas a largo plazo (APA, 2000). El individuo puede obsesionarse y exagerar un ligero rechazo (ya sea real o imaginario) hasta que se convierte en el centro de un sistema de delirios. Pueden presentarse quejas repetidas a autoridades legales, falta de satisfacción que puede terminar en violencia hacia el objeto del delirio.

Tipo Somático

Los individuos con delirio somático creen que tienen un defecto físico, trastorno o enfermedad. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) señala que los tipos más comunes de delirios somáticos son aquellos en los que el sujeto cree que:

- Emite un olor desagradable de la piel, boca, recto o vagina.
- Tiene una infestación de insectos en o sobre la piel.
- Tiene parásitos que le causan molestias.
- Tiene partes corporales feas o desagradables.
- Tiene partes del cuerpo disfuncionales.

Trastorno Psicótico Compartido

La característica esencial de este trastorno, también llamado *folie à deux*, es un sistema de delirio que se desarrolla en una segunda persona como resultado de una relación cercana con otra que ya tiene el trastorno con delirios acentuados (APA, 2000). La persona con delirio primario, por lo general, es dominante en la relación, y el delirio en sí se impone de manera gradual en la pareja más pasiva. Esto se presenta en el contexto de una relación cercana a largo plazo, en particular cuando la pareja se aísla de otras personas. El curso por lo general es crónico, y es más frecuente en mujeres que en varones.

CUADRO 15 – 1 Condiciones Médicas Generales que Puedan Causar Síntomas Psicóticos

<i>Condiciones neurológicas</i>	Neoplasias Enfermedad vascular cerebral Enfermedad de Huntington Epilepsia Esclerosis múltiple Sordera Migrana Meningitis Encefalitis
<i>Condiciones endocrinas</i>	Desórdenes de la tiroides Desórdenes suprarrenales Enfermedades de paratiroides
<i>Condiciones metabólicas</i>	Hipoxia Hipercapnia Hipoglucemia
<i>Desórdenes autoinmunitarios</i>	Lupus eritematoso sistémico
<i>Otros</i>	Desequilibrio electrolítico Enfermedades hepáticas o renales Privación del sueño Sífilis terciaria

CUADRO 15 – 2 Sustancias que Pueden Causar Desórdenes Psicóticos

<i>Abuso de fármacos</i>	Alcohol Cannabis Estimulantes del sistema nervioso central Cocaína Alucinógenos Inhalantes Opioides Fenciclidina y sustancias relacionadas Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
<i>Medicamentos</i>	Anestésicos y analgésicos Agentes anticolinérgicos Anticonvulsivos Medicamentos antidepresores Antihistamínicos Agentes antihipertensivos Medicamentos cardiovasculares Agentes antimicrobiales Agentes antiparkinsonianos Agentes antineoplásicos Corticoesteroides Disulfiram Medicamentos gastrointestinales Relajantes musculares Agentes antiinflamatorios no esteroides
<i>Toxinas</i>	Anticolinesterasa Insecticidas organofosforados Gases nerviosos Monóxido de carbono Dióxido de carbono Sustancias volátiles (por ejemplo, combustible o pintura)

Trastorno Psicótico por una Condición Médica General

Las características de este trastorno son alucinaciones y delirios acentuados que se atribuyen a una condición médica general (APA, 2000). No se hace el diagnóstico si los síntomas se presentan durante el curso de un delirio o demencia crónica en progreso. Varias condiciones médicas pueden causar síntomas psicóticos. El *DSM-IV-TR* identifica los más comunes y se presentan en el cuadro 15-1 (APA, 2000).

Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias

Las características esenciales de este trastorno son las alucinaciones y delirios que son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una sustancia de abuso, un medicamento o exposición a toxina) (APA, 2000). El diagnóstico se hace en ausencia de pruebas de realidad y cuando la historia, examen físico o hallazgos de laboratorio indican el uso de sustancias. Cuando la prueba de realidad se conserva en presencia de síntomas psicóticos inducidos por sustancias, el diagnóstico debe relacionarse con los fármacos (Sadock y Sadock, 2003). En el cuadro 15-2 se presentan las sustancias identificadas como causantes de trastornos psicóticos por el *DSM-IV-TR* (APA, 2000).

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración de Antecedentes

En el primer paso del proceso de enfermería, el personal de enfermería recopila una base de datos a partir de la cual se derivan los diagnósticos de enfermería y se formula el plan de atención. Este primer paso es en extremo importante debido a que sin una valoración exacta no se pueden determinar de manera precisa la identificación del problema, objetivos de cuidado y los criterios de resultados.

La valoración del paciente con esquizofrenia puede ser un proceso complejo, con base en la información obtenida de varias fuentes. Los enfermos con un episodio agudo apenas son capaces de hacer contribuciones significativas a su historia. Los datos se deben obtener de miembros de la familia, si es posible, de viejos registros, si están disponibles; o de otras personas que estén en posición de informar sobre el progreso del comportamiento del paciente.

El personal de enfermería debe estar familiarizado con los comportamientos comunes del trastorno para ser capaz de obtener una adecuada valoración del paciente. Las ediciones previas del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* presentan alteraciones de comportamiento en ocho áreas de funcionamiento: contenido de pensamiento, forma de pensamiento, percepción, afecto, sentido de sí mismo, voluntad, funcionamiento interpersonal alterado y relaciones con el mundo externo, y comportamiento psicomotor. Estas áreas de funcionamiento son empleadas para facilitar la presentación de los antecedentes en los cuales se basa la valoración inicial, también se presentan alteraciones adicionales fuera de los límites de estas ocho áreas mencionadas.

Contenido de Pensamiento

DELIRIOS. Los delirios son creencias personales falsas que son inconsistentes con la inteligencia de la persona o antecedentes culturales. El individuo continúa con dicha creencia a pesar de pruebas obvias de que es falsa o irracional. Los delirios se subdividen según su contenido. Algunos de los más comunes se enlistan a continuación.

- **Delirio de persecución:** La persona se siente amenazada y cree que otras personas intentan dañarlo o lo persiguen de alguna forma (p. ej., “El FBI puso micrófonos en mi cuarto e intenta matarme”; “No puedo bañarme en este baño, el personal de enfermería puso una cámara para poder observar todo lo que hago”).
- **Delirio de grandeza.** El individuo tiene un exagerado sentimiento de importancia, poder, conocimiento o identidad (p. ej., “Yo soy Jesucristo”).
- **Delirio de referencia.** Todos los eventos en el ambiente son referidos por la persona psicótica hacia sí mismo (p. ej., “Alguien está tratando de enviarme un mensaje a través del artículo de esta revista [periódico o programa de TV]; debo descifrar el código para recibir el mensaje”). Las *ideas de referencia* son menos rígidas que los delirios de referencia. Un ejemplo de una idea de referencia es el pensamiento irracional de que los demás hablan o se ríen de ellos.
- **Delirio de control o influencia:** La persona cree que ciertos objetos o personas tienen control sobre su comportamiento (p. ej., “El dentista puso un relleno en mi diente; ahora recibo transmisiones a través del relleno que controla lo que siento y lo que hago”).
- **Delirio somático:** El individuo tiene una idea falsa sobre el funcionamiento de su cuerpo (p. ej., “Tengo 70 años de edad y seré la persona más vieja que tendrá un

hijo. El doctor dice que no estoy embarazada, pero yo sé que lo estoy”).

- **Delirio nihilista:** El sujeto tiene una falsa idea de que él mismo, parte de sí mismo, o que los demás, o el mundo no existe (p. ej., “El mundo no existe”. “No tengo corazón.”)

RELIGIOSIDAD. La **religiosidad** es una excesiva demostración u obsesión con ideas y comportamientos religiosos. Debido a que los individuos varían en gran medida en sus creencias religiosas y el grado de compromiso espiritual, la religiosidad es difícil de valorar. El individuo con esquizofrenia puede utilizar ideas religiosas en un intento por proporcionar un significado racional y estructura a su comportamiento. La preocupación religiosa en este sentido puede, por lo tanto, ser considerada como una enfermedad. Sin embargo, los pacientes que se sienten cómodos con sus creencias religiosas no deben ser desanimados en el empleo de estos medios para sentir apoyo. Un ejemplo de religiosidad es que el individuo crea que escucha la voz de Dios y busca de manera incesante la interpretación en la Biblia.

PARANOIA. Los enfermos con **paranoia** sospechan en extremo de los demás y de sus acciones o intenciones (p. ej., “No me voy a comer esta comida. Sé que está envenenada”).

PENSAMIENTO MÁGICO. Con el **pensamiento mágico**, la persona cree que sus pensamientos o comportamientos tiene el control sobre situaciones o personas específicas (p. ej., la madre cree que si regaña a su hijo, de cualquier manera será separada de él). El pensamiento mágico es común en los niños (p. ej., “Si pisas una grieta quiebras la espalda de tu mamá.” “Una manzana al día mantiene alejado al doctor”).

Forma de Pensamiento

INCONEXIÓN ASOCIATIVA. El pensamiento se caracteriza por discurso en el cual las ideas cambian de un tema a otro no relacionado, es decir, el individuo no está consciente de que los temas no son congruentes. Cuando la condición es grave, el discurso puede ser incoherente, por ejemplo: “Queremos tomar el camión, pero el aeropuerto tomó todo el tráfico. Manejar es el boleto cuandoquieres llegar a algún lado. No necesitas un boleto para ir al cielo. Lo tienes todo en tus bolsillos.”)

NEOLOGISMOS. La persona psicótica inventa palabras nuevas o **neologismos**, que no tienen ningún significado para los demás, pero sí para el enfermo (p. ej., “Ella quería darmé un aventón en su nuevo automóvil”).

PENSAMIENTO CONCRETO. Las interpretaciones literales del ambiente representan regresión a una etapa temprana del desarrollo cognitivo. El paciente con esqui-

zofrenia puede tener gran dificultad para describir pensamientos abstractos; por ejemplo, les es muy difícil describir el significado de oraciones como: "Estoy trepando por las paredes" o "Están lloviendo perros y gatos".

ASOCIACIONES POR CONSONANCIA. La elección de palabras se hace por el sonido de las mismas; las **asociaciones por consonancia** con frecuencia se hacen de manera rítmica, por ejemplo: "Está muy frío. Estoy frío y frito. El oro ha sido vendido".

ENSALADA DE PALABRAS. La **ensalada de palabras** es una serie de palabras que se ponen juntas al azar, sin conexión lógica, por ejemplo: "Mayoría hacia adelante acción crece vida doble juega círculo uniforme").

CIRCUNSTANCIALIDAD. Con esta sintomatología el paciente se retarda en llegar a una comunicación por la cantidad de detalles innecesarios y tediosos. El objetivo del discurso se consigue porque el entrevistador interrumpe en numerosas ocasiones para que el enfermo continúe en el tema de conversación.

TANGENCIAL. La **tangencialidad** (imprudente) difiere del síntoma anterior en que la persona nunca llega a un punto definido de la comunicación, se introducen temas no relacionados y se pierde la discusión original.

MUTISMO. Esta es una incapacidad o negación para hablar.

PERSEVERANCIA. El individuo que muestra **perseverancia** repite de manera persistente la misma palabra o idea en respuesta a diferentes preguntas.

Percepción

ALUCINACIONES. Las alucinaciones o las percepciones sensoriales falsas no relacionadas con los estímulos externos reales incluyen cualquiera de los cinco sentidos. Los tipos de alucinaciones son los siguientes:

- **Auditivas:** Este tipo de alucinaciones son percepciones falsas de sonido. Por lo general son voces, pero el individuo puede mencionar ruidos repetidos, música y otros sonidos. Las alucinaciones demandantes pueden poner al sujeto y a los demás en una situación potencialmente peligrosa. Las "voces" ordenan actos violentos en contra de ellos mismos y otras personas que pueden o no ser tomadas en cuenta por el psicótico. Las alucinaciones auditivas son el tipo más común de los trastornos psiquiátricos.
- **Visuales:** Estas son percepciones visuales falsas, que pueden consistir de imágenes formadas o sin forma, como personas o como relámpagos de luz.
- **Táctiles:** Estas son falsas percepciones del sentido del tacto, con frecuencia sobre la piel o debajo de ésta. Una alucinación específica es la sensación anormal de hor-

miguelo debajo de la piel, sensación de que algo se arrastra sobre o debajo de ésta.

● **Gustativas:** Este tipo es una falsa percepción del gusto. Las más comunes son las alucinaciones de sabores desagradables.

● **Olfativas:** Falsas percepciones del sentido del olfato.

ILLUSIONES. Percepciones o interpretaciones equivocadas de estímulos externos reales.

Afecto

Describe el comportamiento relacionado con los sentimientos o emociones del individuo.

AFFECTO INAPROPIADO. Cuando el tono emocional del individuo es incongruente con las circunstancias (p. ej., una joven se ríe cuando le dicen de la muerte de su madre).

AFFECTO APLANADO O SOSO. El afecto se describe como soso cuando las emociones son débiles; el individuo con afectos indiferentes parece carecer de emociones (o la expresión de los sentimientos es evidente).

APATÍA. Con frecuencia demuestra una indiferencia o desinterés en el ambiente. El afecto soso o aplanado es una manifestación de la apatía emocional.

Sentido del Ser

El sentido del ser describe la individualidad que siente una persona. Debido a la extrema debilidad de los límites del Yo, el enfermo carece de este sentimiento y experimenta mucha confusión en relación a su identidad.

ECOLALIA. El paciente puede repetir palabras que escucha, lo que se llama **ecolalia**; esta repetición es con el intento de identificarse con la persona que habla; por ejemplo, el personal de enfermería dice: "John, es la hora del almuerzo", el paciente responde: "Es hora del almuerzo. Es la hora del almuerzo" o algunas veces "Almuerzo, almuerzo, almuerzo".

ECOPRAXIA. El paciente con este síntoma imita sin un propósito los movimientos de las otras personas.

IDENTIFICACIÓN E IMITACIÓN. La identificación, que ocurre a un nivel inconsciente, y la imitación que es consciente, son mecanismos de defensa del Yo utilizados por los individuos con esquizofrenia y reflejan su confusión en relación con su propia identidad. Debido a que tienen dificultades en conocer sus límites personales y los de las otras personas, su comportamiento con frecuencia toma la forma que ven en la otra persona.

DESPERSONALIZACIÓN. La inestabilidad de la identidad del Yo puede producir sentimientos de irrealidad (p. ej., sentimiento de que las extremidades cambian de tamaño; o un sentido de verse a sí mismo desde cierta distancia).

Volición

La volición se relaciona con alteraciones en la capacidad para iniciar la actividad dirigida a objetivos. En el individuo con esquizofrenia, se presenta con interés, motivación o capacidad inadecuados para elegir un curso lógico de acción en una situación determinada.

AMBIVALENCIA EMOCIONAL. Se refiere a la coexistencia de emociones opuestas hacia el mismo objeto, persona o situación. Estas emociones opuestas pueden interferir con la capacidad de la persona para tomar incluso una decisión muy sencilla (p. ej., elegir café o té en el almuerzo). La ambivalencia subyacente es la dificultad para tener relaciones satisfactorias; esta problemática se basa en el dilema de necesito-temo —la necesidad y el temor simultáneos de intimidad.

Funcionamiento Interpersonal Alterado y Relación con el Mundo Exterior

Algunos pacientes con esquizofrenia aguda se afellan a los demás y entran en su espacio personal, mostrando comportamientos que no son social ni culturalmente aceptables. La alteración en el funcionamiento social también se puede reflejar en el aislamiento social, desapego emocional y falta de consideración para las convenciones sociales.

AUTISMO. Describe la condición creada por la persona con esquizofrenia que se enfoca hacia un mundo de fantasía mientras se distorsiona o excluye el ambiente externo.

APARIENCIA DETERIORADA. El arreglo personal y las actividades de cuidado personal son mínimos. El enfermo puede parecer desaliñado y desordenado, hay que recordarle la necesidad de la higiene personal.

Comportamiento Psicomotor

ANERGIA. Este es un síntoma de deficiencia de energía, el enfermo carece de suficiente energía para realizar actividades diarias o interactuar con los demás.

FLEXIBILIDAD CÉREA. Esta característica describe una condición en la cual el paciente permite que partes del cuerpo permanezcan en posiciones extrañas o incómodas. Una vez en posición, el brazo, pierna o cabeza permanecen en esa posición por largos períodos, sin importar qué tan incómodo pueda ser para el individuo; por ejemplo, el personal de enfermería puede colocar el brazo del paciente para tomar la presión arterial, el paciente deja el brazo en la posición en que se hizo la lectura de la presión.

POSAR. Este síntoma se manifiesta por presentar posturas extrañas o inapropiadas de manera voluntaria.

BALANCEO. El balanceo del cuerpo en especial cuando se está sentado (un movimiento lento rítmico del tronco) es un comportamiento psicomotor.

Características Relacionadas

ANHEDONIA. Es la incapacidad para experimentar placer. Síntoma estresante que impulsa a algunos pacientes a suicidarse.

REGRESIÓN. Es el retroceso a un grado de desarrollo más temprano. Es un mecanismo primario de defensa de la esquizofrenia, y un intento disfuncional por reducir la ansiedad. Proporciona la base para muchos comportamientos relacionados con la esquizofrenia.

Síntomas Positivos y Negativos

Algunos médicos encuentran útil describir los síntomas como positivos o negativos. Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de funciones normales, mientras que los síntomas negativos manifiestan una disminución o pérdida de funciones normales (APA, 2000). Casi todos los pacientes muestran una mezcla de ambos tipos de síntomas.

Los síntomas positivos se relacionan con estructuras cerebrales normales en la tomografía computarizada y con respuestas más o menos normales. Los individuos que muestran síntomas negativos en su mayoría presentan anomalías estructurales y responden de manera deficiente al tratamiento (Sadock y Sadock, 2003). En el recuadro 15-1 se presentan los ejemplos de síntomas positivos o negativos.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

A partir de los análisis de la valoración de los datos, se formulan los diagnósticos de enfermería apropiados para el paciente psicótico y la familia. Después de identificar los problemas, se hace la planeación de la atención de enfermería. Los posibles diagnósticos de enfermería para pacientes con trastornos psicóticos incluyen:

- Percepción sensorial alterada: Las percepciones auditivas y visuales se relacionan con ansiedad y pánico, soledad extrema y retramiento, se evidencia por respuestas inapropiadas, secuencia de pensamientos alterados, cambios rápidos de ánimo, poca concentración y desorientación.
- Procesos de pensamiento alterados relacionados con la incapacidad para confiar, ansiedad, posibles factores hereditarios o bioquímicos, evidenciados por pensamientos delirantes; incapacidad para concentrarse; volición alterada; incapacidad para resolver problemas, resume o conceptualiza; suspicacia extrema en otros.

RECUADRO 15-1 Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia

Síntomas Positivos	Síntomas Negativos
<i>Alucinaciones</i>	<i>Indiferencia afectiva</i>
Auditivas Visuales Olfativas Gustativas Táctiles	Falta de expresión Poco contacto visual Lenguaje corporal reducido Afecto inadecuado Expresión emocional disminuida
<i>Delirio</i>	<i>Alogia (pobreza del habla)</i>
Persecución Grandeza Referencia Control o influencia somática	Respuestas breves, vacías Fluidez disminuida del discurso Contenido disminuido del discurso
<i>Pensamiento/discurso desorganizados</i>	<i>Abulia/apatía</i>
Asociaciones sueltas Incoherencias Asociaciones de sonido Ensalada de palabras Neologismos Pensamiento concreto Ecolalia Tangencialidad Circunstancialidad	Inhabilidad de iniciar actividades dirigidas hacia objetivos Poco o nada de interés en el trabajo o actividades sociales Arreglo/higiene deficientes
<i>Comportamiento desorganizado</i>	<i>Anhedonia</i>
Apariencia descuidada Comportamiento sexual inapropiado Comportamiento inquieto, agitado Flexibilidad cérea	Ausencia de placer en actividades sociales Intimidad/interés sexual disminuidos
	<i>Aislamiento social</i>

Fuentes: adaptado de *DSM-IV-TR* (APA, 2000), Sadock y Sadock (2003), y Andreasen y Black (2006).

- Aislamiento social relacionado con la incapacidad para confiar, pánico, desarrollo débil del Yo, pensamientos delirantes, regresión, evidenciado por retraimiento, tristeza y aburrimiento, dilema necesidad-temor, ansiedad por los propios pensamientos, expresión de sentimientos de rechazo o de aislamiento impuesto por otros.
- Riesgo de violencia, que puede ser dirigida a sí mismo o a otras personas que se relacionan con suspicacia extrema, pánico, excitación catatónica, reacciones de furia, alucinaciones demandantes, evidenciada por actos violentos, destrucción dirigida a objetos, comportamiento autodestructivo, actos suicidas agresivos activos.
- La comunicación verbal alterada relacionada a pánico, regresión, retraimiento, desordenada, pensamientos

no realistas evidenciados por inconexión asociativa de ideas, neologismos, ensalada de palabras, verbalizaciones que reflejan pensamiento concreto y poco contacto visual.

- Deficiencia de cuidado personal relacionada con retraimiento, regresión, ansiedad y pánico, alteraciones cognitivas, incapacidad para confiar, evidenciada por la dificultad para realizar tareas relacionadas con la higiene, vestimenta, arreglo personal, comer e ir al baño.
- Incapacidad de apoyo familiar, que se manifiesta por negligencia del paciente en relación con sus necesidades o tratamiento de la enfermedad, negación extrema o preocupación prolongada en relación con la enfermedad del paciente.
- Mantenimiento de salud ineficiente relacionado con el pensamiento alterado o delirante, que se observa o se menciona como incapacidad para responsabilizarse de las prácticas de salud básicas en cualquiera o en todas las áreas de funcionamiento.
- Alteración en el manejo del hogar relacionada con la regresión, retraimiento, falta de conocimiento o de recursos, o funcionamiento físico o cognitivo alterado que se manifiesta por ambiente inseguro, sucio y desordenado.

Los siguientes criterios se pueden utilizar en la medición de los resultados para el cuidado del paciente con esquizofrenia.

Paciente:

- Demuestra capacidad para relacionarse de manera satisfactoria con otras personas.
- Reconoce las distorsiones de la realidad.
- No se ha dañado a sí mismo o a otros.
- Se percibe a sí mismo de manera realista.
- Demuestra la capacidad para percibir el ambiente de manera correcta.
- Mantiene la ansiedad a un grado manejable.
- Renuncia a la necesidad de los delirios y las alucinaciones.
- Demuestra capacidad para confiar en los demás.
- Utiliza la comunicación verbal en la interacción con otras personas.
- Realiza actividades de cuidado personal de manera independiente.

Planeación y Realización

En el cuadro 15-3 se presenta un plan de cuidado para pacientes con esquizofrenia, los diagnósticos de enfermería seleccionados, junto con los criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno.

CUADRO 15 – 3 Plan de Atención al Paciente con Esquizofrenia**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** PERCEPCIÓN SENSORIAL TRASTORNADA: AUDITIVA/VISUAL**RELACIONADO CON:** Ansiedad de pánico, soledad extrema y retiro en sí mismo**EVIDENCIADO POR:** Respuestas inadecuadas, secuencia desordenada del pensamiento, oscilaciones rápidas de humor, falta de concentración, desorientación.

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente será capaz de definir y poner a prueba la realidad, al reducir o eliminar la incidencia de alucinaciones.	<ol style="list-style-type: none"> Observe al paciente para signos de alucinaciones (actitud de escucha, risas o pláticas para sí mismo, interrupción en la mitad de una frase). Evite tocar al paciente sin avisar. Una actitud de aceptación alentará al paciente a compartir el contenido de las alucinaciones con usted. No refuerce las alucinaciones. Utilice "las voces" en lugar de palabras como "ellos" que implican validación. Permita al paciente saber que usted no comparte la percepción. Diga: "Aunque me doy cuenta de que las voces son reales para usted, yo no escucho nada". Auxilie al paciente a entender la conexión entre la ansiedad y las alucinaciones. Trate de distraer al paciente de las alucinaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> La intervención temprana puede prevenir la respuesta agresiva por alucinaciones de comando. El paciente puede percibir el contacto físico como una amenaza y es posible que responda de un modo defensivo o hasta agresivo. Es importante prevenir posibles daños al paciente mismo o hacia otros provenientes de alucinaciones de comando. El paciente deberá aceptar las percepciones como irreales antes de poder eliminar las alucinaciones. Si el paciente puede aprender a interrumpir la ansiedad intensa, las alucinaciones pueden ser preventidas. La implicación en actividades interpersonales y el razonamiento de la situación real ayudarán a traer al paciente de nuevo a la realidad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PROCESOS DEL PENSAMIENTO ALTERADOS**RELACIONADO CON:** Inhabilidad de confiar, ansiedad de pánico, posibles factores hereditarios o bioquímicos**EVIDENCIADO POR:** Pensamiento ilusorio; incapacidad de concentración; voluntad deteriorada; inhabilidad para resolver problemas, desglosar o conceptualizar; recelo extremo de otros.

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente eliminará su patrón de pensamiento delirante. También demostrará confianza en otros.	<ol style="list-style-type: none"> Exprese aceptación a la necesidad del paciente por las creencias falsas, pero indique que usted no comparte esa creencia. No discuta o niegue esa creencia. Utilice "duda razonable" como una técnica terapéutica: "Yo entiendo que usted crea que eso es cierto, pero personalmente lo encuentro difícil de creer." Refuerce y céntrese en la realidad. Desaliente las meditaciones largas sobre el pensamiento irracional. Hable sobre sucesos reales y personas reales. Si el paciente es altamente receloso, las siguientes intervenciones podrían ser útiles: <ol style="list-style-type: none"> Utilice al mismo personal tanto como sea posible; sea honesto y cumpla todas sus promesas. Evite el contacto físico; evite las risas, los susurros, o la voz baja donde el paciente pueda ver, pero no escuchar lo que se está diciendo; proporcione comida enlatada con un abrelatas o sirva comida de estilo casero; evite actividades competitivas; utilice acercamientos assertivos, prácticos y muy amistosos. 	<ol style="list-style-type: none"> El paciente debe entender que usted no considera la idea como real. La discusión o negación de las creencias no responde a ningún propósito útil porque las ideas delirantes no son eliminadas por este tipo de acercamiento, y podría impedir el desarrollo de una relación basada en confianza. Las discusiones que se centran en las ideas falsas no tienen objeto y son inútiles, e incluso podrían agravar la psicosis. Para disminuir el recelo del paciente: <ol style="list-style-type: none"> Promueva la confianza. Impida que el paciente se sienta amenazado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: AISLAMIENTO SOCIAL

RELACIONADO CON: Incapacidad de confianza, ansiedad de pánico, débil desarrollo del ego, pensamiento ilusorio, regresión

EVIDENCIADO POR: Retraimiento, tristeza, aburrimiento, dilema de necesidad-miedo, preocupación con pensamientos propios, expresión de sentimientos de rechazo o de soledad impuestos por otros

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente de manera voluntaria pasará tiempo con otros pacientes y con los miembros del personal en actividades grupales terapéuticas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exprese una actitud de aceptación haciendo breves, pero constantes contactos. Muestre opiniones positivas incondicionales. 2. Ofrezca estar con el paciente durante las actividades grupales que le asusten o le sean difíciles. 3. Dé reconocimiento y refuerzo positivo para las interacciones voluntarias del paciente con otros, aunque sean mínimas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una actitud de aceptación incrementa el sentido de valor propio y facilita la confianza. 2. La presencia de una persona de confianza proporciona seguridad emocional al paciente. 3. Los refuerzos positivos aumentan la autoestima y alientan la repetición de comportamientos aceptables.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA: AUTOINFLINGIDA O DIRIGIDA HACIA OTROS

RELACIONADO CON: Recelo extremo, ansiedad de pánico, excitación catatónica, reacciones de ira, alucinaciones de comando

EVIDENCIADO POR: Actos de agresión, destrucción dirigida a objetos en el ambiente, comportamiento autodestructivo o actos suicidas agresivos activos

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no se dañará a sí mismo ni a otros.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenga nivel bajo de estimulación en el ambiente del paciente (luz tenue, pocas personas, decoración simple, nivel bajo de ruidos). 2. Observe el comportamiento del paciente frecuentemente. Haga esto mientras realiza actividades sistemáticas. 3. Remueva todos los objetos peligrosos del ambiente del paciente. 4. Redirija el comportamiento violento con salidas físicas para la ansiedad. 5. El personal debe mantener una actitud de calma hacia el paciente. 6. Tenga suficiente personal disponible para que muestre fuerza al paciente si llega a ser necesario. 7. Administre medicamentos tranquilizantes según lo ordenado por el médico. Si el paciente no se calma “hablándole de manera calmada” ni con medicamentos, utilice sujeteciones mecánicas si es necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El nivel de ansiedad se incrementa en un ambiente estimulador. Las personas pueden ser percibidas como una amenaza por un paciente receloso y nervioso. 2. La observación durante las actividades sistemáticas evita la creación de dudas de parte del paciente. La observación cercana es necesaria para que pueda haber intervención en caso de que se tenga que asegurar la seguridad del paciente (o la de otros). 3. La eliminación de los objetos peligrosos previene que el paciente, al estar nervioso o confundido, se dañe a sí mismo o a otros. 4. El ejercicio físico es una manera segura y efectiva de aliviar la tensión acumulada. 5. La ansiedad es contagiosa y puede ser transmitida por el personal hacia el paciente. 6. Esto demuestra al paciente que hay control sobre la situación y proporciona una cierta seguridad física al personal. 7. Debe seleccionarse la vía de la “alternativa menos restrictiva” al planear las intervenciones hacia un paciente violento. Las sujeteciones deben ser usadas sólo como último recurso, después de que todas las demás intervenciones no han sido exitosas, y el paciente está en riesgo evidente de dañarse a sí mismo o a otros.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: COMUNICACIÓN VERBAL DETERIORADA

RELACIONADO CON: Ansiedad de pánico, regresiones, retraimiento, pensamiento desordenado e irreal

EVIDENCIADO POR: Asociación libre de ideas, neologismos, ensalada de palabras, asociación de sonidos, ecolalia, verbalizaciones que reflejan un pensamiento concreto, contacto visual pobre

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente será capaz de comunicarse de manera apropiada y comprensible con los demás.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intente descifrar patrones incomprendibles de comunicación. Busque validación y clarificación indicando, “¿Lo que quiere decir es...?” o “No entiendo lo que quiere decir. ¿Podría aclarármelo por favor?” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estas técnicas revelan cómo el paciente es percibido por otras personas, mientras que la responsabilidad de no entenderle es aceptada por la persona a cargo de él.

(continúa)

CUADRO 15 – 3 Plan de Atención al Paciente con Esquizofrenia (continuación)

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>2. Facilite la confianza y el entendimiento al mantener las tareas del personal lo más constantes posibles. La técnica de <i>verbalizar lo sobrentendido</i> es utilizada con el paciente que está mudo (incapaz o poco dispuesto a hablar). Por ejemplo: “Debe haber sido muy difícil para ti cuando tu madre se fue. Debiste sentirte muy solo.”</p> <p>3. Antice y satisfaga las necesidades del paciente hasta que vuelve el patrón de una comunicación funcional.</p> <p>4. Oriente al paciente sobre la realidad cuando se requiera. Llame al paciente por su nombre. Apruebe los aspectos de la comunicación que ayuden a diferenciar entre lo que es real y lo que no lo es.</p>	<p>2. Este acercamiento expresa empatía y puede alentar al paciente a revelar asuntos dolorosos.</p> <p>3. La seguridad y comodidad del paciente son prioridad del personal de enfermería.</p> <p>4. Estas técnicas pueden facilitar la restauración de patrones de una comunicación funcional en el paciente.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DÉFICIT EN EL AUTOCUIDADO

RELACIONADO CON: Retraimiento, regresiones, ansiedad de pánico, debilitación perceptiva o cognitiva, incapacidad de confiar

EVIDENCIADO POR: Dificultad para cumplir con tareas asociadas con la higiene, vestido, arreglo, alimento, baño

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demostrará su habilidad para satisfacer sus necesidades de manera independiente.	<p>1. Proporcione ayuda en las necesidades de autocuidado cuando sea necesario. Algunos pacientes gravemente retraídos podrían requerir atención completa.</p> <p>2. Aliente al paciente a realizar de manera independiente las mayores actividades posibles. Proporcione el refuerzo positivo para los logros independientes.</p> <p>3. Utilice comunicación concreta para mostrar al paciente lo que se espera. Por ejemplo: “Agarre la cuchara, tome un poco de puré de papa en ella, y colóquelo en su boca.”</p> <p>4. Es posible que se necesiten acercamientos creativos con el paciente que no come; por ejemplo, permitirle abrir sus propios alimentos empaquetados o enlatados; las porciones de comida de tipo casero pueden también ser una opción.</p> <p>5. Si las necesidades del baño no están siendo satisfechas, establezca un horario estructurado para el paciente.</p>	<p>1. La seguridad y comodidad son prioridades de enfermería.</p> <p>2. Los logros independientes y los refuerzos positivos aumentan la autoestima y promueven la repetición de comportamientos deseables.</p> <p>3. Ya que el pensamiento concreto prevalece, se deben dar explicaciones al nivel preciso de comprensión.</p> <p>4. Estas técnicas podrían ser de gran ayuda con el paciente que es paranoíco y desconfía en cuanto a que sea envenenado con comida o medicina.</p> <p>5. Un horario estructurado ayudará si se establece un patrón de no poder desarrollar el hábito de bañarse por sí mismo.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCAPACIDAD DE ENFRENTAMIENTO EN LA FAMILIA

RELACIONADO CON: Dificultad para hacer frente a la enfermedad del paciente

EVIDENCIADO POR: Paciente negligente en consideración con las necesidades básicas humanas o el tratamiento de la enfermedad, negación extrema o preocupación exagerada en cuanto a la enfermedad del paciente

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
La familia identificará más estrategias adaptativas para tratar con la enfermedad del paciente y con el esquema del tratamiento.	<p>1. Identifique el nivel de funcionamiento de la familia. Evalúe los patrones de comunicación, las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, las expectativas de los integrantes, funciones a desarrollar, las habilidades para resolver problemas, y la disponibilidad de sistemas externos de apoyo.</p> <p>2. Proporcione información a la familia sobre la enfermedad, lo que se requiere en el esquema del tratamiento y los pronósticos a largo plazo.</p> <p>3. Con los miembros de la familia, practique cómo responder a comportamientos extravagantes, los patrones de comunicación y qué hacer en caso de que el paciente actúe de manera violenta.</p>	<p>1. Estos factores ayudan a identificar qué tan exitosa es la familia al tratar con las situaciones estresantes, y en áreas donde requieren ayuda.</p> <p>2. El conocimiento y el entendimiento sobre qué esperar podría facilitar la habilidad de la familia para integrar exitosamente al paciente en el sistema.</p> <p>3. Un plan de acción ayuda a la familia a responder de una manera adaptada hacia lo que ellos pueden considerar como una crisis.</p>

El concepto de plan de cuidado es un acercamiento nuevo para organizar la atención del cuidado de enfermería (ver capítulo 7). Es un diagrama de enseñanza y aprendizaje que muestra las relaciones entre los diagnósticos médicos, de enfermería, valoración de datos y tratamientos. Un ejemplo del concepto de plan de cuidado al paciente con esquizofrenia se presenta en la figura 15-2.

Educación del Paciente y Familia

La educación del paciente es importante en el área de psiquiatría, como en todas las áreas de enfermería. En el recuadro 15-2 se enlistan los temas importantes para el paciente y la familia.

Evaluación

En el paso final del proceso de enfermería, se realiza una revaloración con el fin de determinar si las acciones de enfermería para el paciente con exacerbación de la psicosis esquizofrénica pueden facilitarse si se reúne información con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente confía al menos en un miembro del equipo de cuidado?
- ¿Mantiene el nivel de ansiedad en un nivel en que puede manejarla?
- ¿Prevalece el pensamiento delirante?
- ¿Es evidente la actividad alucinatoria? ¿El paciente comparte el contenido de sus alucinaciones, en particular si escucha órdenes?
- ¿El paciente es capaz de detener una crisis de ansiedad creciente con mecanismos de adaptación?
- ¿El enfermo se agita con facilidad?
- ¿El individuo es capaz de interactuar con otros de manera apropiada?
- ¿El paciente asiste de manera voluntaria a las actividades de terapia?
- ¿La comunicación verbal es comprensible?
- ¿El paciente se queja de la medicación? ¿El paciente habla de la importancia de tomar los medicamentos de manera regular y manera prolongada? ¿Comenta sobre los efectos secundarios posibles y busca la ayuda del médico?
- ¿El enfermo pasa tiempo con otras personas en lugar de permanecer aislado?
- ¿Es capaz de realizar sus actividades diarias de manera independiente?
- ¿El paciente es capaz de hablar sobre los recursos de los que puede echar mano fuera del hospital?
- ¿La familia tiene información en relación con los grupos de ayuda en los cuales pueden participar, donde pueden pedir ayuda para tratar con el familiar enfermo?

- Si el paciente vive solo, ¿tiene una fuente de ayuda para el mantenimiento de su hogar y atención a su salud?

MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Tratamientos Psicológicos

Psicoterapia Individual

Ho, Black y Andreasen (2003) mencionan al respecto:

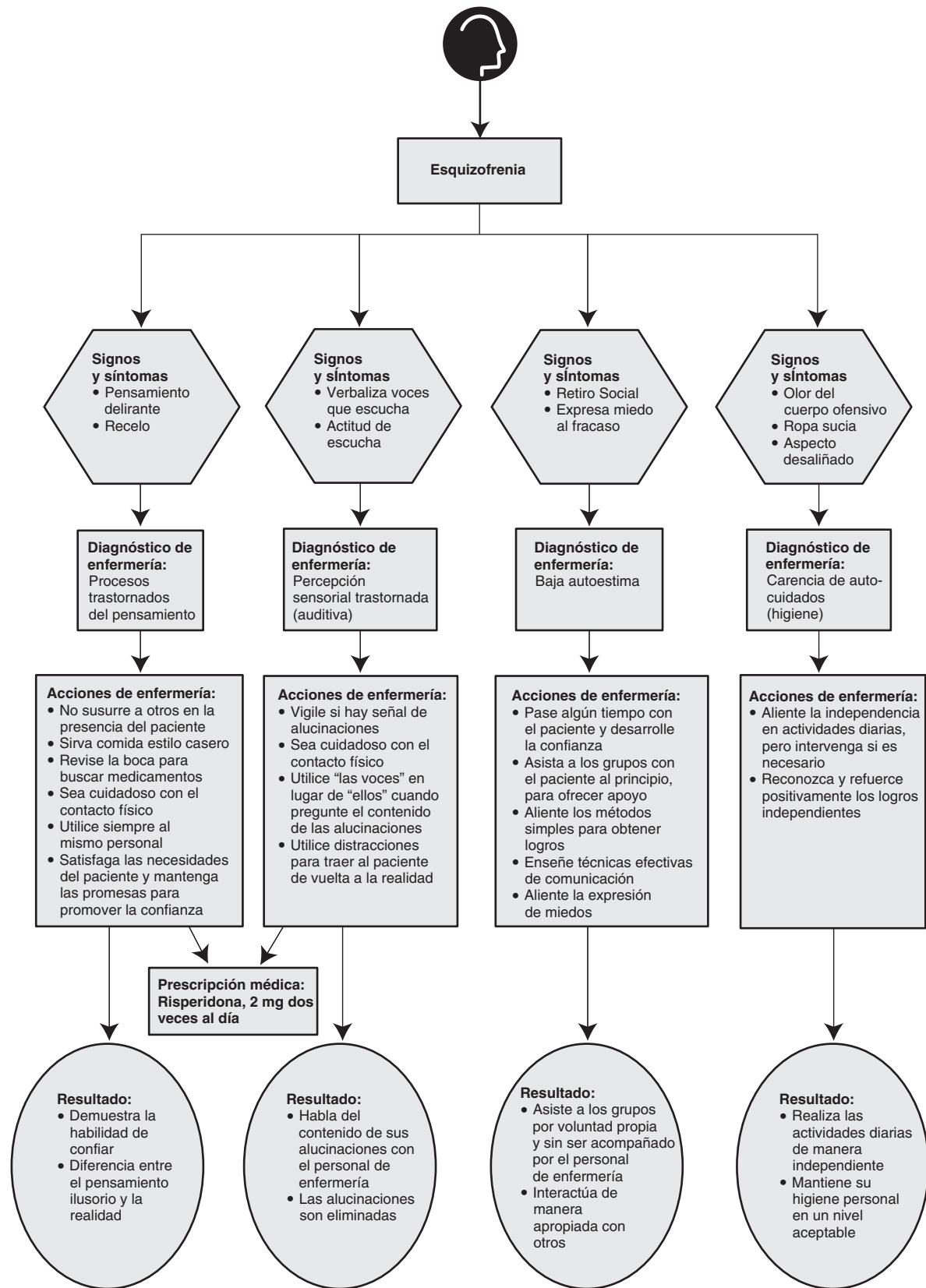
Aunque la psicoterapia psicodinámica intensa y orientada a la introspección en general no se recomienda, la forma individual de psicoterapia que emplean los psiquiatras cuando proporcionan tratamiento farmacológico que incluye una síntesis de varias estrategias intervencionistas y psicoterapéuticas. Éstas incluyen la solución de problemas, pruebas de realidad, psicoeducación, además de apoyo y técnicas de comportamiento cognitivo basadas en un compromiso terapéutico individual para administrar la medicación, mejorar el funcionamiento social y ocupacional, y prevenir las recaídas (p. 419).

La terapia individual orientada a la realidad es el acercamiento a la psicoterapia individual más apropiado para la esquizofrenia. El primer enfoque en todos los casos debe reflejar los esfuerzos para disminuir la ansiedad y aumentar la confianza.

El establecimiento de una relación con frecuencia es muy difícil debido a que la persona con esquizofrenia, a pesar de estar desesperadamente sola se defiende en contra de la intimidad y la confianza. El individuo parece responder a los intentos de cercanía con sospecha, ansiedad, agresión o regresión. Se puede hacer una intervención exitosa, siendo directos, y con respeto por la privacidad y dignidad del paciente. Los acercamientos demasiado entusiastas y muestras de amistad parecen ser vistos con confusión y sospecha.

Una vez establecida la relación interpersonal terapéutica, se mantiene la orientación a la realidad a través de la exploración del comportamiento. La educación se proporciona para identificar fuentes de peligro reales y percibir las formas de reaccionar de manera apropiada; también se trabaja con métodos para mejorar la comunicación, la expresión emocional y tolerar la frustración.

La psicoterapia individual es vista como un esfuerzo a largo plazo por parte del paciente y la capacidad de aceptar que no se pueden presentar una gran cantidad de cambios. Algunos casos informan tratamientos de duración de muchos años antes de que el enfermo presente cierto grado de funcionamiento independiente.



RECUADRO 15-2 Temas para Informar al Paciente y su Familia Relacionados con la Esquizofrenia

Naturaleza de la enfermedad

1. Qué esperar mientras la enfermedad prograza.
2. Síntomas relacionados con la enfermedad.
3. Formas en las que la familia responda a comportamientos asociados con la enfermedad.

Tratamiento de la enfermedad

1. Conexión de exacerbación de síntomas en tiempos de estrés.
2. Manejo apropiado del medicamento.
3. Efectos colaterales del fármaco.
4. La importancia de no interrumpir el tratamiento.
5. Cuándo contactar al personal de enfermería.
6. Técnicas de relajación.
7. Entrenamiento de habilidades sociales.
8. Entrenamiento de habilidades de vida diaria.

Servicios de apoyo

1. Asistencia financiera
2. Asistencia legal
3. Grupos de apoyo a los cuidadores
4. Servicios de enfermería
5. Enfermería de salud en el hogar

Terapia de Grupo

Se ha demostrado que la terapia de grupo es efectiva, en particular con pacientes externos y cuando se combina con tratamiento medicamentoso.

Sadock y Sadock (2003) recomiendan:

La terapia de grupo para las personas con esquizofrenia en general se enfoca a planes de vida reales, problemas y relaciones. Algunos investigadores dudan que la interpretación dinámica y la terapia de introspección sean valiosas para los pacientes típicos. Pero la terapia de grupo es eficaz para reducir el aislamiento social, aumentar el sentido de cohesión, y mejorar las pruebas de realidad para pacientes con esquizofrenia (p. 501).

En pacientes internos es menos productiva. El tratamiento por lo general se presenta cuando la sintomatología y la desorganización son muy intensas. En ese momento, la menor cantidad de estímulos posibles es más beneficiosa para el paciente. Debido a que la terapia de grupo puede ser intensa y en un ambiente muy estimulante, puede ser contraproducente aplicarla demasiado temprano.

La interacción social, sensación de unión, identificación y pruebas de realidad que se obtienen en el escenario de un grupo prueban ser procesos altamente terapéuticos.

Los grupos que ofrecen un ambiente de apoyo parecen más útiles que los que siguen un acercamiento de más confrontación.

Terapia Conductual

La modificación de comportamiento tiene una historia de éxito calificado, al reducir la frecuencia de comportamientos extraños, perturbadores y desviados, y aumentar las conductas apropiadas. Las características que llevan a resultados más positivos incluyen:

- Definir con claridad los objetivos y cómo estarán mediados.
- Reforzamientos positivos, negativos de aversión para adaptarse y comportamiento de no adaptación.
- Utilizar instrucciones simples y concretas e intentos para provocar la conducta deseada.

La terapia conductual puede ser una herramienta poderosa para ayudar a los pacientes a cambiar los comportamientos indeseables. El terapeuta puede utilizar los halagos y otros reforzamientos positivos que ayudan al paciente a reducir la frecuencia de conductas de no adaptación o desviación. Una limitante de este tipo de tratamiento es la incapacidad de algunos individuos para generalizar lo que tienen que aprender en la comunidad después de la terapia.

Entrenamiento de Habilidades Sociales

El entrenamiento de las habilidades sociales se convirtió en una de las intervenciones psicosociales más utilizadas. Mueser, Bond y Drake (2001) comentan:

La premisa básica del entrenamiento de habilidades sociales es esa compleja construcción de habilidades interpersonales que combinan conductas sencillas, como son *comportamientos no verbales* (p. ej., expresión facial, contacto visual); *características paralingüísticas* (p. ej., volumen de voz y afecto); *contenido verbal* (p. ej., lo que se dice es apropiado); y *equilibrio interactivo* (p. ej., latencia de respuesta, cantidad de tiempo hablando). Estas habilidades específicas pueden ser enseñadas de manera sistemática, y a través del proceso de *preparación* (p. ej., gratificar las aproximaciones sucesivas hacia el comportamiento objetivo), se pueden adquirir repertorios de comportamiento complejo.

La disfunción social es una característica de la esquizofrenia. De hecho, la alteración de funcionamiento social se incluye como uno de los criterios diagnósticos definidos para esquizofrenia en el *DSM-IV-TR* (APA, 2000). En la actualidad se le da atención considerable al mejoramiento de las habilidades sociales en estos pacientes.

El procedimiento educativo en el entrenamiento de las habilidades sociales se enfoca en las actividades, para las que se eligen una serie de escenas cortas. Éstas son situaciones típicas que los pacientes experimentan en su vida diaria y se gradúan en términos de dificultad. El terapeuta puede servir como un modelo para algunos comportamientos. Por ejemplo, "Mira como yo muevo mi cabeza hacia arriba y abajo, mientras te veo a la cara." La demostración del terapeuta es seguida por la participación del paciente. La retroalimentación inmediata se proporciona en consideración a la presentación del paciente. Sólo a través de innumerables repeticiones, la respuesta se vuelve gradualmente algo natural y sin esfuerzo.

El progreso se orienta hacia las necesidades del paciente y sus limitaciones. El enfoque se hace hacia pequeñas áreas del comportamiento, y se procede con el entrenamiento de manera gradual. Se evitan los temas que sean amenazantes, y se le da énfasis a las habilidades funcionales que son relevantes para las actividades de la vida diaria.

Tratamiento Social

Terapia Ambiental

Algunos médicos creen que la terapia ambiental puede ser apropiada para el paciente. Las investigaciones sugieren que la medicación psicotrópica es más efectiva en todos los niveles de atención, cuando se utilizan con esta terapia.

Sadock y Sadock (2003) dicen:

La mayor parte de los programas de terapia ambiental enfatizan la interacción grupal y social; las reglas y las expectativas son reguladas por la presión de los pares para la normalización de adaptación. Cuando los pacientes son vistos como seres humanos responsables, el papel de éste se vuelve confuso. Esta terapéutica estresa al individuo para alcanzar sus metas y tiene libertad de movimiento y relaciones informales con el personal; también enfatiza la participación interdisciplinaria y comunicación clara y dirigida a la meta (p. 966).

Los individuos con esquizofrenia que son tratados con terapia de medio requieren períodos de hospitalización más prolongados que los tratados con fármacos y terapia psicosocial. Otras consideraciones económicas, tales como la necesidad para una elevada proporción personal-apaciente, además de admisiones más prolongadas, limita el tratamiento.

Terapia de Familia

Algunos terapeutas tratan la esquizofrenia como una enfermedad, no sólo del paciente, sino de toda la familia. Incluso cuando las familias parecen llevarse bien, hay un impacto notable en el estado de salud mental de los fami-

liares cuando un miembro tiene la enfermedad. Safier (1997) comenta:

Cuando un miembro de la familia tiene una grave enfermedad mental, los familiares tienen que lidiar con un trastorno mayor que causa gran dolor y duelo por la pérdida de un niño o una relación que una vez fue prometedora (p. 5).

La importancia de la función extendida de la familia en la atención de familiares con esquizofrenia se reorganizó; por lo tanto, hay interés en los programas de intervención familiar diseñados para apoyar al sistema familiar, previenen o retrasan las recaídas, y ayudan a mantener al paciente en la comunidad. Estos programas psicoeducativos tratan a la familia como un recurso, más que como un factor de estrés, con el enfoque en la solución concreta de problemas y comportamientos específicos de ayuda para enfrentarlo. Muchos de estos programas reconocen una base biológica para la enfermedad y el impacto que el estrés tiene en la capacidad del paciente para funcionar. Al proporcionar información a la familia sobre la enfermedad y dar sugerencias efectivas, los programas psicoeducacionales reducen la presentación de la recaída y la posible urgencia de la enfermedad mental en parientes no afectados con anterioridad.

Dixon y Lehman (1995) mencionan que aunque los estudios de las intervenciones de familia difieren en sus características y métodos, tienden a compartir una serie de consideraciones:

- La esquizofrenia es considerada una enfermedad.
- El ambiente familiar no está implicado en la etiología de la enfermedad.
- Se proporciona el apoyo y las familias se enlistan como agentes terapéuticos.
- Las intervenciones son parte de un paquete de tratamiento donde se utilizan fármacos sistemáticos y manejo clínico.

Asen (2002) sugiere las siguientes intervenciones con las familias de individuos con esquizofrenia:

- Formar una alianza estrecha con las personas a cargo del paciente.
- Disminuir el clima emocional intrafamiliar por reducción de estrés y tensión en los parientes.
- Aumentar la capacidad de los parientes para anticipar y resolver problemas.
- Reducir las expresiones de enojo y culpa en los familiares.
- Mantener expectativas razonables sobre el miembro de la familia con el enfermo.
- Alentar a los parientes a poner límites mientras mantienen cierto grado de separación.
- Promover los cambios deseables en los comportamientos de los familiares y sistemas de creencias.

La terapia de familia comúnmente consiste en un breve programa de educación sobre la esquizofrenia, así como uno más extenso de contacto familiar diseñado para reducir las manifestaciones de conflicto y patrones alterados de comunicación familiar y solución de problemas. La respuesta a este tipo de terapia es muy dramática. Ho, Black y Andreasen (2003) mencionan varios estudios que revelan con claridad que más de un resultado positivo en el tratamiento del paciente con esquizofrenia se puede conseguir cuando se incluye a la familia en el sistema de atención.

Tratamiento de Comunidad Asertiva TCA

El Tratamiento de Comunidad Asertiva (TCA) es un programa de manejo de caso que hace un acercamiento en equipo para proporcionar tratamiento comprensible con base en la comunidad, rehabilitación, y apoyo a personas con enfermedades mentales graves y persistentes como la esquizofrenia. Los programas agresivos para el tratamiento se preparan de manera individual para cada paciente e incluyen la enseñanza de habilidades para vivir, ayudar a los pacientes a trabajar con agencias comunitarias, y en el desarrollo de una red de apoyo social (Ho, Black y Andreasen, 2003). Se hace énfasis en las expectativas vocacionales, y escenarios de trabajo de apoyo (p. ej., talleres) son una parte importante del programa de tratamiento. Otros servicios incluyen tratamiento por abuso de sustancias, programas psicoeducacionales, educación y apoyo a la familia, intervención en crisis móvil, y atención a las necesidades de cuidado a la salud.

Las responsabilidades se comparten por varios miembros del equipo, que incluye psiquiatras, personal de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas de rehabilitación vocacional y orientadores en abuso de sustancias. Los servicios se proporcionan en el hogar del paciente, en su vecindario, en restaurantes locales, parques, tiendas o donde el paciente requiera de ayuda. Estos servicios están disponibles para el paciente 24 h al día, 365 días al año. La Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (ANEM) (2003) enumera las metas primarias de TCA como sigue:

- Conocer las necesidades básicas y mejorar la calidad de vida.
- Mejorar el funcionamiento en papeles sociales y de empleo.
- Aumentar la capacidad del individuo para vivir de manera independiente en su propia comunidad.
- Disminuir la carga familiar de proporcionar atención.
- Disminuir o eliminar los síntomas debilitantes de la enfermedad mental.
- Minimizar o prevenir la recurrencia de episodios agudos del padecimiento.

Los individuos que mejor aplican para TCA se identifican por la Asociación de terapia de comunidad asertiva como sigue:

Los pacientes que aplican para TCA son individuos con enfermedad mental grave y persistente o trastornos de personalidad, con alteraciones funcionales graves, quienes evitan o no responden bien a la atención de salud mental como pacientes externos tradicionales y servicios de rehabilitación psiquiátricos. Las personas que sí aplican con frecuencia también tienen problemas como no tener hogar, por abuso de sustancias, o son participantes del sistema judicial.

El TCA ha reducido el número de hospitalizaciones, así como los costos de atención. Aunque sus críticos lo han llamado “paternalista” o “coercitivos” el TCA proporciona un servicio a muchas necesidades y aumenta la calidad de vida de los pacientes, quienes no son capaces de manejar en un ambiente menos estructurado.

Tratamiento Orgánico

Psicofarmacología

La clorpromazina se introdujo por primera vez en Estados Unidos en 1952. En ese tiempo se utilizaban varios fármacos en anestesia quirúrgica, cuando aumentó su uso, se reconocieron las propiedades psíquicas de éstos, y alrededor de 1954 se etiquetaron como medicamentos antipsicóticos. La producción y venta de otras sustancias antipsicóticas se siguió en rápida sucesión. (Ver capítulo 11 para una discusión detallada de los medicamentos antipsicóticos.)

Los medicamentos antipsicóticos son muy eficaces para el tratamiento de los síntomas de esquizofrenia. No obstante, no hay evidencia sustancial de recuperación a largo plazo. El *Manual Merck de diagnóstico y tratamiento* (2002) informa:

Por períodos cortos (un año), el pronóstico de la esquizofrenia está muy relacionado con qué tanto siga el paciente con el plan de tratamiento. Sin éste, 70 a 80% de quienes han experimentado un episodio esquizofrénico presenta una recaída en los siguientes 12 meses y un episodio subsecuente. Los medicamentos prescritos de manera continua pueden reducir el índice de recaídas en alrededor de 30%.

El pronóstico de esquizofrenia con frecuencia se informa en el paradigma de tercios. Un tercio de las personas presentan mejoría significativa y duradera; pueden no volver a presentar otro episodio de psicosis después de la manifestación inicial. Un tercio puede presentar cierta mejoría con recaídas intermitentes y discapacidad residual; su nivel de ocupación puede disminuir debido a su enfermedad, o aislarse de manera social. Por último, un tercio de éstos experimenta incapacidad grave y perma-

nente; con frecuencia no responden al tratamiento y permanecen enfermos de manera crónica la mayor parte de su vida. Los varones tienen resultados más deficientes que las mujeres; estas últimas responden mejor con medicamentos antipsicóticos (MMDT, 2002).

La eficacia de los antipsicóticos aumenta con el seguimiento de la terapia psicosocial. Debido a que las manifestaciones psicóticas de la enfermedad se aminoran con el uso de fármacos, los pacientes en general son más cooperativos con las terapias psicosociales. Los fármacos antipsicóticos, también llamados neurolépticos o tranquilizantes fuertes, son eficaces en el tratamiento de las manifestaciones agudas y crónicas de la esquizofrenia y en la terapia de mantenimiento para prevenir la exacerbación de los síntomas. Los efectos colaterales comunes se presentan en el cuadro 15-4. En el capítulo 11 se incluye una discusión accesible sobre los medicamentos.

Los fármacos antiparkinsonianos también se pueden prescribir para contrarrestar los síntomas extrapiramidales relacionados con los medicamentos antipsicóticos. Estas sustancias son bloqueadores colinérgicos, que producen los mismos efectos colaterales que los antipsicóticos. Algunos médicos prescriben de manera rutinaria fármacos antiparkinsonianos con base en un horario. Otros prefieren recetar el medicamento con base en las necesidades, y sólo se administran en caso de síntomas neurológicos, por lo que se reducen los efectos anticolinérgicos de los dos medicamentos juntos. Cuando la sustancia se proporciona, es importante para el personal de enfermería ser capaz de reconocer los síntomas relacionados con los efectos colaterales extrapiramidales para poder dar los medicamentos antiparkinsonianos sin retraso (ver capítulo 11). Muchos médicos eligen prescribir los antipsicóticos atípicos más recientes (p. ej., clozapina, risperi-

CUADRO 15 – 4 Medicamentos Utilizados en el Tratamiento de Esquizofrenia

Clasificación	Nombres Genéricos (Nombres Comerciales)	Rango de Dosis Diaria	Efectos Colaterales
Fenotiazinas	Clorpromacina (Clorpromazina) Flufenazina (Prolixin) Perfenazina (Trilafon) Proclorperazina (Compazine) Tioridazina (Mellaril) Trifluoperazina (Stelazine)	75-400 2.5-10 12-64 15-150 150-800 4-40	Para todas las fenotiazinas: Efectos colaterales anticolinérgicos, náusea, erupción en la piel, sedación, hipotensión ortostática, taquicardia, fotosensibilidad, libido disminuida, amenorrea, eyaculación retrógrada, ginecomastia, aumento de peso, reducción del umbral convulsivo, agranulocitosis, síntomas extrapiramidales, disquinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno
Tioxantenos	Tiotixena (Navane)	6-30	Consulte los efectos colaterales de las fenotiazinas
Benzisoxazola	Risperidona (Risperdal) Paliperidona (Invega)	1-6 6-12	Ansiedad, agitación, insomnio, sedación, SEP, mareo, dolor de cabeza, constipación, náusea, rinitis, sarpullido, taquicardia, hiperglucemia
Butirofenona	Haloperidol (Haldol)	1-100	Consulte los efectos colaterales de las fenotiazinas
Dibenzoxazepina	Loxapina (Loxitane)	20-250	Consulte los efectos colaterales de las fenotiazinas
Dibidroindolona	Molindona (Molan)	15-225	Consulte los efectos colaterales de las fenotiazinas
Dibenzodiazepina	Clozapina (Clozaril)	300-900	Somnolencia, mareo, agranulocitosis, ataques, sedación, hipersalivación, taquicardia, constipación, fiebre, aumento de peso, hipotensión ortostática, síndrome neuroléptico maligno, hiperglucemia
Tienobenzodiazepina	Olanzapina (Zyprexa)	5-20	Astenia, somnolencia, dolor de cabeza, fiebre, mareo, boca seca, constipación, aumento de peso, hipotensión ortostática, taquicardia, síntomas extrapiramidales (dependiente de altas dosis), hiperglucemia
Dibenzotiazepina	Quetiapina (Seroquel)	150-750	Somnolencia, mareo, dolor de cabeza, constipación, boca seca, dispepsia, aumento de peso, hipotensión ortostática, síndrome neuroléptico maligno, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía, cataratas, umbral convulsivo bajo, hiperglucemia
Benzotiazolipiperazina	Ziprasidona (Geodon)	40-160	Somnolencia, dolor de cabeza, náusea, dispepsia, constipación, mareo, diarrea, inquietud, síntomas extrapiramidales, intervalo QT prolongado, hipotensión ortostática, sarpullido, hiperglucemia
Dibidrocarbostiril	Aripiprazol (Abilify)	10-30	Dolor de cabeza, náusea y vómito, constipación, ansiedad, inquietud, insomnio, desvanecimiento, somnolencia, aumento de peso, visión borrosa, incremento de salivación, síntomas extrapiramidales, hiperglucemia

dona, paliperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazole) que causan pocos síntomas extrapiramidales.

Para pacientes con esquizofrenia que no responden a los antipsicóticos, se han probado varias opciones farmacológicas con diferentes grados de éxito. Se considera el uso de los siguientes medicamentos alternativos (Ho, Black y Andreasen, 2003; Sadock y Sadock, 2003):

- Reserpina, un antagonista del receptor de dopamina, se utiliza como un antihipertensivo y antipsicótico. Produce depresión grave en el hombre y por esta razón se utiliza poco para este propósito.
- El carbonato de litio puede disminuir los síntomas esquizofrénicos o reducir los episodios de violencia, pero es poco adecuado como medicamento único.
- La carbamazepina reduce los síntomas en algunos pacientes resistentes al tratamiento, pero por sí sola no es adecuada como medicamento único.
- El diazepam, en dosis elevadas, controla los síntomas psicóticos de la esquizofrenia, como la agitación, pensamiento desordenado, delirios y alucinaciones. Se utiliza para aliviar la acatisia relacionada con algunos medicamentos antipsicóticos. El mejor uso de las benzodiazepinas es como terapia adjunta con los medicamentos antipsicóticos en el tratamiento de la agitación psicótica (Ho, Black y Andreasen, 2003).
- Propranolol puede ser útil para el control de los exabruptos de temperamento en psicóticos agresivos o violentos.

La llegada de los medicamentos en la década de 1950 es considerada de gran importancia médica para la psiquiatría, por fin el médico pudo hacer algo por el paciente con esquizofrenia. Nadie sabe de manera exacta cómo se presenta el efecto antipsicótico o por qué se necesitan varias semanas para que se observen los efectos. Los científicos no pueden explicar todavía por qué los pacientes no se vuelven tolerantes a estos medicamentos, o por qué al descontinuar el medicamento la enfermedad no empeora como antes del tratamiento. Al estudiar la acción de los fármacos antipsicóticos, se han encontrado progresos para entender lo que está mal en el cerebro. Los avances en los métodos de investigación de otros sistemas de transmisores pueden revelar con más precisión cómo difiere el cerebro esquizofrénico de uno sano.

RESUMEN

De todas las enfermedades mentales, la esquizofrenia provoca grandes costos personales, emocionales y sociales.

Presenta una enorme amenaza a la vida y felicidad, sigue siendo un rompecabezas para la comunidad médica. De hecho, por muchos años ha existido poco acuerdo en la definición de la esquizofrenia. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) identifica los criterios específicos para el diagnóstico del trastorno.

Los primeros síntomas de la esquizofrenia se presentan con más frecuencia en la adultez temprana. El desarrollo del trastorno se puede ver en cuatro fases: 1) personalidad esquizoide, 2) fase prodromática, 3) fase activa y 4) fase residual.

La causa de la esquizofrenia permanece sin aclararse, por lo que continúa la investigación. Los psiquiatras contemporáneos consideran las teorías biológicas y le dan poco énfasis a las influencias psicosociales. La integración de estas teorías apoya la idea que no es sólo un factor el relacionado con la etiología, sino que esta enfermedad resulta de la combinación de influencias con factores genéticos, disfunciones bioquímicas, fisiológicas y ambientales.

Se identifican varios tipos de esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados; se diferencian por el cuadro completo de la sintomatología clínica. Éstas son: esquizofrenia desorganizada, catatónica, paranoide, indiferenciada, residual, trastornos esquizoafectivo, psicótico breve, esquizofreniforme, delirante, psicótico compartido, psicótico causado por una condición médica general y psicótico inducido por sustancias.

La atención del paciente con esquizofrenia se presentó en el contexto de los seis pasos del proceso de enfermería. La valoración de enfermería se basa en el conocimiento de la sintomatología relacionada con el contenido y forma de los pensamientos, percepción, afecto, sentido de sí mismo, voluntad, funcionamiento interpersonal alterado y relaciones con el mundo externo y comportamiento psicomotor. Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de la valoración de los datos, y se desarrolla un plan de atención. Se presenta una planificación de concepto, un modelo adicional para organizar la atención de enfermería y guías para la evaluación de los resultados del paciente.

Se discuten varios tratamientos, que incluyen la psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia de comportamiento, entrenamiento de habilidades sociales, terapia ambiental y psicofarmacología. Para la mayoría de los pacientes, el tratamiento más efectivo parece ser una combinación de los medicamentos psicotrópicos y terapia psicosocial.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Situación: Tony, de 20 años de edad, dejó la escuela hace dos meses y regresó a vivir a la casa de sus padres. Se ha vuelto muy retraído, suspicaz y se aísla desde su regreso, sus padres lo llevaron al departamento de urgencias, donde informan que los mira de una manera extraña y rechaza toda ayuda. El padre lo trajo al hospital contra su voluntad después de una discusión verbal, durante la cual el paciente intentó apuñalarlo; no obstante lo pudo sujetar y quitarle el cuchillo. A la llegada al departamento de urgencias, el paciente estaba agitado y mostraba síntomas psicóticos agudos. Habla de que “ellos” le dijeron que matara a su padre antes de que éste lo matara a él. El discurso es incoherente. El afecto es aplanado, y continuamente escudriña el ambiente. Fue admitido en la unidad de psiquiatría con un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, provisional.

Con base en la situación anterior, seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. La *primera* intervención de enfermería para Tony es:
 - a. Aplicarle una inyección de clorpromazina.
 - b. Asegurarse que el ambiente es seguro para él y para los demás.
 - c. Colocarle sujetacamas.
 - d. Ordenarle una dieta nutritiva.
2. El primer objetivo de trabajo con Tony sería:
 - a. Promover la interacción con otras personas.
 - b. Disminuir su ansiedad y aumentar la confianza.
 - c. Mejorar su relación con sus padres.
 - d. Alentar la participación en actividades de terapia.
3. Pedirle al médico que incluya 100 mg de clorpromazina STAT y después 50 mg dos veces al día ; 2 mg de benzotropina dos veces al día a discreción. ¿Por qué se prescribe clorpromazina?
 - a. Para reducir los síntomas extrapiramidales.
 - b. Para prevenir el síndrome maligno neuroléptico.
 - c. Para disminuir los síntomas psicóticos.
 - d. Para inducir el sueño.
4. La benzotropina se prescribió por razón necesaria. ¿Cuál de las siguientes valoraciones del personal de enfermería representa una necesidad para este medicamento?
 - a. El grado de agitación del paciente aumenta.
 - b. El enfermo se queja de dolor en la garganta.
 - c. El color de la piel es amarillento.
 - d. El paciente presenta temblores y arrastra los pies al caminar.
5. Tony empieza a decirle al personal de enfermería sobre cómo la CIA lo está buscando para matarlo si lo encuentran. La respuesta más apropiada del personal de enfermería es:
 - a. “Esto es ridículo Tony. Nadie va a lastimarte.”
 - b. “La CIA no está interesada en personas como tú, Tony.”
 - c. “¿Por qué piensas que la CIA quiere matarte?”
 - d. “Encuentro eso muy difícil de creer, Tony.”
6. La creencia de Tony sobre la CIA es un ejemplo de un:
 - a. Delirio de persecución.
 - b. Delirio de referencia.
 - c. Delirio de control o influencia.
 - d. Delirio de grandeza.

7. Tony gira su cabeza a un lado, deja de hablar a mitad de la oración, y escucha con atención. El personal de enfermería reconoce en estos signos que Tony parece experimentar:
- Delirios somáticos.
 - Estupor catatónico.
 - Alucinaciones auditivas.
 - Seudoparkinsonismo.
8. La intervención de enfermería más apropiada para el síntoma antes descrito es:
- Pedirle al paciente que describa sus síntomas físicos.
 - Pedirle al paciente que describa lo que está escuchando.
 - Administrarle una dosis de benzotropina.
 - Llamar al médico para prescripciones adicionales.
9. En caso de que Tony se vuelva agresivo y violento en la unidad, ¿cuál de los siguientes acercamientos debe aplicar el personal de enfermería?
- Proporcionarle muchas actividades motoras para aliviar la tensión creciente.
 - Administrarle una dosis elevada de sedante para mantener calmado a Tony.
 - Pedir suficiente ayuda para controlar la situación de manera segura.
 - Expresarle a Tony que su comportamiento no es aceptable y no le será permitido.
10. Tony y sus padres asisten una vez a la semana a un grupo de terapia familiar. El enfoque primario de este tipo de grupo es:
- Discutir la solución concreta de problemas y comportamientos de adaptación para enfrentar el estrés.
 - Presentar a la familia con otras personas con el mismo problema.
 - Promover la interacción de la familia y aumentar el entendimiento de la enfermedad.

Pruebe sus HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Sara de 23 años de edad, soltera, fue internada en la unidad psiquiátrica por sus padres. Explican que en los pasados meses se ha vuelto demasiado retraída; permanece en su habitación sola, y la escuchan hablando y riendo con ella misma.

Sara dejó su casa por primera vez a la edad de 18 años para ir al colegio. Lo hizo bien durante el primer semestre, pero cuando regresó para Navidad, empezó a acusar a su compañera de cuarto de robarle sus cosas. Escribe a sus padres diciendo que su compañera la quiere matar y que ha vuelto a todos en contra de ella. Dice que teme por su vida. Pierde clases y permanece en cama la mayor parte del tiempo. Sus padres la llevan a casa, y se le hospitaliza y diagnostica esquizofrenia paranoide; desde entonces se mantiene con medicamentos antipsicóticos mientras toma algunas clases en el colegio local de la comunidad.

Sara le dice al personal de enfermería de admisión que dejó de tomar sus medicamentos hace cuatro semanas porque el

dependiente de farmacia que llena las prescripciones está tratando de matarla. Ella cree que tratan de envenenarla. También dice que la información le llegó a través de un mensaje de televisión. Mientras Sara habla, el personal de enfermería nota que algunas veces se detiene a la mitad de la oración y escucha, algunas veces mueve su cabeza de lado y mueve los labios como si hablara.

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Sara:

- A partir de los datos de valoración, ¿cuál sería el interés más inmediato para trabajar con Sara?
- ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería relacionado con este interés?
- ¿Cuáles son las primeras intervenciones que se deben realizar antes de que el personal de enfermería tenga éxito en el trabajo con Sara?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

Trygstad, L., Bucceri, R., Dowling, G., Zin, R., White, K., Griffin, J.J., Henderson, S., Suciu, L., Hippe, S., Kaas, M.J., Covert, C., y Hebert, P. (2002). Manejo de comportamiento de alucinaciones auditivas persistentes en esquizofrenia: Resultados de un curso de 10 semanas. *Revista de la Asociación de Enfermeras Estadounidenses*, 8(3):84-91.

Descripción del estudio: El propósito de este estudio fue examinar los efectos de un curso de 10 semanas en las cuales se enseñaron estrategias de manejo de comportamiento a participantes con esquizofrenia que experimentaban alucinaciones auditivas persistentes. La primera tarea fue examinar los efectos de la intervención en siete características específicas de las alucinaciones auditivas: frecuencia, volumen, autocontrol, claridad, tono, distracción y angustia. La segunda tarea fue examinar el grado de ansiedad y depresión. La muestra consistió de 62 sujetos, quienes fueron diagnosticados con esquizofrenia por un psiquiatra certificado utilizando el criterio de diagnóstico del *DSM-IV*. Todos informaron tener alucinaciones auditivas persistentes por lo menos 10 min al día por lo menos tres meses anteriores, hablaron del deseo de aprender nuevas estrategias para manejar sus alucinaciones auditivas; estaban tomando dosis estables de medicamentos antipsicóticos por lo menos cuatro semanas antes de entrar al estudio; eran capaces de leer y escribir en inglés; y no tenían deficiencias cognitivas graves. El curso de 10 semanas se enseñó en nueve escenarios diferentes con pacientes externos por personal de enfermería con experiencia en la atención de pacientes con esquizofrenia y estaban disponibles para facilitar las habilidades al grupo. En cada clase se les enseñaba a los participantes una nueva estrategia y se ponía en práctica. Se enseñaron las siguientes estrategias en el curso: observación de sí mismos, hablar con alguien, escuchar música con o sin audífonos, ver televisión, decir “basta”/ignorar lo que las voces dicen que haga, usar tapones para los oídos, aprender técnicas de relajación, mantenerse ocupados con una actividad agradable o ayudar a otros, y practicar la comunicación, no utilizar fármacos ni alcohol. La medición de los resultados se basa en las calificaciones de los sujetos en el Cuestionario de Alucinaciones Auditivas (CAHQ), la escala de

Perfil de Estados del Humor (POMS), y la escala de Depresión de Beck, segunda edición (BDI-II).

Resultados del estudio: Los resultados de este estudio apoyan con fuerza la expectativa de los sujetos que asistieron a las clases de estrategias de manejo de comportamiento para las alucinaciones auditivas, en experimentar mejoría en las características de sus alucinaciones auditivas y tuvieron menos ansiedad y depresión. Las calificaciones después de la intervención en POMS y BDI-II fueron significativamente más bajas que las calificaciones previas, lo que indica una disminución en la ansiedad y depresión. Las calificaciones después de la intervención en CAHQ también fueron significativamente más bajas que las previas en todas las características de las alucinaciones, con la excepción del volumen, lo que no cambió de manera significativa. En un autoinforme de cinco puntos de la ayuda del curso, 25% de los participantes consideran que fue *extremadamente útil*, 42% *útil*, 23% *moderadamente útil*, 8% *mínimamente útil* y 2% *no fue útil*.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Este estudio muestra que los individuos pueden manejar sus alucinaciones auditivas por aprendizaje y con el uso de estrategias de comportamiento específicas. El escenario del grupo también probó ser benéfico, ya que los pacientes fueron capaces de tener la confirmación de sus propias experiencias, y vieron que otras personas tenían experiencias similares y aprendieron cómo otros las manejan. Los pacientes fueron alentados y tuvieron confianza para aprender que ciertas estrategias son más eficaces que otras en el grupo. Los autores comentan: “Esta intervención de bajo costo y poca tecnología pudo ser incorporada a la práctica de enfermería psiquiátrica u otras profesiones de atención a la salud que atienden grupos de entrenamiento para facilitar experiencias con personas esquizofrénicas. La enseñanza de manejo del comportamiento a pacientes con alucinaciones auditivas alucinatorias persistentes que desean aprender, tiene riesgos mínimos y se puede incorporar con facilidad en programas existentes de pacientes externos.”

REFRENCIAS

- Addington, D.E. (2006). Reducing suicide risk in patients with schizophrenia. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. Retrieved March 13, 2007 from <http://www.medscape.com/viewprogram/5616>.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). *Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy: Family intervention for psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.
- Assertive Community Treatment Association (ACTA). (2005). *ACT Model*. Retrieved March 13, 2007 from <http://www.actassociation.org/actModel>
- Dixon, L.B., & Lehman, A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. National Institute of Mental Health. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 631-643.
- Goff, D. (2002). *Psychosis*. MerckMedicus. Retrieved March 13, 2007 from <http://merck.micromedex.com/>
- Ho, B.C., Black, D.W., & Andreasen, N.C. (2003). Schizophrenia and other psychotic disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Jonsson, S.A., Luts, A., Guldberg-Kjaer, N., & Brun, A. (1997). Hippocampal pyramidal cell disarray correlates negatively to cell number: Implications for the pathogenesis of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247(3), 120-127.

- The Merck Manual of Diagnosis and Therapy (MMDT)*(2002). Schizophrenia. Retrieved March 13, 2007 from <http://www.merck.com/>
- Mueser, K.T., Bond, G.R., & Drake, R.E. (2001). Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment outcomes. *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal* 6(1). Retrieved March 13, 2007 from <http://www.medscape.com/viewarticle/430529>
- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). (2003). *Assertive Community Treatment (ACT)*. Retrieved March 13, 2007 from <http://www.nami.org/>
- Radomsky, E.D., Haas, G.L., Mann, J.J., & Sweeney, J.A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1590–1595.
- Rantakallio, P., Jones, P., Moring, J., & VonWendt, L. (1997). Association between central nervous system infections during childhood and adult onset schizophrenia and other psychoses: A 28-year follow-up. *International Journal of Epidemiology*, 26, 837–843.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Safier, E. (1997). Our families, the context of our lives. *Menninger Perspective*, 28(1), 4–9.



REFERENCIAS DE INTERNET

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de la esquizofrenia en:

- <http://www.schizophrenia.com>
- <http://www.nimh.nih.gov>
- <http://schizophrenia.nami.org>
- <http://mentalhealth.com>
- <http://www.narsad.org/>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca del tratamiento médico de la esquizofrenia en:

- <http://www.medicinenet.com/medications/article.htm>
- <http://www.fadavis.com/townsend>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

16

CAPÍTULO

TRASTORNOS DEL ÁNIMO

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

PERSPECTIVA HISTÓRICA

EPIDEMIOLOGÍA

TIPOS DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO

TRASTORNOS DEPRESIVOS

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS

TRASTORNO BIPOLAR (MANÍA)

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
AL TRASTORNO BIPOLAR (MANÍA)

MODALIDADES DE TRATAMIENTO
PARA TRASTORNOS DEL ÁNIMO

SUICIDIO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA
EN EL PACIENTE SUICIDA

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

trastorno bipolar

trastorno distímico

trastorno disfórico premenstrual

terapia cognitiva

hipomanía

retardo psicomotor

trastorno ciclotílmico

melancolía

tiramina

manía delirante

depresión posparto

CONCEPTOS CENTRALES

árbol

depresión

manía

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

- Referir las perspectivas históricas de trastorno del ánimo.
- Discutir las estadísticas epidemiológicas relacionadas con los trastornos del ánimo.
- Describir varios tipos de trastornos del ánimo.
- Identificar las implicaciones etiológicas en el desarrollo de los trastornos del ánimo.
- Discutir las implicaciones de depresión relacionadas con etapas del desarrollo.
- Identificar la sintomatología relacionada con los trastornos del ánimo y utilizar esta información en la valoración del paciente.

- | | |
|---|--|
| <p>7. Formular los diagnósticos de enfermería y los objetivos de la atención a los pacientes con trastornos del ánimo.</p> <p>8. Identificar los temas a explicar al paciente y a la familia relevantes sobre los trastornos del ánimo.</p> <p>9. Describir las intervenciones de enfermería apropiadas para los comportamientos relacionados con los trastornos del ánimo.</p> | <p>10. Describir los criterios relacionados para la evaluación de la atención de enfermería de los enfermos con trastornos del ánimo.</p> <p>11. Discutir varias modalidades relevantes en el tratamiento de los trastornos del ánimo.</p> <p>12. Aplicar el proceso de enfermería en la atención de los individuos suicidas y para las personas cercanas.</p> |
|---|--|
-

INTRODUCCIÓN

La depresión parece ser la enfermedad psiquiátrica más antigua y sigue siendo diagnosticada con más frecuencia. Los síntomas de la depresión se describen tanto como hay evidencia de documentación escrita.

Un ataque ocasional de depresión (“blues”), un sentimiento de tristeza o de pesar, es común entre las personas sanas y se considera una respuesta normal a las desilusiones de todos los días. Estos episodios son cortos en la medida que el individuo se adapta a la pérdida, cambio o fracaso (real o percibido) que experimenten. La depresión patológica se presenta cuando la adaptación es ineficiente.

Este capítulo se enfoca en las consecuencias del duelo disfuncional, como se manifiesta en los trastornos del ánimo, los cuales son clasificados como depresión o bipolaridad. También se presenta una perspectiva histórica y epidemiológica relacionada con los trastornos del ánimo, además de los factores relacionados con la etiología que proporcionan un marco para el estudio de las dinámicas de la depresión y del **trastorno bipolar**.

Se discuten las implicaciones relevantes de la depresión para los individuos en varias etapas del desarrollo; y se explica la sintomatología de la enfermedad. La atención de enfermería se describe en el contexto de los seis pasos del proceso, además de explorar varias modalidades de tratamiento médico.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Muchas culturas antiguas (p. ej., Babilonia, Egipto, hebreos) creían en lo sobrenatural u origen divino de la depresión o manía. El Antiguo Testamento dice en el Libro de Samuel que la depresión del rey Saúl estaba inflingido por un “espíritu maligno” enviado por Dios para “atormentarlo”.

Un punto de vista no divino en relación con la depresión y los estados maniacos fue considerado por la comunidad médica griega desde el siglo v a.C., hasta el siglo III d.C. Éste representaba el pensamiento de Hipócrates, Celso y Galeno, entre otros. Ellos rechazaban la idea del origen divino y consideraban al cerebro como el asiento de todos los estados emocionales. Hipócrates creía que la **melancolía**, una grave forma de la depresión, en la que los síntomas son exagerados y el interés o placer por casi todas las actividades se pierde, causada por un exceso de bilis negra, una sustancia muy tóxica producida por el bazo o el intestino, que afectaba al cerebro.

Durante el Renacimiento, evolucionaron varias teorías nuevas. La depresión era vista como el resultado de la obstrucción de la circulación vital de aire, peso excesivo y situaciones desesperadas más allá del control del individuo. Estas fuertes emociones de depresión y manía se reflejaron en casi todos los trabajos literarios de la época, incluso en *Rey Lear, Macbeth* y *Hamlet*, de Shakespeare.

En el siglo xix, la definición de manía estaba restringida al concepto de locura total, diferente a un trastorno de ánimo y acción. Se reexaminó la antigua noción de melan-

Concepto Central

Ánimo

También llamado *humor*. El ánimo es una emoción penetrante y sostenida que puede tener influencia importante en una persona en su percepción del mundo. Los ejemplos de ánimo incluyen depresión, gozo, euforia, enojo y ansiedad. El *humor* se describe como la reacción emocional relacionada con una experiencia (Taber's, 2005).

Concepto Central

Depresión

Una alteración en el ánimo que se expresa por sentimientos de tristeza, desesperación y pesimismo. Hay pérdida de interés en las actividades usuales y síntomas somáticos pueden ser evidentes. Cambios de apetito y patrones de sueño son comunes.

Concepto Central

Manía

Una alteración en el ánimo que se expresa por sentimientos de euforia, autoestima exaltada, grandeza, hiperactividad, agitación, y pensamiento y discurso acelerados. La manía puede presentarse como una respuesta al uso de sustancias o una afeción médica general.

colía, y se le dio énfasis en la naturaleza primaria afectiva del trastorno. Por último, los investigadores introdujeron la posibilidad de un patrón alternativo de la sintomatología afectiva relacionada con los trastornos.

El pensamiento contemporáneo se ha formado con base en los trabajos de Sigmund Freud, Emil Kraepelin y Adolf Meyer. Después de evolucionar de los modelos de principios del siglo xx, el pensamiento presente sobre los trastornos del ánimo en general incluyen las perspectivas intrapsíquicas, de comportamiento y biológicas. Estas perspectivas apoyan la idea de las causas múltiples en el desarrollo de los trastornos del ánimo.

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es una de las primeras causas de discapacidad en Estados Unidos, afecta a casi 10% de la población, o sea 19 millones de estadounidenses al año (*International Society for Mental Health Online*, 2004). Durante su vida, 10 a 25% de las mujeres y 5 a 12% de los hombres se vuelven clínicamente depresivos. Esta preponderancia lleva a considerar la depresión por algunos investigadores como “el resfriado común de los trastornos psiquiátricos” y esta generación como una “edad de melancolía”.

El trastorno bipolar afecta alrededor de 5.7 millones de adultos estadounidenses, o 2.6% de la población de Estados Unidos de 18 años en adelante determinado anualmente (*National Institute of Mental Health* [NIMH], 2006).

Género

Los estudios indican que la incidencia de trastornos depresivos de manera aproximada es más elevada en las mujeres que en los varones en una proporción de 2 a 1.

Edad

Varios estudios demuestran que la incidencia de depresión es más elevada en mujeres jóvenes y hay una tendencia a disminuir con la edad. Se observa lo contrario en varones, con menor prevalencia de los síntomas depresi-

vos en varones jóvenes y más elevados con la edad. Esta presentación se puede relacionar con las diferencias de género en funciones sociales y económicas, además de las oportunidades sociales y los cambios que se presentan con la edad. La construcción de estereotipos de género, o *la socialización genérica*, promueve las características femeninas típicas, como desamparo, pasividad y emocionalidad, que se relacionan con la depresión. En contraste, algunos estudios sugieren que las características “masculinias” se relacionan con elevada autoestima y menos depresión. Los estudios también muestran que la viudez tiene una fuerte relación con la depresión en varones en comparación con las mujeres. Las causas posibles incluyen el hecho de que la viudez es un componente más usual del ciclo de vida de las mujeres (Lee, Willetts y Seccombe, 1998). Otras contribuciones a su efecto en los varones incluyen, en promedio, menos asistencia a la iglesia, disgusto por los quehaceres domésticos y menor capacidad para ayudar a sus hijos (Lee, DeMaris, Bavin y Sullivan, 2001). La edad promedio al inicio del primer episodio maníaco es al principio de los 20 años (NIMH, 2006).

Clase Social

Los resultados de algunas investigaciones indican una relación inversa entre clase social e informes de síntomas depresivos, lo cual se relaciona con la accesibilidad de los recursos para tratar con las situaciones estresantes. Los trastornos bipolares parecen presentarse con más frecuencia entre las clases socioeconómicas altas (*Manual Merck de Diagnóstico y Terapia*, 2005).

Raza y Cultura

Los estudios no demuestran una relación consistente entre la raza y el trastorno del ánimo. Se encontraron con un problema en la revisión de las comparaciones raciales, ya que tienen que ver con la clase socioeconómica de la raza investigada. Las muestras de población de pacientes no caucásicos son esencialmente de clases inferiores comparadas con las poblaciones caucásicas de clases sociales medias y superiores.

Otros estudios sugieren un segundo problema en el estudio de las comparaciones en el estudio racial. Los médicos tienden a sobrediagnosticar esquizofrenia en pacientes con antecedentes raciales o culturales diferentes al propio (Sadock y Sadock, 2003). Este diagnóstico equivocado puede resultar de las barreras de lenguaje entre los enfermos que no están familiarizados con aspectos culturales de lenguaje y comportamiento de pacientes no caucásicos.

El *Manual Merck de Diagnóstico y Terapia* (2005) menciona:

Los factores culturales parecen modificar las manifestaciones clínicas de los trastornos del ánimo. Por ejemplo, las quejas físicas, la preocupación, tensión e irritabilidad son expresiones comunes en clases socioeconómicas inferiores; reclamaciones de culpa y autorreproches son más características de la depresión en culturas anglosajonas; y la manía tiende a presentarse de manera más expresiva en los países mediterráneos y africanos y entre estadounidenses de raza negra.

Estado Marital

La mayor incidencia de síntomas depresivos se presenta en los individuos sin relaciones interpersonales cercanas y las personas divorciadas o separadas (Sadock y Sadock, 2003). Cuando se consideran el género y el estado civil juntos, las diferencias revelan menores índices de síntomas depresivos entre los hombres casados, y mayor entre las mujeres casadas y varones solteros. Sadock y Sadock (2003) indican lo siguiente:

El trastorno bipolar I es más común en personas divorciadas y solteras que entre las casadas, pero esta diferencia puede reflejar el inicio temprano y la resultante discordia marital que son características del trastorno (p. 536).

Estacionalidad

Varios estudios examinaron patrones estacionales relacionados con los trastornos del ánimo revelando dos períodos prevalentes estacionales: uno en la primavera (marzo, abril y mayo) y otra en otoño (septiembre, octubre y noviembre). Este patrón tiende a ser estacional para el suicidio, que presentan los picos máximos en la primavera y otro más pequeño en octubre (Davidson, 2005). Se han postulado varias etiologías relacionadas con esta tendencia (Hakko, 2000). Algunas de éstas incluyen lo siguiente:

- Un factor meteorológico, relación de temperaturas extremas y cambios de presión barométrica con la inestabilidad mental humana.
- Las variables sociodemográficas, como aumento del intercambio social (p. ej., mayor actividad social con el inicio del año académico).
- Las variables bioquímicas. Puede haber variaciones estacionales en varios aspectos periféricos y centrales de la función de serotonina que participa en la depresión y suicidio.

TIPOS DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO

El *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association [APA], 2000) describe la característica esencial de estos trastor-

nos como una alteración del ánimo, caracterizada por un síndrome depresivo o maníaco parcial o total que no se puede atribuir a otro trastorno mental. Estos padecimientos se clasifican en dos categorías principales: trastornos depresivos y bipolares.

Trastornos Depresivos

Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor TDM se caracteriza por ánimo depresivo o pérdida del interés o placer en las actividades usuales. Hay evidencia de las alteraciones en el funcionamiento social y ocupacional que han existido por, al menos, dos semanas, sin historia de comportamiento maníaco y síntomas que no son atribuidos al uso de sustancias o a una condición médica general. Además, el diagnóstico de la depresión se especifica según si es un *episodio único* (es la primera vez) o *recurrente* (el individuo tiene una historia de episodios previos). También identifica el nivel de gravedad de los síntomas (leves, moderados o graves) si hay evidencia de características psicóticas o catatónicas, y si se detecta un patrón estacional. Se considera como *inicio posparto* si los síntomas aparecen dentro de las cuatro semanas del nacimiento. En el recuadro 16-1 se presentan los criterios de diagnóstico para trastorno depresivo mayor del *DSM-IV-TR*.

Trastorno Distímico

Las características de esta alteración son similares, aunque menos graves a los descritos en el trastorno depresivo. Los individuos con trastorno distímico describen su ánimo como triste o “andar por los suelos” (APA, 2000). No hay evidencia de síntomas psicóticos; la característica esencial es un ánimo deprimido crónico (o tal vez un ánimo irritable en niños o adolescentes) por más de un día, o varios días, hasta por lo menos dos años (un año para los niños y adolescentes). El diagnóstico se identifica como *inicio temprano* (antes de los 21 años de edad) o de *inicio tardío* (a la edad de 21 años o más). Los criterios de diagnóstico del *DSM-IV-TR* para el trastorno distímico se muestran en el cuadro 16-2.

Trastorno Disfórico Premenstrual

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) no incluye el **trastorno disfórico premenstrual** como una categoría diagnóstica oficial, pero proporciona una serie de criterios de investigación para promover más estudios del trastorno. Las características esenciales incluyen ánimo muy depresivo, excesiva ansiedad, ánimo variable e interés disminuido en actividades durante la semana previa a la menstruación y subsiste poco después del inicio de ésta (APA, 2000).

RECUADRO 16-1 Criterios de Diagnóstico para Trastorno Depresivo Mayor

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante un periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas de (1) ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Ánimo depresivo la mayor parte del día como se indica por informes subjetivos (p. ej., sentimientos de tristeza o vacío) y observación hecha por otras personas (p. ej., se ve lloroso).
- NOTA:** En niños y adolescentes, el ánimo puede ser irritable.
2. Disminuye de manera importante el interés o placer en todas o casi todas las actividades del día y casi todos los días (como se indica por explicaciones subjetivas u observaciones hechas por los demás).
 3. Pérdida de peso significativa cuando no hace dieta o se presenta sobre peso (p. ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o disminuye o aumenta el apetito casi todos los días.
- NOTA:** Se considera en niños que no alcanzan el peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retardo casi todos los días (que se observa por los demás no sólo sentimientos subjetivos de inquietud o ser lentos).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de culpa inapropiada de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no es sólo autorreproche o culpa por sentirse enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, o indecisión, casi día a día (ya sea subjetivo o notado por los demás).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a morir), ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o una tentativa de suicidio o un plan específico para cometerlo.
- B. Nunca se ha presentado un episodio maníaco, un episodio mezclado o episodio hipomaníaco sin ser producido por uso de sustancias o tratamiento, o por efectos fisiológicos directos de una afección médica general.
- C. Los síntomas causan angustia clínica significativa o alteración importante del funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes.
- D. Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de drogas, medicamento) o una afección médica general (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican por pérdida (p. ej., pérdida de algún ser amado), los síntomas persisten por más de dos meses o se caracterizan por alteración funcional evidente, preocupación mórbida con minusvalía, ideas de suicidio, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

Fuente: *American Psychiatric Association* (2000), con permiso.

Las quejas somáticas como dolores de cabeza, edema, dolor de espalda y flacidez de los senos, además de cambios en el apetito y los patrones de sueño, son comunes. Los criterios del *DSM-IV-TR* para la investigación del trastorno disfórico premenstrual, se presentan en el recuadro 16-3.

Trastornos Bipolares

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios del ánimo de depresión profunda a euforia extrema (manía), con periodos intermedios de normalidad. Los delirios o alucinaciones pueden ser parte o no del cuadro clínico, y el inicio de los síntomas refleja un patrón estacional.

Durante un episodio maníaco, el ánimo está elevado, expansivo o irritable. La alteración es lo suficientemente grave para causar alteraciones en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales comunes o relaciones con otras personas o requiere de hospitalización para prevenir que se lastime a sí mismo o a otros. La actividad motora es excesiva y frenética. Es posible que se presenten características psicóticas.

Una presentación más benigna de este síntoma clínico se llama **hipomanía**. Que no es tan grave para causar

alteraciones marcadas en el funcionamiento social u ocupacional o para requerir hospitalización, no incluye características psicóticas. Los criterios de diagnósticos del *DSM-IV-TR* para manía se presentan en el recuadro 16-4.

El cuadro diagnóstico para la depresión relacionada con el trastorno bipolar es idéntico que el descrito para trastorno de depresión mayor, con un síntoma más: el paciente debe tener historia de uno o más episodios maníacos.

Cuando la presentación del síntoma incluye estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia) acompañados por los síntomas relacionados con depresión y manía, se da el diagnóstico de *trastorno bipolar mixto*. Esta alteración es muy grave y causa variaciones en el funcionamiento social y laboral o llega a requerir hospitalización. Son evidentes las características psicóticas.

Trastorno Bipolar I

El trastorno bipolar I es el diagnóstico para un individuo que experimenta, o a pasado por un síndrome completo de síntomas de manía o mixtos. El paciente también ha presentado episodios de depresión. Este diagnóstico es

RECUADRO 16–2 Criterios de Diagnóstico por Trastorno Distímico

- A. El ánimo deprimido se presenta la mayor parte del día, aunque no diario o casi diario, se indica por informes subjetivos o por observaciones de otras personas, por al menos dos años.
- NOTA:** En niños y adolescentes, el ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.
- B. Cuando hay depresión, se observan de dos o más síntomas de los siguientes:
1. Pérdida o aumento del apetito.
 2. Insomnio o hipersomnia.
 3. Falta de energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años (un año para niños o adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B por más de dos meses seguidos.
- D. No se presenta trastorno depresivo mayor durante los primeros dos años de alteración (un año para niños o adolescentes).
- E. Nunca se ha presentado un episodio de manía, mixto o hipomaníaco, y no se satisfacen los criterios de trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se presenta de manera exclusiva durante el curso de un trastorno psicótico crónico, como esquizofrenia o trastorno de delirio.
- G. Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de sustancias, medicamentos) o una condición médica general (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan angustia clínica significativa o alteración en el funcionamiento social, laboral u otra área importante.

Especificar si:

- Inicio temprano: Antes de los 21 años de edad.
 Inicio tardío: De los 21 años en adelante.

Fuente: American Psychiatric Association (2000), con permiso.

más específico por el episodio presente o más reciente de comportamiento. Por ejemplo, la característica puede ser un solo episodio maníaco (para describir al individuo en su primer episodio de manía) o episodio maníaco, hipomaníaco, mixto o depresivo presente (para describir individuos que tienen episodios de ánimo recurrentes).

Trastorno Bipolar II

Esta categoría de diagnóstico se caracteriza por ataques recurrentes de depresión con presentación episódica de hipomanía. El individuo a quien se le da este diagnóstico puede presentarse con síntomas (o historia) de depresión o hipomanía. El paciente nunca ha experimentado un epi-

RECUADRO 16–3 Criterios de Investigación para Trastorno Disfórico Premenstrual

- A. En casi todos los ciclos menstruales durante el año anterior, se presentan cinco o más de los siguientes síntomas casi todo el tiempo durante la última semana de la fase lútea, empieza a remitir a los pocos días, después del inicio de la fase folicular, y ausentes en la semana después de la menstruación, con por lo menos uno de los síntomas de 1, 2, 3 o 4:
1. Ánimo depresivo obvio, sentimientos de desesperanza, o pensamientos de autodevaluación.
 2. Ansiedad marcada, tensión, sentimientos de estar nerviosa o “al límite”.
 3. Inestabilidad afectiva marcada (p. ej., sentimiento repentino de tristeza o llanto o mayor susceptibilidad).
 4. Enojo obvio y persistente o irritabilidad o mayores conflictos interpersonales.
 5. Interés disminuido en actividades usuales (p. ej., trabajo, escuela, amigos o pasatiempos).
 6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
 7. Letargo, fatiga o falta de energía.
 8. Cambio obvio de apetito, sobrealimentación o antojos específicos.
 9. Hipersomnia o insomnio.
 10. Sensación subjetiva de estar abrumado o fuera de control.
 11. Otro síntoma físico como sensibilidad en los senos o hinchazón, dolores de cabeza, muscular o en las articulaciones, sensación de “inflamación”, ganancia de peso.
- B. La alteración puede interferir con el trabajo o la escuela o con actividades sociales usuales y las relaciones con otras personas (p. ej., evitar las actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el trabajo o escuela).
- C. La alteración no es sólo una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el depresivo mayor, de pánico, distímico, o de personalidad (aunque puede manifestarse al mismo tiempo que cualquiera de estos trastornos).
- D. Los criterios A, B y C se deben confirmar por las clasificaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos consecutivos de síntomas.

Fuente: American Psychiatric Association (2000), con permiso.

sodio que tenga todos los criterios para manía o sintomatología mezclada.

Trastorno Ciclotímico

La característica esencial del **trastorno ciclotímico** es una alteración crónica del ánimo de por lo menos dos años de duración, que incluye numerosos episodios de hipomanía y ánimo depresivo de insuficiente gravedad o duración para tener los criterios de trastornos bipolares I o bipolar II. El individuo nunca está sin síntomas hipoma-

RECUADRO 16–4 Criterios de Diagnóstico para Episodios de Manía

- A. Un periodo distinto de anormalidad y ánimo elevado, expansivo o irritable, persistente por al menos una semana (o cualquier duración si la hospitalización es necesaria).
- B. Durante el periodo de alteración del ánimo, tres o más de los siguientes síntomas persisten (cuatro si el ánimo sólo es irritable) presente a un grado significativo:
 - 1. Mayor autoestima o grandiosidad.
 - 2. Menor necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado con sólo tres h de sueño).
 - 3. Más conversador de lo habitual o presiona para seguir hablando.
 - 4. Vuelo de ideas o la experiencia subjetiva de que el pensamiento está corriendo.
 - 5. Distractibilidad (p. ej., la atención se dirige con facilidad a estímulos irrelevantes).
 - 6. Aumento de la actividad dirigida a objetivos (ya sea sociales, trabajo, escuela o sexualidad) o agitación psicomotora.
 - 7. Excesiva participación en actividades placenteras con alto potencial de consecuencias dolorosas, (compras desmedidas o tontas inversiones de negocios).
- C. La alteración del ánimo es lo bastante grave para causar alteraciones importantes en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales usuales o relaciones con los demás, o necesita hospitalización para prevenir daños a sí mismo o a los demás, o presenta características psicóticas.
- D. Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., abuso de medicamento), o a una condición médica general (p. ej., hipertiroidismo).

Fuente: American Psychiatric Association (2000), con permiso.

niacos o depresivos por más de dos meses. Los criterios de diagnóstico *DSM-IV-TR* para trastorno ciclotímico se presentan en el recuadro 16-5.

Otros Trastornos del Ánimo

Trastorno del Ánimo por una Afección Médica General

Este trastorno se caracteriza por una “alteración predominante y persistente en el ánimo que se juzga como resultado de efectos fisiológicos directos de una afección médica general” (APA, 2000). La alteración del ánimo puede involucrar depresión o ánimo elevado, expansivo o irritable, y causa angustia clínica significativa, o alteración en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas. Los tipos de influencias fisiológicas se presentan en la discusión de las implicaciones etiológicas para trastornos del ánimo.

RECUADRO 16–5 Criterios de Diagnóstico para Trastorno Ciclotímico

- A. Presencia durante al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- NOTA:** En niños y adolescentes la duración debe ser por lo menos de un año.
- B. Durante un periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio A durante un tiempo superior a los dos meses.
- C. No se observan episodios de depresión mayor, manía o mezclados durante los dos primeros años del trastorno.
- D. Los síntomas del criterio A no corresponden a trastorno esquizoafectivo ni esquizofrenia, trastornos esquizofreniforme, delirante, o psicótico no específico.
- E. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos por sustancias (p. ej., abuso de medicamento) o a alguna afección médica general (p. ej., hipertiroidismo).
- F. Los síntomas causan angustia clínica significativa o alteración del funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

Fuente: American Psychiatric Association (2000), con permiso.

Trastorno del Ánimo Inducido por Sustancias

La alteración del ánimo relacionado con este trastorno se considera resultado directo de los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., abuso de fármacos, del alcohol, de un medicamento o exposición a una toxina). La alteración puede incluir depresión o ánimo elevado, expansivo o irritable, y causa angustia clínica significativa o alteración del funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes.

Las alteraciones de ánimo se relacionan con *intoxicación* por sustancias como alcohol, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, opioides, fenciclidina, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Otras sustancias a considerar que alteran el ánimo son los metales pesados y toxinas, como gasolina, pintura, insecticidas organofosfatos, gases nerviosos, monóxido de carbono y dióxido de carbono (APA, 2000).

Se ha demostrado que varios medicamentos provocan síntomas semejantes, los ejemplos identificados por el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) incluyen anestésicos, analgésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, antiparkinsonianos, medicamentos para las úlceras, para problemas cardíacos, anticonceptivos orales, psicotrópicos, relajantes musculares, esteroides y sulfonamidas.

En la discusión de implicaciones etiológicas para trastornos del ánimo se incluyen algunos ejemplos específicos.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Implicaciones Etiológicas

La etiología de la depresión no es clara; no se ha postulado ninguna teoría o hipótesis que proporcione una explicación clara para la enfermedad. La evidencia continúa apoyando varias causas, y se reconoce la combinación de factores combinados de influencias genéticas, bioquímicas y psicosociales en un individuo susceptible a la depresión. A continuación se presentan varias teorías.

Teorías Biológicas

Genética

Se han hecho muchas investigaciones considerables sobre las enfermedades del ánimo en relación con los factores hereditarios, se sugiere una conexión genética en numerosos estudios; sin embargo, todavía no se demuestra un modo definitivo de transmisión genética.

ESTUDIOS EN GEMELOS. Los estudios en gemelos sugieren un factor genético en la enfermedad porque alrededor del 50% de gemelos monocigotos son concordantes para la enfermedad (las referencias coinciden con que los gemelos se afectan por la enfermedad). Resultados similares se revelaron en estudios de gemelos monocigotos criados por separado. El índice de concordancia en gemelos dicigotos es 10 a 25% (Sadock y Sadock, 2003).

ESTUDIOS FAMILIARES. Casi todos los estudios sobre familias muestran que la depresión es 1.5 a 3 veces más común entre los parientes biológicos de primer grado que entre la población general (APA, 2000). De hecho, la evidencia apoya un mayor riesgo de trastornos depresivos en individuos con historia familiar positiva. No parece que los factores ambientales puedan causar la enfermedad como se observa en las familias.

ESTUDIOS DE ADOPCIÓN. Más información apoya la herencia como una influencia etiológica en depresión y proviene de estudios de niños adoptados de padres biológicos enfermos. Sadock y Sadock (2003) comentan al respecto:

Los estudios de adopción demuestran que los niños biológicos de padres afectados tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno del ánimo, a pesar de ser criados por familias adoptivas no afectadas (p. 540).

Influencias Bioquímicas

AMINAS BIÓGENAS. La depresión se puede relacionar con la deficiencia de neurotransmisores, norepinefrina, serotonina y dopamina, en sitios de importante funcionalidad receptora del cerebro. De manera histórica, la hipótesis de aminas biógenas en trastornos del ánimo descarta la observación de que la reserpina, que disminuye las aminas del cerebro, fue relacionada con el desarrollo de un síndrome depresivo (Slattery, Hudson y Nutt, 2004). La catecolamina norepinefrina ha sido identificada como un componente clave en la movilización del organismo para lidiar con situaciones de estrés. Las neuronas que contienen serotonina participan de manera crítica en la regulación de muchas funciones psicobiológicas, como el ánimo, ansiedad, excitación, vigilancia, irritabilidad, pensamiento, cognición, apetito, agresión y ritmo cardíaco (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003). El triptófano, precursor aminoácido de la serotonina, aumenta la eficacia de los medicamentos antidepresivos y, en ocasiones, es eficaz como antidepresivo por sí mismo. La concentración de dopamina en el sistema mesolímbico del cerebro tiene gran influencia en el ánimo y comportamiento. Un aporte disminuido de estas aminas biógenas inhibe la transmisión de impulsos de una fibra neuronal a otra, lo que causa una insuficiencia de las células para activar o ser activada (figura 16-1).

En los últimos tiempos, la hipótesis de las aminas biógenas también incluye otro neurotransmisor, la acetilcolina. Debido a que los fármacos colinérgicos tienen profundos efectos en el ánimo, en el electroencefalograma, funciones del sueño y neuroendocrinas, se sugiere que el problema de depresión y manía puede ser un desequilibrio entre las amina biógenas y la acetilcolina. La transmisión es excesiva en la depresión e inadecuada en la manía (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003).

Se desconoce la función precisa de los neurotransmisores en la etiología de la depresión. Conforme se hacen mas investigaciones, no hay duda de que el conocimiento en relación con las amina biógenas contribuyen a una mayor capacidad para entender y tratar las enfermedades del ánimo.

Alteraciones Neuroendocrinas

Las alteraciones neuroendocrinas pueden ser parte de la patogénesis o persistencia de la enfermedad depresiva. Esta idea surge de las alteraciones marcadas en el ánimo observadas con la administración de ciertas hormonas o en presencia de enfermedad endocrina que se manifiesta de manera espontánea.

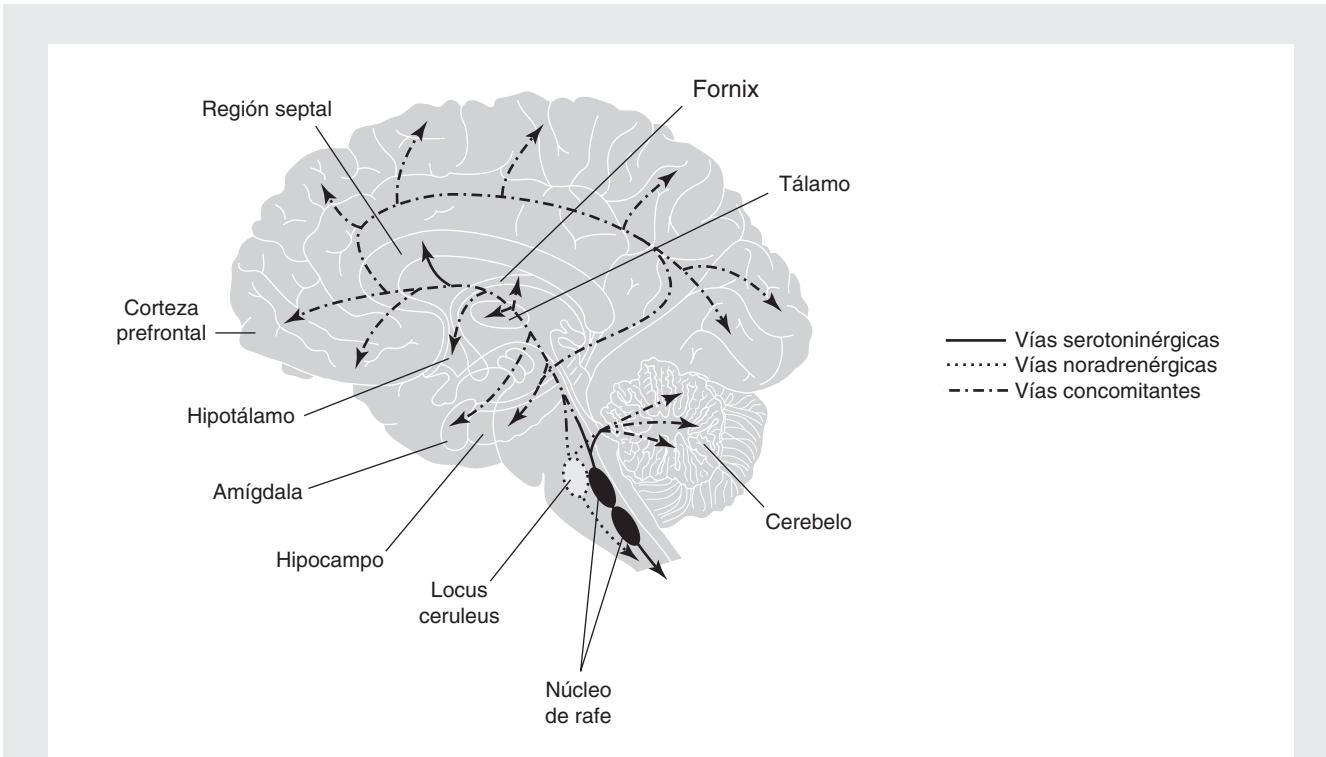


FIGURA 16-1 Neurobiología de la depresión.

Neurotransmisores

Aunque también están involucrados otros neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión, las alteraciones de la serotonina y norepinefrina han sido las más estudiadas.

Las células de origen para las vías de serotonina se encuentran dentro de núcleo del rafe localizadas en el tallo cerebral. Las de norepinefrina se originan en el locus ceruleus. Las proyecciones para ambos neurotransmisores se extienden por todo el cerebro anterior, corteza prefrontal, cerebelo y sistema límbico.

Áreas afectadas del cerebro

Las áreas afectadas del cerebro por la depresión y los síntomas que pueden regular incluyen las siguientes:

- Hipocampo: Alteraciones en la memoria, sentimientos de minusvalía, desesperanza y culpa.
- Amígdala: Anhedonia, ansiedad, motivación reducida.
- Hipotálamo: Aumento o disminución del sueño y apetito; energía y libido disminuidos.
- Otras estructuras límbicas: Alteraciones emocionales.
- Corteza frontal: Ánimo deprimido; problemas de concentración.
- Cerebelo: Retardo/agitación psicomotora.

Medicamentos y sus efectos en el cerebro

Todos los medicamentos que aumentan la serotonina, norepinefrina o ambos, pueden mejorar los síntomas emocionales y vegetativos de la depresión. Los fármacos que producen estos efectos incluyen los que bloquean la recaptación presináptica de los neurotransmisores o bloquean los receptores en las terminaciones nerviosas (tricíclicos: ISRS) y los que inhiben la monoaminooxidasa, enzima que participa en el metabolismo de las monoaminas serotonina, norepinefrina y dopamina (IMAO).

Los efectos colaterales de estos medicamentos se relacionan con la acción bloqueadora del receptor para un neurotransmisor específico. Los fármacos tricíclicos y tetracíclicos (p. ej., imipramina, amitriptilina, mirtazapina) bloquean la recaptación o los receptores para serotonina y noradrenalina, anticolinérgicos e histamina. Los ISRS son selectivos serotoninérgicos de los inhibidores de recaptación. Otros como el bupropión, venlafaxina y duloxetina la recaptación de serotonina y de norepinefrina, y también son débiles inhibidores de dopamina.

El bloqueo de la recaptación de dopamina ocasiona efectos colaterales como temblores, arritmias cardíacas, disfunción sexual e hipertensión. El bloqueo de la recaptación de serotonina ocasiona efectos colaterales como alteraciones gastrointestinales, mayor agitación y disfunción sexual. El bloqueo de la recaptación de dopamina provoca activación psicomotora. El bloqueo de la recaptación de acetilcolina provoca boca seca, visión borrosa, constipación y retención urinaria. El bloqueo de la recaptación de histamina produce sedación e hipotensión.

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-SUPRARRENALES. En pacientes que están deprimidos, el sistema de inhibición de hormonas es deficiente, lo que ocasiona hipersecreción de cortisol. Esta concentración elevada es la base para la prueba de supresión de dexametasona que se utiliza algunas veces para determinar si el individuo tiene depresión tratable de manera somática.

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-TIROIDES. El factor liberador de tirotropina (TRF) del hipotálamo estimula la liberación de la hormona estimulante de tiroides (TSH) de la hipófisis anterior, a su vez, estimula a la glándula tiroides. La respuesta disminuida de TSH a TRF administrada se observa en alrededor de 25% de las personas deprimidas. Esta prueba de laboratorio tiene futuro potencial para identificar pacientes con alto riesgo.

Influencias Fisiológicas

Los síntomas depresivos que ocurren por un trastorno del ánimo o como un efecto adverso de ciertos medicamentos son llamados *depresión secundaria*, la cual puede ser relacionada con los efectos colaterales de algún medicamento, trastornos neurológicos, desequilibrios de electrólitos u hormonales, deficiencias nutricionales, y otras afecciones fisiológicas o psicológicas.

EFFECTOS COLATERALES POR MEDICAMENTOS. Ciertas sustancias, solas o en combinación con otros medicamentos, pueden producir un síndrome depresivo, los más comunes son las que actúan en el sistema nervioso central. Éstas incluyen ansiolíticos, antipsicóticos y sedantes hipnóticos. Ciertos medicamentos antihipertensivos, como propranolol y reserpina se sabe que producen síntomas depresivos. También se puede provocar con cualquiera de los siguientes medicamentos, aunque no están enlistados todos:

- Esteroides: prednisona y cortisona.
- Hormonas: estrógeno y progesterona.
- Sedantes: barbitúricos y benzodiazepinas.
- Fármacos antibacterianos y antimicóticos: ampicilina, cicloserina, tetraciclina y sulfonamidas.
- Antineoplásicos: vincristina y zidovudina.
- Analgésicos y antiinflamatorios: opiáceos, ibuprofeno y fenilbutazona.
- Medicamentos para las úlceras: cimetidina.

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS. Un individuo que sufre un accidente vascular cerebral (AVC), también conocido como infarto, puede experimentar depresión no relacionada con la gravedad del infarto. Éstos son verda-

deros trastornos del ánimo, y el tratamiento con medicamentos antidepresivos puede estar indicado. Los tumores cerebrales, en particular en el área del lóbulo temporal, con frecuencia causan síntomas de depresión. La depresión agitada puede ser parte del cuadro clínico relacionado con enfermedades como Alzheimer, Parkinson y Huntington. La agitación y la inquietud también se manifiestan en depresión subyacente en un individuo con esclerosis múltiple.

ALTERACIÓN DE ELECTRÓLITOS. Excesivas concentraciones de bicarbonato de sodio o calcio pueden producir síntomas de depresión, así como las deficiencias de magnesio y de sodio, al igual que el potasio. Se observan los síntomas con exceso de potasio en el organismo, como cuando hay deficiencias del mismo.

ALTERACIONES HORMONALES. La depresión se relaciona con disfunción de la corteza suprarrenal y por lo común se observa tanto en la enfermedad de Addison como en el síndrome de Cushing. Otras afecciones endocrinas que pueden resultar en síntomas de depresión incluyen hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipotiroidismo e hipertiroidismo.

Un desequilibrio de las hormonas estrógeno y progesterona tiene predisposición al trastorno disfórico premenstrual. Se postula que el exceso de estrógeno o una elevada proporción estrógeno-a-progesterona durante la fase lútea del ciclo menstrual es la causa de los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual (Sadock y Sadock, 2003).

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES. Las deficiencias en vitamina B₁ (tiamina), vitamina B₆ (piridoxina), vitamina B₁₂, niacina, vitamina C, hierro, ácido fólico, cinc, calcio y potasio pueden producir síntomas de depresión (Schimelpfening, 2002). Varias alteraciones nutricionales indican la etiología del trastorno disfórico premenstrual, incluyen deficiencias en las vitaminas B, calcio, magnesio, manganeso, vitamina E y ácido linolénico (Frackiewicz y Shiovitz, 2001). Las fluctuaciones de tolerancia de glucosa, metabolismo de ácidos grasos anómalos, y sensibilidad a la cafeína y alcohol pueden provocar los síntomas relacionados con este trastorno. No existe evidencia que apoye ninguna alteración nutricional específica en la etiología.

OTRAS AFECCIONES FISIOLÓGICAS. Otras afecciones que se relacionan con depresión secundaria incluyen trastornos del colágeno, como lupus eritematoso sistémico (SLE) y poliarteritis nodosa; enfermedad cardiovascular como por ejemplo, cardiomiopatía, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto miocárdico y accidente vascular cerebral; infecciones, encefalitis, hepatitis, mononucleosis, neumonía y sífilis; y trastornos metabólicos, diabetes mellitus y porfiria.

Teorías Psicosociales

Teoría Psicoanalítica

Freud (1957) presentó su artículo “Duelo y melancolía” en 1917, en el que definió las características distintivas de melancolía como:

[...] un abatimiento profundamente doloroso, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda actividad, y disminución de los sentimientos de preocupación por sí mismo y autorrecremaciones, y culmina en una expectativa engañosa de castigo.

Observó que la melancolía se presenta después de la pérdida de un objeto amado, de hecho por muerte o por rechazo emocional, o la pérdida de otra abstracción de valor para el individuo. Freud indicó que en pacientes melancólicos, la ira de la persona deprimida se dirige hacia él mismo debido a que se identifica con el objeto perdido (Sadock y Sadock, 2003).

Freud creía que el individuo predispuesto a la melancolía experimentaba ambivalencia en las relaciones amorosas. Postulaba, por lo tanto, que una vez que la pérdida se incorporaba en el Yo (ego), la parte hostil de la ambivalencia que se sentía por el objeto perdido se vuelca hacia el interior en contra del Yo.

Teoría del Aprendizaje

El modelo de Seligman (1973) “indefensión aprendida” surge de los experimentos con perros. Los animales fueron expuestos a estimulación eléctrica de la que no pueden escapar. Mas tarde, cuando se les da la oportunidad de evitar la experiencia traumática, reaccionan con indefensión y no intentan escapar. Un estado de indefensión similar existe en los hombres que han experimentado numerosos fracasos (reales o percibidos). El sujeto abandona cualquier intento de salir adelante. Seligman teorizó que la indefensión aprendida predispone a los individuos a la depresión por imposición de un sentimiento de falta de control en su medio. Se deprimen porque se sienten indefensos; han aprendido que cualquier cosa que hagan es inútil. Esto puede ser particularmente dañino en etapas tempranas de la vida, debido al sentido de dominio del propio ambiente, base importante para el desarrollo emocional futuro.

Teoría de la Pérdida del Objeto

Ésta sugiere que la enfermedad depresiva se presenta como resultado de haber abandonado o haberse separado de alguien importante durante los primeros seis meses de

vida. Debido a que durante este periodo la madre representa la principal fuente de seguridad del niño, ella es el “objeto”. Esta ausencia de cariño, que puede ser física o emocional, conduce a sentimientos de indefensión y desesperanza que contribuyen a patrones de por vida de depresión en respuesta a la pérdida.

El concepto de “depresión anaclítica” se introdujo en 1946 por el psiquiatra René Spitz para referirse a los niños que se deprimieron después de ser separados de sus madres por un largo periodo durante el primer año de vida (Cartwright, 2004). La afección incluía comportamientos tales como llanto excesivo, anorexia, retraimiento, **retraso psicomotor**, estupor, y alteración generalizada en el proceso normal de crecimiento y desarrollo. Algunos investigadores sugieren que la pérdida en la vida adulta es más grave que en la niñez temprana.

Teoría Cognitiva

Beck y col., (1979) propusieron una teoría que sugiere que la primera alteración en la depresión es cognitiva más que afectiva. La causa subyacente del afecto depresivo es vista como distorsiones que resultan en actitudes negativas y de frustración. Beck identifica tres distorsiones cognitivas que sirven como base para la depresión:

1. Expectativas negativas del ambiente.
2. Expectativas negativas de sí mismo.
3. Expectativas negativas del futuro.

Estas distorsiones cognitivas surgen de un defecto en el comportamiento cognitivo, y el individuo se siente inoportuno, sin valía, y rechazado por los demás. La perspectiva para el futuro es de pesimismo y desesperanza.

Los teóricos cognitivos creen que la depresión es el producto del pensamiento negativo. En contraste con otros teóricos, que sugieren que el pensamiento negativo se presenta cuando el individuo está deprimido. La **terapia cognitiva** se enfoca en ayudar al individuo a cambiar lo que piensa; se le enseña a controlar las distorsiones de pensamiento negativo que conducen al pesimismo, letargo, dilación y baja autoestima (ver capítulo 12).

Implicaciones del Desarrollo

Niñez

Hasta hace pocos años se desarrolló un consenso entre los investigadores que estudian el trastorno depresivo mayor como una entidad en niños y adolescentes que ha podido ser identificado con criterios similares a los utilizados en adultos (APA, 2000; Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003).

Sin embargo, no es poco común que los síntomas de depresión se manifiesten de manera diferente en la niñez, y el cuadro cambie con la edad (Harvard Medical School, 2002):

- A la edad de 3 años: Los signos pueden incluir problemas de alimentación, rabietas, y falta de juego y expresividad emocional.
- De los 3 a 5 años: Síntomas comunes que predisponen a los accidentes, fobias y excesiva autorrecriminación por errores menores.
- De los 6 a 8 años: Pueden ser quejas físicas vagas y comportamiento agresivo. Incluso apegarse a los padres y evitar a personas extrañas y cambios.
- De los 9 a 12 años: Los síntomas comunes incluyen pensamientos mórbidos y preocupación excesiva por decepcionar a los padres de alguna forma.

Otros síntomas de depresión en la niñez pueden incluir hiperactividad, delincuencia, problemas en la escuela, quejas psicosomáticas, alteraciones en el sueño y alimentación, aislamiento social, y pensamientos o intentos suicidas.

Los niños se vuelven depresivos por varias razones. Muchos tienen una predisposición genética hacia la afeción, que se precipita por una situación estresante. Los factores comunes que favorecen son separación física o emocional por parte de una persona responsable de su cuidado, separación parental o divorcio, muerte de una persona amada (persona o mascota), mudanza, fracaso académico o enfermedad física. En cualquier evento, el denominador predominante es la pérdida.

El enfoque de la terapia con niños deprimidos es aliviar los síntomas y fortalecer las habilidades de enfrentamiento y de adaptación del niño, con la esperanza de prevenir problemas psicológicos futuros. Algunos estudios muestran que la depresión no tratada en esta etapa puede llevar a problemas subsecuentes en la adolescencia y la vida adulta. La mayoría de los niños son tratados como pacientes externos. La hospitalización por lo general ocurre cuando el menor es activamente suicida, cuando el ambiente en el hogar no facilita el esquema de tratamiento, o el paciente necesita estar separado de éste por privación psicosocial.

El tratamiento con la familia se utiliza para ayudar a los niños deprimidos más pequeños. La recuperación se facilita por el apoyo emocional y la guía de los miembros de la familia. Los niños mayores de 8 años de edad por lo general participan en terapia familiar; aunque en algunas situaciones, el tratamiento individual puede ser el más apropiado para los niños mayores. Los antidepresivos o litio son importantes para las formas más graves y recurrentes de depresión.

Adolescencia

La depresión puede ser más difícil de reconocer en un adolescente que en niños más pequeños. Los sentimientos de tristeza, soledad, ansiedad y desesperanza relacionados con la depresión se perciben como estrés emocional normal del crecimiento. Por lo tanto, muchos jóvenes cuyos síntomas se atribuyen a los “ajustes normales” de la adolescencia no reciben la ayuda necesaria. La depresión es la mayor causa de suicidio entre los jóvenes, la tercera causa de muerte en este grupo de edad (*Centers for Disease Control [CDC]*, 2005).

Los síntomas comunes de depresión en los adolescentes son: enojo expresado de manera inapropiada, agresividad, huir, delincuencia, retraimiento social, actividad sexual, abuso de sustancias, inquietud, y apatía; también son comunes baja autoestima, alteraciones de sueño y alimentación, y quejas psicosomáticas.

El trastorno bipolar, el cual con frecuencia se presenta durante la adolescencia, se manifiesta por episodios de impulsividad, irritabilidad, y pérdida de control, algunas veces se alternan con episodios de retraimiento. Estos comportamientos por lo común se confunden con ciclos emocionales de la adolescencia, lo que retraza el tratamiento necesario.

¿Cuáles es, entonces, el indicador que diferencia el trastorno del ánimo del comportamiento impetuoso típico de la adolescencia? Una manifestación visible del *cambio de comportamiento que dura por varias semanas* es la mejor clave para un trastorno del ánimo. Los ejemplos incluyen al adolescente extrovertido y sociable normal que se vuelve retraído y antisocial; el buen estudiante que con anterioridad recibía buenas calificaciones de manera consistente pero que ahora no y se salta las clases; el adolescente que por lo general es confiado se vuelve irritable y defensivo con otros.

Los adolescentes se vuelven depresivos por las mismas razones que se discutieron para la depresión en niños. En adolescencia, sin embargo, la depresión es una manifestación común de estrés y los conflictos de independencia relacionados con el proceso de maduración normal. La depresión también puede ser la respuesta por la muerte de uno de los padres, algún familiar, o amigo, o el rompimiento con la pareja. Se piensa que esta percepción de abandono por uno de los padres o la pérdida de una relación cercana con alguien de la misma edad es el factor inmediato más común que precipita el suicidio en los adolescentes.

El tratamiento del adolescente deprimido es con frecuencia como paciente externo. La hospitalización puede requerirse en casos de depresión grave o amenaza de suicidio inminente, cuando la situación de la familia es tal que el tratamiento no se puede dar en casa, cuando las afecciones físicas evitan el cuidado personal de las necesi-

dades biológicas, o cuando el adolescente ha indicado que se puede hacer daño a sí mismo o a otras personas de la familia.

Además de la intervención psicosocial de apoyo, el tratamiento antidepresivo es parte de la terapia para trastornos del ánimo en adolescentes. Sin embargo, en octubre de 2004, la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) expidió una advertencia de salud pública sobre el creciente riesgo de pensamientos y comportamiento suicidas en niños y adolescentes que han sido tratados con medicamentos antidepresivos. La agencia ordenó a los fabricantes que agregaran un “caja negra” en todos los medicamentos antidepresores con la descripción de este riesgo, y enfatizó la necesidad de observación cercana en pacientes que inician tratamientos con estos fármacos. El nuevo lenguaje de advertencia no prohíbe el uso de antidepresivos en niños y adolescentes; advierten del riesgo de suicidio y alienta a quienes los prescriben que consideren hacer un balance de este riesgo con la necesidad clínica.

La fluoxetina es el único medicamento hoy en día aprobado para tratar la depresión en niños y adolescentes. Los otros (ISRS), como sertralina, citalopram y paroxetina, venlafaxina, no han sido aprobados para el tratamiento de estos pacientes, aunque sí se prescriben a niños por médicos en “uso fuera de etiqueta”—un uso diferente al aprobado por la FDA. En junio de 2003, la FDA recomendó que la paroxetina no se utilice en niños o adolescentes para el tratamiento de trastorno depresivo mayor.

Senescencia

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común de los adultos mayores, que son 12.4% de la población de Estados Unidos (*Administration on Aging*, 2005). Esto no es sorprendente si se considera el valor desproporcionado que la sociedad le da a la juventud, vigor y productividad ininterrumpida. Estas actitudes sociales nutren de manera continua los sentimientos de baja autoestima, indefensión y desesperanza que se vuelven más dominantes e intensos con la edad avanzada. De hecho, las estrategias de enfrentamiento y adaptación del adulto mayor son desafiadas por situaciones importantes, como problemas financieros, enfermedad física, cambios en el funcionamiento del organismo, y mayor conciencia de que la muerte se acerca. El problema con frecuencia se intensifica por las numerosas pérdidas que las personas experimentan durante este periodo de vida, como el cónyuge, amigos, hijos, hogar e independencia. Se presenta un fenómeno llamado *sobrecarga de pérdida*, es decir cuando los individuos no son capaces de resolver la respuesta de duelo antes de que se presente la siguiente. Esta sobrecarga predispone a depresión.

Aunque constituyen menos de 13% de la población, este grupo representa alrededor del 18% de los suicidios en Estados Unidos (*National Institute of Mental Health*, 2004). Los varones blancos de 85 años y mayores tienen el número más alto de suicidios, más de cinco veces el índice nacional.

Los síntomas de depresión en los adultos mayores son muy diferentes a los que se manifiestan en los adultos jóvenes. Sin embargo, los síndromes depresivos con frecuencia se confunden con otras enfermedades relacionadas con el proceso de envejecimiento. Es común que los síntomas de depresión se diagnostiquen de manera equivocada como demencia senil, cuando de hecho la pérdida de memoria, pensamiento confuso, o apatía es el resultado de la depresión. El despertarse temprano con apetito reducido es típico de la depresión. Una complicación de esta situación es el hecho de que muchas afecciones médicas, como trastornos endocrinológicos, neurológicos, nutricionales y metabólicos, con frecuencia se presentan con síntomas clásicos de depresión. Muchos medicamentos que en general se utilizan para este grupo de personas, como antihipertensivos, corticoesteroides y analgésicos pueden producir un efecto depresivo.

La depresión acompaña a muchas enfermedades que afligen a personas mayores, tales como la enfermedad de Parkinson, cáncer, artritis y las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer. Tratar la depresión en estas situaciones reduce el sufrimiento innecesario y ayuda a los individuos afligidos a enfrentar sus problemas médicos.

Se considera que el tratamiento más eficaz de la depresión en el individuo mayor es la combinación de los acercamientos psicosociales y biológicos. Los medicamentos antidepresivos se administran en consideración a los cambios fisiológicos relacionados con la edad de absorción, distribución, eliminación y sensibilidad de los receptores del cerebro. Debido a estos cambios, las concentraciones plasmáticas de estos medicamentos pueden ser muy elevadas a pesar de las dosis orales moderadas.

El tratamiento electroconvulsivo (TEC) sigue siendo uno de los más seguros y eficientes para la depresión en adultos mayores. La respuesta a esta terapia parece ser más lenta con la edad avanzada, y los efectos son de duración limitada. Sin embargo, se puede considerar el tratamiento de elección para individuos con riesgo agudo de suicidio o que no toleran los medicamentos antidepresores.

Otras terapéuticas incluyen psicoterapia interpersonal, de comportamiento, cognitiva, de grupo y familiar. El tratamiento apropiado del individuo mayor con depresión puede dar alivio al sufrimiento y ofrecer una nueva vida con productividad renovada.

Depresión Posparto

La gravedad de la depresión en el posparto varía desde un sentimiento de tristeza, a depresión moderada, depresión psicótica o melancolía. De las mujeres que tienen hijos, alrededor de 70% experimentan una desilusión emocional después del parto (APA, 2005). La incidencia de depresión moderada es 10 a 16%. La depresión grave o psicótica, se presenta rara vez, en alrededor de 1 a 2 de 1 000 mujeres.

Los síntomas de la “tristeza de maternidad” incluyen llanto, desaliento, ansiedad y concentración alterada que aparecen en el puerperio temprano. Los síntomas por lo general empiezan 3 a 4 días después del parto, en general no hay cambios en el funcionamiento, y se resuelven de manera espontánea en dos semanas.

Los síntomas de **depresión posparto** moderado se describen como ánimo depresivo que varía de un día a otro, con más días malos que buenos, con tendencia a empeorar al atardecer, pérdida del apetito, alteraciones del sueño, y pérdida de la libido. Además, la nueva madre expresa una gran preocupación sobre su incapacidad para cuidar a su bebé. Estos síntomas empiezan después que los descritos como “tristeza de maternidad” y tardan de semanas a meses en disminuir.

La melancolía posparto o psicosis depresiva se caracteriza por ánimo depresivo, agitación, indecisión, falta de concentración, culpa, y actitud anormal hacia las funciones corporales. Puede haber falta de interés o rechazo por el recién nacido, o un miedo mórbido de que éste pueda ser dañado. No se deben pasar por alto los riesgos de suicidio e infanticidio. Estos síntomas, por lo general, se desarrollan en 2 a 3 semanas después del parto, y las mujeres con historia personal o familiar de un trastorno psicótico tienen mayor riesgo de desarrollar psicosis posparto; que es considerada como una enfermedad mental de urgencia y, por lo tanto, requiere atención médica inmediata.

La etiología de la depresión posparto permanece desconocida. La “tristeza de maternidad” puede relacionarse con los cambios hormonales, metabolismo de triptófano, o alteraciones en el transporte de membranas durante el periodo temprano del posparto. Además de estar expuestas a los mismos cambios somáticos, las mujeres que experimentan síntomas moderados a graves, tal vez presentan una vulnerabilidad a la depresión relacionada con la herencia, educación, experiencias en la vida temprana, personalidad o circunstancias sociales. Algunas mujeres con este trastorno se quejan de falta de apoyo de sus cónyuges y de insatisfacción en sus matrimonios. La etiología de la depresión posparto puede ser una combinación de influencias hormonales, metabólicas, genéticas y psicosociales.

El tratamiento posparto varía con la gravedad de la enfermedad. La depresión psicótica puede ser tratada con medicamentos antidepresivos, además de psicoterapia de apoyo, terapia de grupo y tal vez terapia familiar. La depresión moderada puede aliviarse con psicoterapia de apoyo y ayuda continua en el hogar hasta que disminuyan los síntomas. La “tristeza de maternidad” por lo general no necesita tratamiento más allá de palabras de apoyo por parte del médico o personal de enfermería de que estos sentimientos son comunes y pasan pronto; también es importante el apoyo y comodidad que se recibe de personas significativas para la madre.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS

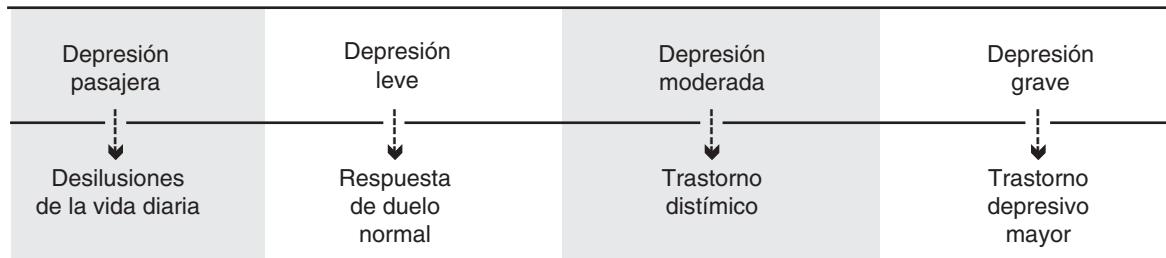
Valoración de Antecedentes

La sintomatología de la depresión se advierte según la gravedad de la enfermedad. Todas las personas se deprimen de tanto en tanto. Estos son síntomas pasajeros que acompañan las desilusiones de todos los días. Los ejemplos de desilusión incluyen: insuficiencia en un examen, o terminar con novios/as. Los síntomas pasajeros de la depresión se eliminan con rapidez en la medida que la persona avanza en sus objetivos y logros.

Los episodios depresivos leves se presentan cuando el proceso de duelo se activa en respuesta a la pérdida de algo valioso. Esto puede ocurrir con la pérdida de una persona querida, mascota, amigo, hogar o algo significativo. Conforme la persona es capaz de trabajar todas las etapas del duelo, se acepta la pérdida, los síntomas disminuyen, y las actividades de la vida diaria se retoman, por lo general en pocas semanas. Si esto no ocurre, el duelo es prolongado o exagerado, y los síntomas se intensifican.

La depresión moderada se presenta cuando el duelo se prolonga o es exagerado. El individuo se estanca en la etapa de enojo de la respuesta de duelo, y éste se vuelca hacia sí mismo. Todos los sentimientos relacionados con el duelo normal están exagerados fuera de proporción, y el individuo es incapaz de funcionar sin ayuda. El trastorno distímico es un ejemplo de depresión moderada.

La depresión grave es una intensificación de los síntomas relacionados con el grado moderado. El enfermo que está muy deprimido también puede demostrar una pérdida de contacto con la realidad. Esta forma se relaciona con una falta completa de placer en todas las actividades, y las ideas de suicidio son comunes. El trastorno depresivo mayor es un ejemplo de depresión grave. En la figura 16-2 se presenta un continuo de la depresión.

**FIGURA 16-2** Un continuo de la depresión.

Los síntomas de depresión se describen como alteraciones en cuatro aspectos del funcionamiento: 1) afectivo, 2) conductual, 3) cognitivo y 4) fisiológico. Las alteraciones en estos aspectos difieren según la extensión y gravedad de la sintomatología.

Depresión Pasajera

Los síntomas de este grado del *continuum* no son necesariamente disfuncionales. Las alteraciones incluyen:

- **Afectivo:** Negación de sentimientos, enojo, ansiedad, culpa, indefensión, desesperanza, tristeza, abatimiento.
- **Conductual:** Tal vez llanto.
- **Cognitivo:** Algunas dificultades para evitar pensamientos de decepción.
- **Fisiológico:** Sensación de cansancio y apatía.

Depresión Leve

Los síntomas de depresión leve se identifican por aquellos relacionados con el duelo normal. Las alteraciones en la enfermedad leve incluyen:

- **Afectivo:** Negación de sentimientos, enojo, ansiedad, culpa, indefensión, desesperanza, tristeza, abatimiento.
- **Conductual:** Llanto, regresión, inquietud, agitación, retraimiento.
- **Cognitivo:** Preocupación por la pérdida, autoculpa, ambivalencia, culpar a los demás.
- **Fisiológico:** Anorexia o comer demasiado, insomnio o hipersomnia, dolor de cabeza, dolor en el pecho, u otros síntomas relacionados con la pérdida de alguien significativo.

Depresión Moderada

Este tipo de depresión representa una alteración más problemática. Los síntomas relacionados con el trastorno distímico incluyen:

- **Afectivo:** Sentimientos de tristeza, rechazo, indefensión, impotencia, desesperanza, perspectiva desalentadora y pesimista; baja autoestima; dificultad para experimentar placer en actividades.
- **Conductual:** Movimientos físicos lentos (p. ej., retraso psicomotor); postura decaída; discurso lento; verbalizaciones limitadas, tal vez recriminaciones por fracasos o excusas; aislamiento social con enfoque en sí mismo; posible uso de sustancias; tal vez comportamiento autodestructivo; menor interés en la higiene personal y arreglo personal.
- **Cognitivo:** Procesos de pensamiento retardado; dificultad para concentrarse o dirigir la atención; pensamientos obsesivos y repetitivos; en general representaciones pesimistas y negativas; verbalizaciones y comportamiento que reflejan ideación suicida.
- **Fisiológico:** Anorexia o sobrealimentación; insomnio o hipersomnia; alteraciones del sueño; amenorrea; disminución de libido; dolor de cabeza; dolores de espalda; dolor en el pecho; dolor abdominal; bajo nivel de energía; fatiga y apatía; los sentimientos mejoran temprano por la mañana y van empeorando conforme el día avanza. Esto puede relacionarse con la variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo y el grado de actividad.

Depresión Grave

La depresión grave se caracteriza por una intensificación de los síntomas descritos para depresión moderada. Los ejemplos de depresión grave incluyen trastorno depresivo mayor y depresión bipolar. Los síntomas graves de la depresión incluyen:

- **Afectivo:** Sentimientos de desesperación total, desesperanza y minusvalía; afecto indiferente (sin cambios), en apariencia carente de tono afectivo; sentimientos prevalentes de vacío; apatía; soledad, tristeza, incapacidad para sentir placer.

- **Conductual:** Retardo psicomotor tan grave que el movimiento físico puede de manera literal hacer que el paciente permanezca quieto, o con movimientos rápidos, agitados sin propósito; postura decaída; se sienta en posición curvada; camina con lentitud y rigidez; casi no existe comunicación (cuando la hay se pueden reflejar pensamientos engañosos); no hay higiene ni arreglo personal; el aislamiento social es común, sin inclinaciones a interactuar con los demás.

- **Cognitivo:** Prevalece el pensamiento engañoso, con delirio de persecución y delirios somáticos; confusión, indecisión e incapacidad de concentrarse, alucinaciones que reflejan interpretaciones equivocadas del ambiente; excesiva autodesaprobación; culpa y pensamientos de suicidio

NOTA: Debido al bajo nivel de energía y retardo en el proceso de pensamiento, el individuo puede ser incapaz de tener o realizar ideas suicidas. Sin embargo, el deseo es muy intenso en esta forma de depresión.

- **Fisiológico:** Decaimiento general de todo el organismo, que se refleja en digestión lenta, constipación y retención urinaria; amenorrea; impotencia; libido disminuida; anorexia; pérdida de peso; dificultad para dormir y despertarse temprano en la mañana; las sensaciones empeoran en la mañana y se mejoran conforme avanza el día. Como en la depresión moderada, esto puede reflejar una variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo y la actividad.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

De la valoración de los datos, personal de enfermería formula los diagnósticos de enfermería apropiados para el paciente deprimido. De los problemas identificados, se lleva a cabo la planeación y las acciones de enfermería, y se establecen los criterios relevantes para la evaluación. Los posibles diagnósticos de enfermería para pacientes deprimidos incluyen:

- Riesgo de suicidio relacionado con ánimo deprimido, sentimientos de minusvalía, enojo hacia sí mismo, interpretaciones equivocadas de la realidad.
- Duelo disfuncional relacionado con una pérdida real o percibida, sobrecarga de pérdida, que se evidencia por negación de la pérdida, expresión inapropiada de enojo, idealización u obsesión del objeto perdido, incapacidad de realizar actividades diarias.
- Baja autoestima relacionada a la indefensión aprendida, sentimientos de abandono por alguien importante, o alteración cognitiva con visiones negativas de sí mis-

mo, que se demuestra por expresiones de minusvalía, hipersensibilidad a un menoscabo o crítica, y una perspectiva negativa y pesimista.

- Impotencia relacionada con el proceso de duelo disfuncional o estilo de vida de desesperanza, que se hace evidente por sentimientos de falta de control de la situación de vida, sobredependencia de otros para satisfacer sus necesidades.
- Angustia espiritual relacionada con duelo disfuncional por la pérdida del objeto, por enojo hacia Dios, cuestionamiento sobre la propia existencia, incapacidad para participar en las prácticas religiosas usuales.
- Aislamiento social/interacción social alterada relacionada con regresión en el desarrollo, comportamientos egocéntricos, miedo al rechazo o fracasar en la interacción, que se manifiesta por permanecer incomunicado y retraiimiento, tratar de permanecer solo, e interacción disfuncional con pares, familia o los demás.
- Procesos de pensamiento alterado relacionados con retraiimiento en sí mismo, Yo subdesarrollado, superyó punitivo, o cognición alterada con percepciones negativas de sí mismo o del ambiente, que se evidencian por pensamientos engañosos, confusión, dificultad para concentrarse y capacidad alterada para resolver problemas.
- Nutrición desequilibrada, menor de los requerimientos corporales relacionados con ánimo deprimido, pérdida de apetito, o falta de interés en la comida, que se observa por pérdida de peso, mal tono muscular, conjuntivas y membranas mucosas pálidas, poca turgencia de la piel, y debilidad.
- Patrón de sueño alterado relacionado con ánimo deprimido, ansiedad, y miedos, que se manifiestan por dificultad para dormir, despertarse temprano o más tarde de lo deseado, o bien quejas verbales de no tener un buen descanso.
- Deficiencias en el autocuidado (higiene, arreglo personal) relacionado con ánimo deprimido, sentimientos de minusvalía, se observa despeinado, desaliñado, con olor corporal ofensivo.

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en el cuidado del paciente deprimido.

Paciente:

- No presenta daños físicos.
- Discute la pérdida con el personal y miembros de la familia.
- No continúa idealizando o no está obsesionado con el objeto de la pérdida.
- Establece objetivos realistas para sí mismo.
- Ya no teme intentar nuevas actividades.

- Es capaz de identificar aspectos de autocontrol sobre su situación de vida.
- Expresa satisfacción personal y apoyo de las prácticas espirituales.
- Interactúa de manera voluntaria y apropiada con otras personas.
- Es capaz de mantener la orientación hacia la realidad.
- Es capaz de concentrarse, razonar y resolver problemas.
- Tiene una dieta bien balanceada, para prevenir la pérdida de peso, y mantener el estado nutricional.
- Duerme de 6 a 8 h por la noche e informa que descansa bien.
- Se baña, lava y se peina, se viste con ropa limpia sin ayuda.

Planeación/Realización

El cuadro 16-1 proporciona un plan de atención para el paciente deprimido, los diagnósticos de enfermería seleccionados, además de los criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada una.

El concepto de plan de atención de planificación es un acercamiento nuevo para esbozar y organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre el diagnóstico médico, de enfermería, la valoración de datos y los tratamientos. En la figura 16-3 se presenta un ejemplo de plan de atención de planificación de concepto para un paciente con depresión.

CUADRO 16 – 1 Plan de Atención del Paciente Depresivo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE SUICIDIO

RELACIONADO CON: Ánimo deprimido, sentimientos de minusvalía, enojo interiorizado, interpretaciones equivocadas de la realidad

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no se daña a sí mismo.	<ol style="list-style-type: none"> Pregunte al paciente de manera directa: “¿Ha pensado en lastimarse de alguna manera? Si es así, ¿Qué plan tiene? ¿Tiene los medios para llevarlo a cabo?” Proporcione un ambiente seguro. Remueva todos los objetos que puedan ser utilizados y a los que el individuo tenga acceso (objetos afilados, correas, cinturones, corbatas, artículos de vidrio, alcohol). Supervise de cerca durante las comidas y en la administración de los medicamentos. Realice investigaciones en la habitación como medida necesaria. Formule un contrato escrito a corto plazo con el paciente de que no se lastimará a sí mismo. Cuando éste se termine, haga otro, y así en adelante. Asegúrese de que el paciente prometa que buscará ayuda cuando surja el sentimiento suicida. Mantenga en observación cercana al paciente. Proporcione contacto de uno-a-uno, constante observación visual, revisiones cada 15 min. Que el paciente se quede en una habitación cercana a la estación de enfermeras; y no le asigne un cuarto privado. Acompáñelo a actividades en exteriores si el asistente lo pide. Puede necesitar ayuda para ir al baño. Mantener atención especial en la administración de los medicamentos. Hacer rondas con frecuencia a intervalos irregulares (en especial de noche, temprano en la mañana, en el cambio de turno y en otros momentos y que sean predecibles). Alentar al paciente a expresar sus sentimientos con honestidad, incluso los de enojo. Permita que libere emociones de hostilidad si es necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> El riesgo de suicidio aumenta en gran medida si tiene un plan y en particular los medios para llevarlo a cabo. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería. Se le da cierto grado de responsabilidad por su seguridad. Cuando crecen los sentimientos de autorrespeto, el individuo puede experimentar que es aceptado de manera incondicional sin importar lo que piensa o su comportamiento. La observación cercana es necesaria para asegurarse que no se haga daño de ninguna manera. Estar alerta a los intentos de suicidio o escape facilita la prevención o la interrupción de que se lastime. Prevenir posibles sobredosis, o que tiren o no se tomen los medicamentos. Advertir al personal sobre la vigilancia de situaciones predecibles. Estar atentos sobre dónde está el paciente es importante, en especial si el personal está ocupado, no disponible o no está observando. La depresión y los comportamientos suicidas se pueden ver como enojo interiorizado. Si éste puede ser expresado en un ambiente no amenazador, el paciente puede ser capaz de resolver sus problemas a la larga.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DUELO DISFUncIONAL**RELACIONADO CON:** Pérdida real o percibida, sobrecarga de pérdida**EVIDENCIADA POR:** Negación de la pérdida, expresión inapropiada del enojo, idealización u obsesión con el objeto perdido, incapacidad por realizar actividades de la vida diaria

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de hablar de comportamientos normales relacionados con el duelo y empezar progresos hacia la solución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la etapa de fijación en el proceso de duelo. 2. Desarrolle confianza. Muestre empatía, interés y respeto positivo incondicional. 3. Explore los sentimientos de enojo y ayude a dirigirlos hacia un objeto o persona. Promueva el uso de actividades motoras para aliviar la tensión reprimida. 4. Muestre comportamientos normales relacionados con el duelo. 5. Ayude con una revisión honesta de la relación del objeto perdido. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se necesita una base de datos precisa para proponer un plan de atención apropiado. 2. Desarrollar confianza proporciona la base para una relación terapéutica. 3. Hasta que el paciente pueda reconocer y aceptar sus sentimientos en relación a la pérdida, el trabajo del duelo no progresa. El ejercicio físico es una forma segura y eficiente de aliviar el enojo interiorizado. 4. Entender el proceso de duelo ayuda a prevenir sentimientos de culpa generados por estas respuestas. 5. Sólo cuando el paciente es capaz de ver los aspectos positivos y negativos relacionados con el objeto perdido el proceso de duelo está completo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: BAJA AUTOESTIMA**RELACIONADO CON:** Indefensión aprendida, sentimientos de abandono por alguien importante, cognición alterada que adopta una visión negativa de sí mismo**EVIDENCIADO POR:** Expresiones de minusvalía, hipersensibilidad a rechazos o crítica, visión negativa y pesimista

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de intentar nuevas actividades sin temor a fracasar; también es capaz de hablar de aspectos positivos sobre sí mismo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acepte al paciente y pase tiempo con él a pesar de que su pesimismo y negativismo sea objetable. Enfóquese en las fortalezas y logros y minimice las insuficiencias. 2. Promueva la atención en grupos de terapia que ofrecen al paciente métodos simples de logros o éxito. Aliente al individuo a que sea tan independiente como sea posible. 3. Anime a la persona a que reconozca áreas de cambio y proporcione la ayuda para que realice el esfuerzo. 4. Enseñe técnicas de comunicación y asertividad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las intervenciones que se enfocan en lo positivo contribuyen a sentimientos de autorrespeto. 2. El éxito y la independencia promueven sentimientos de autoestima. 3. El paciente necesita ayuda para resolver problemas. 4. La comunicación eficiente y las técnicas de asertividad aumentan la autoestima.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: IMPOTENCIA, INCAPACIDAD**RELACIONADO CON:** Proceso de duelo disfuncional, estilo de vida de indefensión**EVIDENCIADO POR:** Sentimientos de falta de control en la vida, sobredependencia de otras personas para satisfacer sus necesidades

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de resolver los problemas para tomar el control de su vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permita al paciente participar en el alcance de metas y en la toma de decisiones de su propia atención. 2. Asegúrese que los objetivos sean realistas y que sea capaz de identificar las áreas de vida que están bajo su control de manera realista. 3. Aliente al paciente a hablar de sus sentimientos sobre los aspectos que no están bajo su control o aliente al paciente a verbalizar sentimientos acerca de las áreas que no están dentro de sus habilidades de control. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcione al paciente opciones para aumentar sus sentimientos de control. 2. Los objetivos realistas hacen que el individuo evite escenarios en los que puede fracasar. 3. Hable de los asuntos sin resolver y ayude al paciente a aceptar lo que no se puede cambiar.

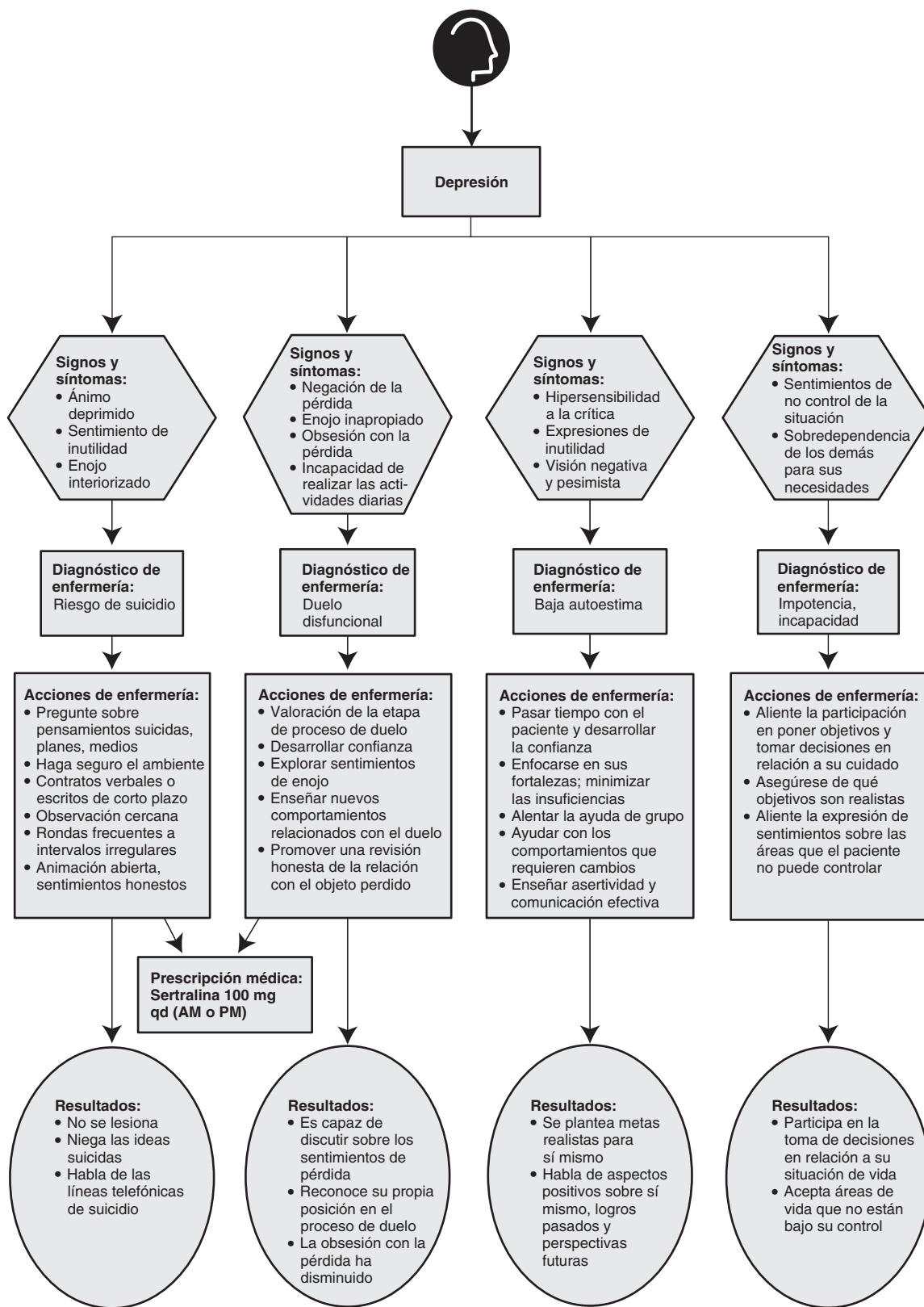
(continúa)

CUADRO 16 – 1 Plan de Atención para el Paciente Deprimido (continúa)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ANGUSTIA ESPIRITUAL****RELACIONADO CON:** Duelo disfuncional por la pérdida de un objeto preciado**EVIDENCIADO POR:** Enojo hacia Dios, preguntas sobre el significado de la propia existencia, incapacidad para participar en prácticas religiosas usuales

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa recibir apoyo y satisfacción personal de las prácticas espirituales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acepte al paciente sin juicios cuando exprese enojo o amargura hacia Dios. Permanezca con el individuo. 2. Aliente a la persona para que exprese sus sentimientos relacionados con el significado de su propia existencia en el enfrentamiento con la pérdida ocurrida. 3. Anime al individuo para que tome como parte del duelo trabajar para realizar las prácticas religiosas previas y las utilice para recibir apoyo. Aliéntelo a discutir esas prácticas y cómo le proporcionaron apoyo en el pasado. 4. Asegúrele que no está solo cuando se sienta inadecuado en la búsqueda de las respuestas. 5. Que tenga contacto con el líder espiritual de su elección, si lo pide. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La presencia de personal de enfermería y la actitud sin juicio aumenta los sentimientos de autoestima y promueve confianza en la relación. 2. El paciente puede creer que no puede seguir con su vida sin el objeto perdido. La catarsis proporciona alivio y pone el panorama en una perspectiva realista. 3. El paciente puede encontrar comodidad en los rituales religiosos con los que está familiarizado. 4. La validación de los sentimientos y la seguridad de que otros comparten, les reafirma dicha seguridad y la afirmación de ser aceptados. 5. Estos individuos ayudan a dar alivio de la angustia religiosa y con frecuencia dan apoyo cuando otras personas no pueden hacerlo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DESPERANZA**RELACIONADA CON:** Ausencia de sistemas de apoyo y percepción de inutilidad**EVIDENCIADA POR:** Señales verbales (contenido desalentador “No puedo”); afecto disminuido; falta de iniciativa; ideas o intentos de suicidio

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente habla de medidas de esperanza y aceptación de la vida y las situaciones sobre las que no tiene control.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique los factores de estrés que precipitaron la crisis presente. 2. Determine los comportamientos de enfrentamiento utilizados con anterioridad y la percepción del paciente entonces y ahora. 3. Aliente al paciente a explorar a hablar de sus sentimientos y percepciones. 4. Proporcione expresiones de esperanza, de manera discreta (p. ej., “Sé que siente que no puede seguir adelante, pero creo que las cosas pueden mejorar. Esto es temporal. Está bien si por el momento no se siente bien. Usted es muy importante para las personas que se preocupan por usted.”) 5. Ayude al paciente a identificar áreas de su situación de vida que no están bajo su control. 6. Identifique las fuentes que el paciente puede utilizar después de ser dado de alta y prevalezca la posible idea de suicidio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los factores que contribuyen o que causan la crisis, con el fin de tener un plan de atención adecuado. 2. Identificar las fortalezas del paciente y alentarlo a utilizarlas en la situación presente. 3. Identificar los sentimientos subyacentes de los comportamientos que ayudan al paciente para empezar a tomar el control de su propia vida. 4. Aunque el paciente sienta desesperanza, es de mucha ayuda escuchar expresiones positivas de otras personas. El estado mental del paciente en ese momento puede evitar que se identifique con cualquier cosa positiva en la vida. Aceptar los sentimientos del paciente sin juzgar y afirmar la estima y el valor personal del individuo. 5. La afección emocional puede interferir con la capacidad de resolver el problema. La ayuda puede ser necesaria para percibir los beneficios y las consecuencias de las alternativas disponibles. 6. Tener a la mano las líneas telefónicas de ayuda en suicidio y otros servicios de apoyo, en los cuales puede encontrar ayuda después de ser dado de alta. Un plan concreto proporciona esperanza para enfrentar una situación de crisis.



RECUADRO 16–6 Temas para Informar al Paciente y su Familia Relacionados con Depresión
Naturaleza de la Enfermedad

1. Etapas de duelo y síntomas relacionados con cada una.
2. ¿Qué es la depresión?
3. ¿Por qué la gente se deprime?
4. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

Tratamiento de la Enfermedad

1. Con medicamentos
 - a. Molestos efectos colaterales
 - b. Se le informan al médico efectos colaterales
 - c. Importancia de tomarlos con regularidad
 - d. Largo tiempo para que tengan efecto
 - e. Dieta (relacionada con inhibidores de monoaminoxidasa IMAO)
2. Técnicas de assertividad o afirmación
3. Técnicas de manejo de estrés
4. Formas para aumentar la autoestima
5. Terapia electroconvulsiva

Servicios de Apoyo

1. Línea telefónica para suicidas
2. Grupos de apoyo
3. Ayuda legal y financiera

- ¿El enojo hacia el objeto perdido es expresado de manera apropiada?
- ¿El paciente tiene objetivos claros para sí mismo?
- ¿Es capaz de hablar de aspectos positivos sobre sí mismo, logros pasados y prospectos futuros?
- ¿Puede identificar áreas de la situación de vida en las cuales tenga control?
- ¿Es capaz de participar en prácticas religiosas usuales y sentir satisfacción y apoyo a partir de ellas?
- ¿Busca interacción con otras personas de manera apropiada?
- ¿Se mantiene orientado hacia la realidad sin evidencia de pensamientos engañosos?
- ¿Es capaz de concentrarse y tomar decisiones en relación al autocuidado?
- ¿Selecciona y consume alimentos suficientes elevados en nutrientes y calorías para mantener el peso corporal y el estado nutricional?
- ¿Duerme sin dificultad y se despierta descansado?
- ¿El enfermo muestra orgullo en su apariencia por atender a su higiene y arreglo personal?
- ¿Subsisten las quejas somáticas?

Educación del Paciente y la Familia

La educación del paciente es importante en el área psiquiátrica, como en todas las de enfermería. En el recuadro 16-6 se enlistan temas relevantes para la educación del paciente y la familia.

Evaluación para el Cuidado del Paciente Deprimido

En el paso final del proceso de enfermería, se realiza una revaloración para determinar si las acciones han sido exitosas para alcanzar los objetivos de cuidado. La evaluación de éstas se facilita por la información obtenida utilizando las siguientes preguntas:

- ¿Se evitó que el paciente se hiciera daño?
- ¿Persisten las ideas de suicidio?
- ¿El enfermo sabe dónde pedir ayuda fuera del hospital cuando se presentan las ideas de suicidio?
- ¿Ha discutido el paciente la pérdida reciente con el personal y los miembros de la familia?
- ¿Es capaz de expresar sus sentimientos y comportamientos relacionados con cada etapa del proceso de duelo y reconoce su propia posición en el proceso?
- ¿Tiene obsesión con el objeto perdido y lo idealiza?

TRASTORNO BIPOLAR (MANÍA)

Implicaciones Etiológicas

Todavía no se determina la etiología exacta del trastorno bipolar. La evidencia científica apoya un desequilibrio químico en el cerebro, aunque la causa de éste permanece sin aclarar. Las teorías que consideran una combinación de factores hereditarios y activadores ambientales (eventos estresantes) parecen tener más credibilidad.

Teorías Biológicas

Genética

Las investigaciones sugieren que el trastorno bipolar refleja de manera importante una vulnerabilidad genética subyacente. Existe evidencia de estudios de familia, de gemelos y de adopción que apoya esta observación.

ESTUDIOS EN GEMELOS. Estos estudios indican un índice de concordancia para el trastorno bipolar entre los gemelos monocigotos de 60 a 80% comparado con 10 a 20% de los gemelos dicigotos. Debido a que los monocigotos tienen genes idénticos y los dicigotos sólo comparten alrededor de la mitad de los genes, ésta es la evidencia importante de que los genes tienen una función principal en la etiología.

ESTUDIOS DE FAMILIA. Éstos muestran que si uno de los padres tiene trastorno bipolar, el riesgo de que el niño también la presente es de 28% (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003). Si ambos padres presentan el trastorno, el riesgo es dos a tres veces mayor. Esto se demuestra en el caso de estudios de niños nacidos de padres con trastorno bipolar que son adoptados al nacimiento y criados por padres adoptivos sin evidencia del trastorno. Estos resultados indican en gran medida que los genes participan de manera independiente del ambiente.

Influencias Bioquímicas

AMINAS BIÓGENAS. Los primeros estudios relacionan los síntomas de depresión con una deficiencia funcional de la norepinefrina y dopamina en la manía con exceso en la acción de las aminas. El neurotransmisor serotonina parece permanecer bajo en ambos estados. Un estudio de la Universidad de Michigan con un marcador presináptico y tomografía por emisión de positrones (PET) reveló aumento en la densidad de las células liberadoras de aminas en los cerebros de personas con trastorno bipolar, comparados con sujetos normales (Zubieta y col, 2000). Se consideró que estos excesos de células son el resultado de la química alterada del cerebro relacionada con los síntomas del trastorno bipolar. Algún soporte en la hipótesis de este neurotransmisor ha sido demostrado por los efectos de las sustancias que afectan las concentraciones de las aminas biógenas para producir el efecto deseado.

ELECTRÓLITOS. Algunos estudios sugieren posibles alteraciones en la transferencia normal de electrolitos a través de las membranas celulares resultante en concentraciones elevadas de calcio intracelular. El enlace entre la alteración de la regulación de calcio y los síntomas de trastorno bipolar se puede sustentar por la efectividad de los antagonistas de los canales de calcio (p. ej., verapamil, amlodipino) en algunos casos de enfermedad bipolar refractaria (Soreff y McInnes, 2006).

Influencias Fisiológicas

FACTORES NEUROANATÓMICOS. Las lesiones del lado derecho del sistema límbico, áreas temporobasales, en ganglios basales y tálamo inducen manía secundaria. Los estudios de MR revelan aumento de tamaño de los ventrículos terceros y materia blanca subcortical e hipertensión periventricular en los pacientes con trastorno bipolar (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003).

EFFECTOS COLATERALES POR MEDICAMENTOS. Se sabe que ciertos medicamentos utilizados para tratar enfermedades somáticas activan las respuestas maníacas.

Los más comunes de éstos son los esteroides utilizados para tratar enfermedades crónicas como esclerosis múltiple y SLE. Algunos pacientes cuyo primer episodio de manía se presentó durante el tratamiento con esteroides refieren presentación espontánea de síntomas maníacos años más tarde. Las anfetaminas, antidepresivos y dosis elevadas de anticonvulsivantes y narcóticos también tienen el potencial para iniciar un episodio maníaco (Dubovsky, Davies y Dubovsky, 2003).

Teorías Psicosociales

La credibilidad de las teorías psicosociales ha declinado en años recientes. Afecciones como la esquizofrenia y trastorno bipolar son vistas como enfermedades del cerebro con etiologías biológicas. La etiología de éstas permanece sin aclarar; sin embargo, es posible que tengan influencia tanto de factores biológicos como psicosociales (así como de estresores ambientales) (NIMH, 2007).

Implicaciones de Desarrollo

Niñez y Adolescencia

La prevalencia del trastorno bipolar en la vida pediátrica y la adolescencia se estima en alrededor de 1%, pero los niños y adolescentes con frecuencia son difíciles de diagnosticar (Allen, 2003). Los cursos de desarrollo y perfiles de síntomas de trastornos psiquiátricos en niños son únicos, comparados con los adultos; por lo tanto, los acercamientos al diagnóstico y tratamiento no pueden apoyarse en estrategias examinadas y practicadas en una población adulta típica.

Un grupo de trabajo patrocinado por la Fundación para Niños y Adolescentes Bipolares (FNAB) desarrolló un consenso para el diagnóstico y tratamiento de los niños con trastorno bipolar. Estos lineamientos se presentaron en un artículo de marzo de 2005 del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric* y se dirigió al diagnóstico, comorbilidad, tratamiento agudo y mantenimiento de la terapia (Kowatch y col, 2005).

Los síntomas del trastorno bipolar con frecuencia son difíciles de valorar en los niños, y también pueden presentar a la par trastornos de conducta o por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Debido a que hay un componente genético y los niños de adultos bipolares tiene más riesgo, la historia familiar es de particular importancia (Allen, 2003). Para diferenciar entre los comportamientos espontáneos ocasionales de la niñez y los relacionados con el trastorno bipolar, el grupo de consenso recomienda que los médicos utilicen la estrategia FIND (frecuencia, intensidad, número y duración) (Kowatch y col, 2005):

- **Frecuencia:** Los síntomas se presentan casi todos los días de la semana.
- **Intensidad:** Los síntomas son lo suficientemente graves para causar alteración extrema o alteración moderada en dos o más aspectos.
- **Número:** Los síntomas se presentan tres o cuatro veces en un día.
- **Duración:** Los síntomas se presentan cuatro horas o más en un día.

Los síntomas relacionados con manía en niños y adolescentes se presentan como se explica más adelante. En relación a estos síntomas, Kowatch y colaboradores (2005) mencionan al respecto:

Para cualquiera de éstos se consideran como un síntoma que deben exceder el umbral FIND. Además, se deben presentar en orden con otros debido a que un solo síntoma no es diagnóstico de manía (215).

- **Ánimo eufórico/expansivo.** En extremo feliz, tonto o mareado.
- **Ánimo irritable.** Hostilidad y rabia, con frecuencia por asuntos triviales. La irritabilidad puede ir acompañada de comportamiento agresivo o autolesivo.
- **Grandiosidad.** Cree que sus habilidades son mejores que las de los demás.
- **Disminución de la necesidad de dormir.** Puede dormir sólo 4 o 5 h por noche y despertar fresco y lleno de energía al día siguiente. O puede levantarse a mitad de la noche y deambular por la casa buscando qué hacer.
- **Discurso forzado:** Habla con rapidez y fuerte, intrusivo y es difícil de interrumpir.
- **Pensamientos acelerados:** Los temas de conversación cambian con rapidez, de manera que confunden a quien escucha.
- **Distractibilidad:** Para considerar la distractibilidad como un síntoma de manía, es necesario que refleje un cambio con base en el funcionamiento, tiene que presentarse en conjunto con un cambio de ánimo “maníaco”, y no se puede considerar de manera exclusiva sin otra alteración, en particular TDAH (Kowatch y col, 2005). La distractibilidad durante un episodio maníaco se puede reflejar en un niño, de manera normal en un estudiante B o C, que no es capaz de enfocarse en ninguna de las clases en la escuela.
- **Aumento de actividad dirigida a un objetivo/agitación psicomotora.** Un niño que por lo general no es muy productivo, durante un episodio de manía se orienta en un proyecto, aumenta la actividad dirigida a un objetivo en grado excesivo. La agitación psicomotora representa un cambio distinto con base en el comportamiento.

- **Participación excesiva en actividades placenteras o riesgosas.** Los niños con trastorno bipolar con frecuencia son hipersexuales, muestran un comportamiento que es muy erótico y en busca de placer (Kowatch y col, 2005). Los adolescentes buscan tener actividad sexual varias veces al día.
- **Psicosis.** Además de los síntomas centrales de manía, los síntomas psicóticos, que incluyen alucinaciones y delirios, también se presentan en niños con trastorno bipolar (Geller y col, 2002; Kafantaris y col, 2001).
- **Suicidio.** Aunque no se encuentra como síntoma central, los niños con esta enfermedad están en riesgo de tener ideas suicidas, intentos, planes, durante los episodios de depresión o mezclados o cuando están psicóticos (Geller y col, 2002).

Estrategias de Tratamiento

Psicofarmacología

La monoterapia con los estabilizadores de ánimo tradicionales (p. ej., litio, divalproato, carbamazepina) o anti-psicóticos (p. ej., olanzapina, quetiapina, risperidona) son considerados los tratamientos de primera línea (Kowatch y col, 2005). En el evento de respuesta a la monoterapia inicial, se sugiere un fármaco alterno. Se aumenta un segundo medicamento cuando la monoterapia falla.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se identifica como la afección comórbida más común en niños con trastorno bipolar. Debido a que los estimulantes pueden exacerbar la manía (Allen, 2003), se sugiere que la medicación para TDA se inicie después de que los síntomas de trastorno bipolar se controlen con un estabilizador del ánimo (Kowatch y col, 2005). Los medicamentos no estimulantes indicados para TDA (p. ej., atomoxetina, bupropión, antidepresivos tricíclicos) también inducen cambios a manía o hipomanía.

El trastorno bipolar en niños y adolescentes parece ser una afección crónica con un elevado riesgo de recaídas (Kowatch y col, 2005). La terapia de mantenimiento se hace con los mismos medicamentos utilizados para tratar los síntomas agudos, aunque existen pocas investigaciones sobre el mantenimiento a largo plazo del trastorno bipolar en niños. El grupo de consenso recomienda que los fármacos se disminuyan o descontinúen después de ver la remisión por un mínimo de 12 a 24 meses consecutivos. Sin embargo, se sabe que algunos pacientes pueden necesitar farmacoterapia por períodos prolongados o incluso de por vida (Kowatch y col, 2005).

Intervenciones Familiares

Aunque se sabe que el tratamiento farmacológico es el método primario para estabilizar a un paciente bipolar en

fase aguda, se reconoce que la psicoterapia adjunta tiene un papel importante en la prevención y mejoramiento de los ajustes. Allen (2003) sugiere la participación de la familia en la estabilización después de los episodios del trastorno bipolar:

- Integrar sus experiencias del trastorno de ánimo.
- Conocer los síntomas del trastorno bipolar y qué episodios los precipita.
- Entender la vulnerabilidad del paciente a futuros episodios.

El apoyo de la familia también es importante para ayudar al paciente a aceptar la necesidad de continuar con la administración del medicamento. Las dinámicas y actitudes de los miembros de la familia son cruciales en el resultado de la recuperación del enfermo. Las intervenciones con la familia deben incluir información que promueva el entendimiento de los comportamientos negativos del paciente, que éstos se atribuyen a la enfermedad y deben manejarse como opuestos a ser voluntarios y deliberados.

Los estudios muestran que el tratamiento psicoeducacional enfocado en la familia (FFT) es un método eficaz para reducir las recaídas y aumentar el apego al tratamiento (Miklowitz, 2003). El FFT incluye sesiones que tratan con psicoeducación sobre el trastorno bipolar (p. ej., síntomas, reconocimiento temprano, etiología, tratamiento, automanejo), entrenamiento de comunicación y entrenamiento de habilidades para resolver problemas. Allen (2003) establece lo siguiente:

Existen varios objetivos importantes de FFT, los cuales incluyen: mejoramiento en la comunicación dentro de la familia, enseñar a la familia a reconocer los primeros signos que advierten de una recaída, y educarlos en relación a los tratamientos necesarios. Esta educación ayuda a las familias a ganar cierto control sobre el conflicto que se presenta en las fases posteriores al episodio.

Hay evidencia que sugiere que la participación en la terapia psicosocial aumenta la efectividad del tratamiento psicofarmacológico en el mantenimiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL TRASTORNO BIPOLAR (MANÍA)

Valoración de Antecedentes

Los síntomas de estados maniacos se pueden describir según tres etapas: **hipomanía**, manía aguda y **manía delirante**. Se presentan los síntomas de ánimo, cognición y percepción, actividad y comportamiento de cada etapa.

Etapa I: Hipomanía

El trastorno no es tan grave como para causar alteraciones marcadas en el funcionamiento social o laboral, o para requerir hospitalización (APA, 2000).

Ánimo

El ánimo de una persona hipomaniaca es alegre y expansivo. Sin embargo, existe una irritabilidad subyacente que sale a la superficie con rapidez, cuando los deseos de la persona no son satisfechos. La naturaleza del individuo hipomaniaco es muy volátil y fluctuante.

Percepción y Cognición

Las percepciones de la persona se exaltan —ideas de gran valía y habilidad. El pensamiento es caprichoso con un flujo rápido de ideas. La percepción del ambiente es intensa, pero el individuo se distrae con facilidad por estímulos irrelevantes que hacen difícil que las actividades se dirijan al objetivo.

Comportamiento y Actividad

Los individuos hipomaniacos muestran mayor actividad motora. Son percibidos como muy extrovertidos y sociales, y por esa razón atraen numerosas personas. Sin embargo, carecen de profundidad en cuanto a personalidad y calidez para mantener relaciones cercanas. Hablan y ríen mucho, por lo general en voz alta y con frecuencia de manera inapropiada. El aumento en la libido es común. Algunos individuos experimentan anorexia y pérdida de peso. La percepción autoexaltada los lleva a enfascarse en comportamientos inapropiados, como telefonear al presidente de Estados Unidos, o comprar grandes cantidades con tarjetas de crédito sin tener recursos para pagar.

Etapa II: Manía Aguda

Los síntomas de manía aguda pueden progresar en intensidad de los que se observan en hipomanía, o se pueden manifestar de manera directa. Casi todos los individuos experimentan alteración marcada en el funcionamiento y requieren hospitalización.

Ánimo

La manía aguda se caracteriza por euforia y regocijo. La persona parece estar en una continua “elevación”. Sin embargo, el ánimo siempre está sujeto a variaciones frecuentes, con facilidad cambia a irritabilidad y enojo o incluso a tristeza y llanto.

Percepción y Cognición

La cognición y la percepción se dividen con frecuencia en manía aguda psicótica. El pensamiento avanza rápido de acelerado a desarticulado (fuga de ideas) y se puede manifestar por un continuo flujo de discurso acelerado y apresurado (locuacidad), con cambios repentinos de un tema a otro. Cuando el vuelo de ideas es grave, el discurso se vuelve desorganizado e incoherente. La distracción es dominante. La atención puede cambiar ante el más pequeño estímulo, y son comunes las alucinaciones y fantasías (por lo general paranoides y de grandeza).

Actividad y Comportamiento

La actividad psicomotora es excesiva. El interés sexual aumenta. Hay poco control de los impulsos, y el individuo discreto se puede volver desinhibido en lo social y sexual. También es común el gasto excesivo. Los enfermos con manía aguda tienen la capacidad de manipular a los demás para que cumplan sus deseos, y si las cosas salen mal, proyectan con mucha habilidad la responsabilidad del fracaso en los demás. La energía parece ser inagotable, y disminuye su necesidad de dormir. Pueden pasar varios días sin dormir y sin sentirse cansados. La apariencia es sucia y desaliñada, la vestimenta es desorganizada, extravagante o extraña, y el uso de demasiado maquillaje o joyería es común.

Etapa III: Manía Delirante

Esta es una forma grave del trastorno que se caracteriza por ofuscación de la conciencia e intensificación de los síntomas relacionados con la manía aguda. Esta afección llega a ser relativamente rara debido a la disponibilidad de los medicamentos antipsicóticos.

Ánimo

El ánimo de la persona delirante es muy lábil. Puede exhibir sentimientos de desesperación, que con rapidez se convierten en felicidad irrestricta y éxtasis o irritabilidad o total indiferencia hacia el ambiente. También puede ser evidente el pánico.

Cognición y Percepción

La cognición y la percepción se caracterizan por una ofuscación de la conciencia, desorientación y algunas veces estupor. Otras manifestaciones comunes incluyen religiosidad, delirios de grandeza o de persecución, y alucinaciones auditivas o visuales. El individuo se distrae en extremo y es incoherente.

Actividad y Comportamiento

La actividad psicomotora es frenética y se caracteriza por movimientos agitados. La seguridad de estos individuos está en riesgo a menos que se restrinja su actividad. En caso de no intervenir se puede presentar el agotamiento, lastimarse a sí mismo o a otros, y por último la muerte.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de la valoración de datos, y se realiza el plan de atención. Los posibles diagnósticos de enfermería para el paciente con trastorno bipolar (mania) incluyen:

- Riesgo de lesiones: con hiperactividad extrema que se evidencia por mayor agitación y falta de control en movimientos sin propósito y peligrosos en potencia.
- Riesgo de violencia: con excitación maníaca autodirigida o dirigida a otros, pensamientos delirantes, alucinaciones.
- Nutrición desequilibrada: menor a los requerimientos corporales relacionada con el rechazo o incapacidad para permanecer sentado y comer, lo que se observa por la pérdida de peso, amenorrea.
- Procesos de pensamiento alterados en relación con los cambios bioquímicos en el cerebro observados por delirio de grandeza y de persecución.
- Procesos sensoriales alterados en relación con los cambios bioquímicos en el cerebro, posible privación del sueño, que se observa por alucinaciones auditivas y visuales.
- Interacción social alterada con comportamiento egocéntrico y narcisista que se evidencia por la incapacidad para desarrollar relaciones satisfactorias y la manipulación de los demás para satisfacer sus deseos.
- Patrón de sueño alterado con hiperactividad excesiva y la agitación, se observa por la dificultad para dormir y dormir por períodos cortos.

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en el cuidado del paciente maníaco.

Paciente:

- No muestra evidencia de lesiones físicas.
- No se lesion a sí mismo ni a otras personas.
- No manifiesta signos físicos de agitación.
- Tiene una dieta bien balanceada para prevenir la pérdida de peso y mantener el estado nutricional.
- Verbaliza una interpretación adecuada del ambiente.
- Comenta que las alucinaciones han cesado y no demuestra comportamiento relacionado.
- Acepta la responsabilidad de sus propios comportamientos.
- No manipula a los demás para satisfacer sus propias necesidades.

- Interactúa de manera apropiada con otras personas.
- Es capaz de dormir durante 30 min.
- Puede dormir de 6 a 8 h por noche sin medicamentos.

Planeación y Realización

En el cuadro 16-2 se proporciona el plan de atención para el paciente maníaco; diagnósticos de enfermería seleccio-

nados, además de los criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiados, y razonamientos para cada uno.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre el diagnóstico médico, diagnósticos de enfer-

CUADRO 16 – 2 Plan de Atención para el Paciente que experimenta un Episodio Maníaco

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE LESIONES

RELACIONADO CON: Hiperactividad extrema

EVIDENCIADO POR: Mayor agitación y falta de control en movimientos sin propósito y potencialmente peligrosos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no presenta lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzca los estímulos ambientales. Asigne un cuarto privado con decoración sencilla en una unidad tranquila si es posible. Mantenga la luz y el ruido a bajo nivel. 2. Retire objetos peligrosos y sustancias (incluso objetos para fumar). 3. Permanezca con el paciente que esté agitado e hiperactivo. 4. Proporcione actividades físicas. 5. Administre medicamentos tranquilizantes como fueron prescritos por el médico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente se distrae con facilidad y responde a cualquier estímulo ligero de manera exagerada. El ambiente de la unidad puede ser demasiado estimulante. 2. La capacidad de raciocinio está alterada, y el paciente puede dañarse de manera inadvertida. 3. La presencia de personal de enfermería puede ofrecer apoyo y proporcionar sentimientos de seguridad. 4. Las actividades físicas le ayudan a aliviar la tensión reprimida. 5. Los antipsicóticos son comunes, y son muy eficaces para proporcionar alivio rápido de los síntomas de hiperactividad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA: AUTOINFLIGIDA O DIRIGIDA HACIA OTRAS PERSONAS

RELACIONADO CON: Excitación maníaca, pensamientos delirantes, alucinaciones

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no se daña a sí mismo ni a otras personas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenga bajo nivel de estímulos en el ambiente del paciente. 2. Observe el comportamiento del paciente por lo menos cada 15 min. 3. Asegúrese de retirar objetos afilados, vidrios o espejos, cinturones, corbatas, materiales para fumar del ambiente del individuo. 4. Redirija el comportamiento violento con salidas físicas. 5. Mantenga y transmita una actitud calmada al paciente. 6. Tenga suficiente personal para indicar fuerza al paciente en caso necesario. Responda de manera pragmática a la hostilidad verbal. 7. Ofrezca medicamentos tranquilizantes. Si el paciente lo rechaza, la sujeción mecánica puede ser necesaria. 8. Observe al paciente en sujeción cada 15 min. 9. Retire la sujeción de manera gradual, uno a la vez. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esto disminuye la ansiedad, agitación y desconfianza. 2. Esto es importante para que se dé la intervención si es necesario para garantizar la seguridad del paciente y los demás. 3. Estos objetos deben ser retirados para que el paciente no los utilice. 4. La actividad física es buena para aliviar la tensión reprimida y la hostilidad. 5. La ansiedad es contagiosa y se puede transmitir del personal al paciente. 6. Esto proporciona evidencia del control sobre la situación y cierta seguridad para el personal. 7. Se le debe ofrecer al paciente una salida de la “alternativa de la sujeción”. Ésta sólo debe ser utilizada como el último recurso, después de que todas las otras intervenciones no hayan tenido éxito, y el paciente esté en claro riesgo de lastimarse a sí mismo y a otros. 8. Esto asegura que las necesidades para la circulación, nutrición, hidratación y eliminación se satisfagan. La seguridad del paciente es una prioridad de enfermería. 9. La remoción gradual de la sujeción minimiza el potencial de daño al paciente y al personal.

(continúa)

CUADRO 16 – 2 Plan de Atención para el Paciente que experimenta un Episodio Maníaco (continúa)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: NUTRICIÓN DESEQUILIBRADA: MENOR A LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES
RELACIONADO CON: Rechazo o incapacidad para comer
EVIDENCIADO POR: Pérdida de peso, amenorrea

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no muestra signos o síntomas de desnutrición.	<ol style="list-style-type: none"> Proporcione alimentos nutritivos ricos en proteínas, altos en calorías y bebidas que pueda comer “a las carreras”. Lleve bebidas a la unidad todas las veces. Mantenga un registro exacto de lo ingerido, expulsado, recuento de calorías y peso. Observe diario los valores de laboratorio. Proporcione sus alimentos favoritos. Complemente dietas con vitaminas y minerales. Siente al paciente mientras come. 	<ol style="list-style-type: none"> El paciente tiene dificultad para permanecer sentado lo suficiente para comer. La ingestión de alimentos nutritivos es necesaria para compensar y aumentar los requerimientos calóricos como resultado de la hiperactividad. Éstos son datos de nutrición para la valoración importantes. Esto anima a comer. Para mejorar el estado nutricional. La presencia de personal de enfermería ofrece apoyo y alienta al paciente a comer para que mantenga el bienestar físico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL ALTERADA

RELACIONADA CON: Comportamiento egocéntrico y narcisista

EVIDENCIADA POR: Incapacidad para desarrollar relaciones satisfactorias y manipulación de los demás para satisfacer sus propios deseos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente interactúa apropiadamente con otros.	<ol style="list-style-type: none"> Reconocer que los comportamientos de manipulación ayudan a reducir sentimientos de inseguridad porque aumentan los de poder y control. Ponga límites a los comportamientos de manipulación. Explique qué es lo que se espera y las consecuencias si se infringen los límites. Los términos de los límites se deben acordar entre el personal que va a trabajar con el paciente. Ignore los intentos del paciente por discutir, regatear o encantar fuera de los límites impuestos. Proporcione reforzamiento positivo para los comportamientos no manipulatorios. Discuta las consecuencias del comportamiento del paciente y cómo intenta atribuir lo que hace a los demás. Ayude al paciente a identificar los aspectos positivos sobre sí mismo, reconozca los logros y siéntase bien en relación a ellos. 	<ol style="list-style-type: none"> Entienda la motivación detrás del comportamiento, puede ayudar a sentir más aceptación por el paciente. Las consecuencias por violar los límites se deben administrar de manera consistente, o no se eliminará el comportamiento. La falta de retroalimentación puede disminuir estos comportamientos. El reforzamiento positivo aumenta la autoestima y promueve la repetición de los comportamientos deseables. El paciente debe aceptar la responsabilidad por su propio comportamiento antes de que ocurra el cambio de adaptación. Conforme se aumenta la autoestima, el paciente siente menor necesidad de manipular a los demás para su propia gratificación.

mería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 16-4 se presenta un ejemplo de un plan de atención de planificación de concepto para trastorno bipolar o manía.

Educación del Paciente y la Familia

La educación del paciente es importante en el área de psiquiatría, como lo es en todas las demás de enfermería. En

el recuadro 16-7 se enlistan temas relevantes para la educación del paciente con trastorno bipolar y de la familia.

Evaluación de Atención para el Paciente Maníaco

En el paso final del proceso de enfermería se realiza una revaloración para determinar si las acciones de enfermería

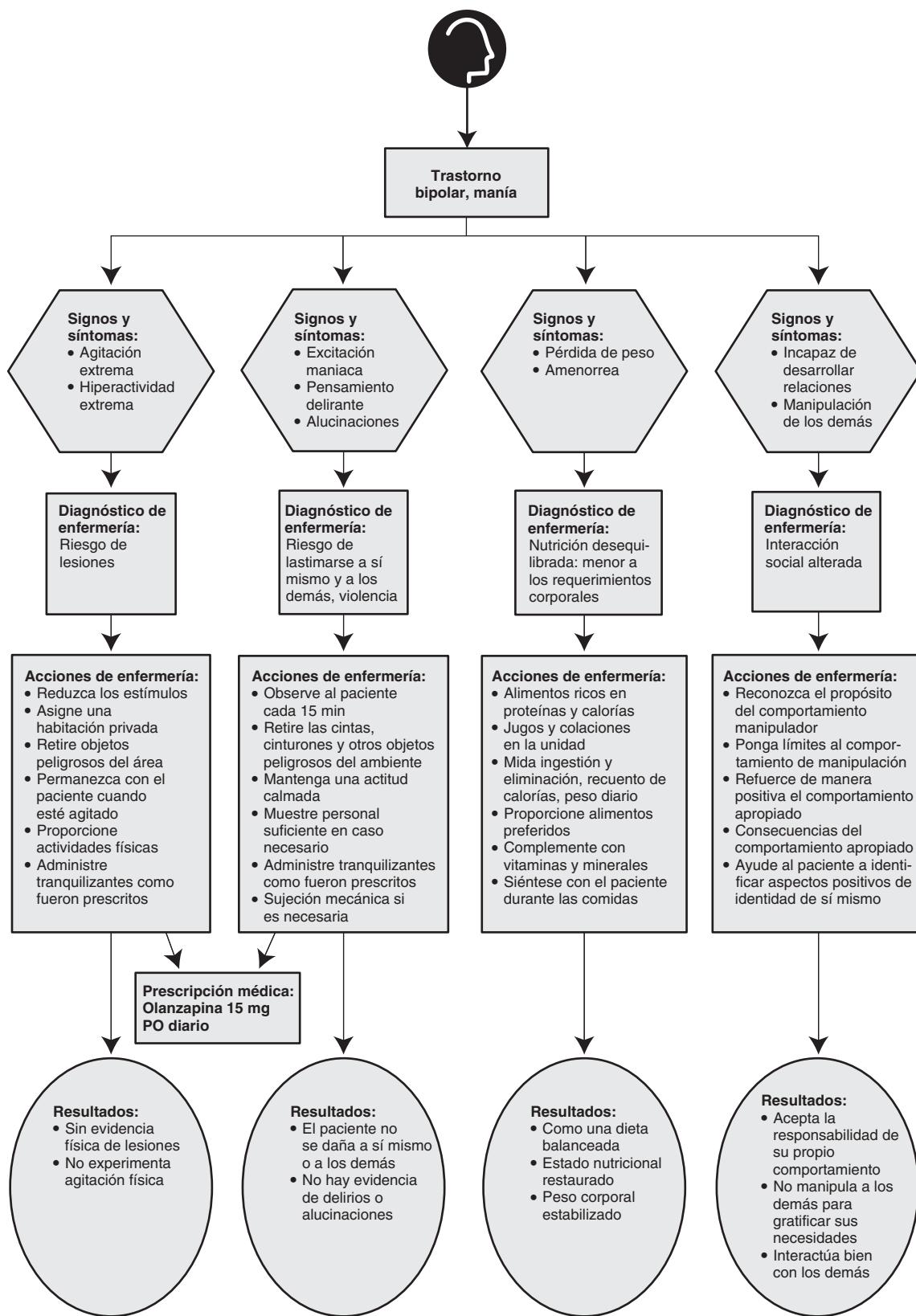


FIGURA 16-4 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno bipolar o manía.

RECUADRO 16–7 Temas para Informar al Paciente y su Familia Relacionados con Trastorno Bipolar	
Naturaleza de la Enfermedad	
1. Causas de trastorno bipolar 2. Naturaleza cíclica de la enfermedad 3. Síntomas de depresión 4. Síntomas de manía	
Tratamiento de la Enfermedad	
1. Con medicamentos a. Litio (1) Síntomas de intoxicación por litio (2) Importancia de pruebas sanguíneas regulares b. Anticonvulsivantes c. Antagonistas de los canales de calcio d. Antipsicóticos e. Efectos colaterales de los medicamentos f. Efectos adversos g. Importancia de no suspender los medicamentos, aun cuando se sientan bien 2. Técnicas de asertividad 3. Manejo de la ira	
Servicios de Apoyo	
1. Línea telefónica para momentos de crisis 2. Grupos de apoyo 3. Psicoterapia individual 4. Ayuda legal y/o financiera	

han tenido éxito en alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente maníaco se puede facilitar con la información obtenida con las siguientes preguntas.

- ¿El individuo presenta lesiones?
- ¿Se ha prevenido la violencia del paciente a sí mismo o a los demás?
- ¿Persiste la agitación?
- ¿El estado nutricional está estable? ¿El paciente es capaz de seleccionar sus alimentos para mantener una nutrición adecuada?
- ¿Cesaron los delirios y las alucinaciones? ¿El paciente es capaz de interpretar el ambiente de manera correcta?
- ¿El paciente es capaz de tomar decisiones sobre su cuidado personal? ¿Hay mejoría en su higiene y arreglo personal?
- ¿El comportamiento social es aceptable? ¿El paciente es capaz de interactuar de manera satisfactoria con los demás? ¿El individuo dejó de manipular a otros para satisfacer sus deseos?
- ¿Puede dormir de 6 a 8 h por noche y despertar sintiéndose descansado?

- ¿Entiende la importancia de continuar con el tratamiento? ¿Entiende que si deja el tratamiento volverán a presentarse los síntomas?
- ¿El paciente que toma litio, es capaz de hablar de los síntomas de intoxicación por litio? ¿Entiende la necesidad de revisar las concentraciones de litio en sangre cada mes?

MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS DEL ÁNIMO

Tratamientos Psicológicos

Psicoterapia Individual

Para Depresión

Las investigaciones documentan la importancia tanto de afectos cercanos como satisfactorios en el desarrollo de la depresión; con este concepto en mente, la psicoterapia interpersonal se enfoca en las presentes relaciones del paciente. Ésta progresiona a través de las siguientes fases e intervenciones:

FASE I. El paciente es valorado para determinar la extensión de la enfermedad. Se le da información completa en relación a la naturaleza de la depresión, patrones de síntomas, frecuencia, curso clínico, y tratamientos alternativos. Si el grado de depresión es grave, se explica que la psicoterapia interpersonal es más efectiva si se combina con medicamentos antidepresivos. El paciente es animado a continuar con su trabajo participando en actividades regulares durante el tratamiento. Se negocia un contrato terapéutico de mutuo acuerdo.

FASE II. Se enfoca en ayudar al paciente a resolver sus reacciones de duelo disfuncionales. Esto puede incluir la resolución de la ambivalencia con una relación perdida, servir como sustituto temporal para la relación perdida y ayudarlo a establecer nuevas relaciones. Otras áreas de tratamiento pueden incluir peleas interpersonales entre el paciente y alguien importante para él, transiciones difíciles en varias etapas de desarrollo del ciclo de vida, y corregir las deficiencias interpersonales que puedan interferir con la capacidad de éste para iniciar o sostener relaciones interpersonales.

FASE III. Se termina la alianza terapéutica. Con énfasis en la seguridad, claridad de estados emocionales, mejoramiento de la comunicación interpersonal, la psicoterapia interpersonal ha sido exitosa en ayudar a las personas deprimidas para recuperar su funcionamiento social.

Para Manía

Los pacientes maníacos por lo general no son candidatos para la psicoterapia. Forman una relación terapéutica con facilidad ya que están ansiosos por complacer y agradecen el interés del terapeuta. Sin embargo, la relación con frecuencia tiende a permanecer superficial y rígida. Algunos informes indican que la psicoterapia (en conjunto con tratamiento de mantenimiento) y orientación pueden ser útiles con estos individuos. Goldberg y Hoop (2004) establecen lo siguiente:

La terapia de ritmo social e interpersonal es una forma de terapia a la medida del paciente con trastorno bipolar. En suma, está enfocada en el dolor, conflicto de roles, transición de roles y deficiencias interpersonales; incluye psicoeducación sobre el trastorno bipolar y alienta a seguir el tratamiento. Los estudios sugieren que pacientes bipolares que reciben el tratamiento fueron eutímicos (de ánimo estable) con más frecuencia que los pacientes que sólo reciben tratamiento clínico.

Terapia de Grupo para Depresión y Manía

La terapia de grupo forma una importante dimensión de tratamiento multimodal del paciente maníaco o deprimido. Una vez que éste pasa la fase aguda de la enfermedad, los grupos pueden proporcionar una atmósfera en la cual pueden discutir temas de sus vidas que causan, mantienen, o exteriorizan al tener un trastorno afectivo grave. El elemento de apoyo por parte de pares proporciona un sentimiento de seguridad para discutir asuntos problemáticos o embarazosos y resolverlos. Algunos grupos tienen otros propósitos específicos, como ayudar con temas como la medicación, o sirven como medios para promover la educación relacionada con el trastorno del ánimo y su tratamiento.

Los grupos de apoyo ayudan a los participantes a ganar un sentido de perspectiva en su afección y alientan a seguir unidos entre los que tienen un problema común. Se transmite un sentimiento de confianza cuando el individuo es capaz de ver que no está sólo o que no es el único en experimentar una enfermedad.

Los grupos de autoayuda ofrecen otra opción de apoyo para el paciente deprimido o maníaco. Estos grupos por lo general son liderados por pares que no quieren sustituir o competir con la terapia profesional; ofrecen apoyo complementario que con frecuencia mejora el cumplimiento del esquema médico.

Los ejemplos de grupos de autoayuda son: Alianza para el apoyo a pacientes con depresión y bipolaridad (DBSA), Depresivos anónimos, Grupo de apoyo para maníacos y depresivos. Aunque los grupos de autoayuda no son de

psicoterapia, proporcionan importantes experiencias de apoyo, las cuales con frecuencia tienen un beneficio terapéutico para los participantes.

Terapia de Familia para Depresión y Manía

Los últimos objetivos al trabajar con familias de pacientes con trastorno de ánimo son resolver los síntomas e iniciar o restaurar el funcionamiento familiar de adaptación. Como con la terapia de grupo, el acercamiento más eficaz parece estar en combinación con los tratamientos psicoterapéuticos y farmacoterapéuticos. Algunos estudios con trastorno bipolar demuestran que el tratamiento de comportamiento familiar combinado con medicamentos reduce el índice de recaídas comparado con el de fármacos solo.

Sadock y Sadock (2003) explican:

La terapia familiar está indicada si el trastorno pone en riesgo el matrimonio del paciente o el funcionamiento de la familia, o si el trastorno es promovido o mantenido por alguna situación en la familia. La terapia de familia examina la situación del enfermo para el bienestar psicológico de toda la familia; también examina la función de toda la familia en el mantenimiento de los síntomas del paciente (p. 565).

Terapia Cognitiva para Depresión y Manía

Se le enseña al individuo a controlar las distorsiones del pensamiento que se consideran como un factor en el desarrollo y mantenimiento del trastorno del ánimo. En el modelo cognitivo, la depresión se caracteriza por una tríada de distorsiones negativas relacionadas con las expectativas del ambiente, de sí mismo y del futuro. El ambiente y las actividades en el interior son vistos como insatisfactorios, la persona se devalúa de manera no realista, y el futuro se percibe con desesperanza. En el mismo modelo, la manía se caracteriza por cogniciones y percepciones positivas exageradas, el individuo se percibe como muy valioso y poderoso. La vida se experimenta con una seguridad extrema, y el futuro es visto con optimismo no realista.

Los objetivos generales en la terapia cognitiva son obtener alivio de los síntomas tan rápido como sea posible, ayudar al paciente a identificar patrones disfuncionales de pensamiento y de comportamiento, y guiarlo a evidenciar la validez del pensamiento disfuncional. La terapia se enfoca en lo cambiante de los “pensamientos automáticos” que se presentan de manera espontánea y contribuyen al ánimo distorsionado.

Los ejemplos de pensamientos automáticos de la depresión incluyen:

- **Personalización:** “Soy el único que falla.”
- **Todo o nada:** “Soy un completo fracaso.”
- **Leer la mente:** “Piensa que soy un tonto.”
- **Rechazar lo positivo:** “Las otras preguntas eran tan fáciles. Cualquier tonto las podía contestar bien.”

Ejemplos de pensamientos automáticos en manía incluyen:

- **Personalización:** “Ella es feliz sólo cuando está conmigo.”
- **Todo o nada:** “Todo lo que hago es grandioso.”
- **Leer la mente:** “Ella piensa que soy maravilloso.”
- **Rechazar lo negativo:** “Esos errores en realidad no son importantes.”

Se le pide al paciente que describa evidencia de ambos aspectos y que discuta el pensamiento automático. La lógica subyacente interfiere entonces con la revisión del paciente. Otra técnica incluye la evaluación de qué pasaría si el pensamiento automático fuese cierto; entonces se discuten las implicaciones de las consecuencias.

No se debe desalentar al paciente si una técnica parece no estar funcionando; ninguna por sí sola funciona con todos los pacientes. Se le debe asegurar al paciente que se puede utilizar cualquiera de las técnicas, y tanto el terapeuta como el paciente pueden explorar estas posibilidades.

Por último, el uso de la terapia cognitiva no excluye el valor del medicamento. En particular en el tratamiento de manía, la terapia cognitiva debe considerar un tratamiento secundario al tratamiento farmacológico. Ésta por sí sola ofrece resultados alentadores en el tratamiento de la depresión. De hecho, los resultados de varios estudios con pacientes deprimidos muestran que en algunos casos la terapia cognitiva puede ser igualmente o incluso más eficaz que los medicamentos antidepresivos (Rupke, Blecke y Renfrow, 2006).

Tratamientos Orgánicos

Psicofarmacología

Para Depresión

Por más de 40 años, los antidepresivos tricíclicos (TCA) fueron muy utilizados para tratar la depresión. Desde el primer descubrimiento de sus propiedades antidepresivas, los fármacos tricíclicos están sujetos a cientos de experimentos de control, y su eficacia para la enfermedad depresiva está ahora bien establecida (ver capítulo 11 para una discusión detallada de los medicamentos antidepresivos).

Es posible que se presenten síntomas subyacentes a las cuatro primeras semanas de empezar el tratamiento con TCA. Es importante, por lo tanto, que el paciente entienda que aunque parezca que el medicamento no está produciendo los efectos deseados, debe continuar con éste por lo menos un mes para determinar su eficacia. La mayor eficacia de un fármaco sobre otro indicado en determinados pacientes no se entiende por completo. La elección del medicamento se basa en los síntomas; por ejemplo, para ansiedad pueden ser tratados con TCA que tienen más propiedades sedantes y a los pacientes con retardo psicomotor se les puede prescribir antidepresivos con menos propiedades sedantes. Cuando es posible, la selección del fármaco apropiado se basa en una historia de respuestas previas al tratamiento.

Los efectos colaterales comunes de ADT incluyen sedación, taquicardia, boca seca, constipación, retención urinaria, visión borrosa, hipotensión ortostática, disminución del umbral convulsivo, ganancia de peso y cambios en el funcionamiento sexual. Los adultos mayores pueden ser muy sensibles a estos medicamentos, y se deben considerar ajustes en la dosis. Estos medicamentos están contraindicados por completo en casos de enfermedad cardíaca grave y en glaucoma de ángulo estrecho no tratado.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS) tienen un lugar en la historia de los medicamentos antidepresivos. Se utilizaron en el tratamiento de la tuberculosis y se observó que los individuos experimentaron una sensación de bienestar, sin mejoras bacteriológicas, lo que llevó al descubrimiento de sus propiedades de inhibición enzimática y la subsecuente hipótesis de que las monoaminas tienen una función en la regulación del ánimo.

Después del entusiasmo inicial por los IMAOS, se dejaron de utilizar por casi dos décadas, por su baja proporción de riesgo-beneficio. Desde entonces, han ganado aceptación como una alternativa viable a TCA, debido a que se ha demostrado que algunos individuos responden mejor a estos fármacos que a cualquier otro antidepresivo.

La mayor preocupación con el uso de IMAOS es el potencial para una crisis hipertensiva, que se considera una urgencia médica. Ésta se presenta en pacientes que reciben terapia con IMAOS y consumen alimentos o sustancias con alto contenido de tiramina (ver cuadro 11-4). Los síntomas típicos se desarrollan a las dos horas después de la ingestión de uno de estos alimentos o fármacos, e incluyen dolores de cabeza occipitales y/o temporales graves con fotofobia ocasional; sensaciones de ahogo, palpitaciones, miedo y “pavor”. Se observa hipertensión sistólica y diastólica marcadas, algunas veces con rigidez del cuello. Además de la crisis hipertensiva, los efectos colaterales son similares a los relacionados con los ADT.

Una segunda generación de antidepresores se comercializa en Estados Unidos desde hace dos décadas; maprotilina, amoxapina, trazodona, bupropión y mirtazapina. Aunque casi todos estos nuevos antidepresores se comercializaron como mejores, comparados con los fármacos usados en el pasado, se tiene evidencia y experiencia de que disminuyó el entusiasmo inicial.

- *Maprotilina*, aunque es tan eficaz como los antiguos antidepresivos para el tratamiento de los síntomas, se observa mayor riesgo de convulsiones y toxicidad en sobredosis.
- *Amoxapina*, un derivado del antipsicótico loxapina, es eficaz en depresión psicótica, pero tiene potencial para causar síndrome neuroléptico maligno y discinesia tardía.
- *Trazodona*, es tan eficaz como los antidepresivos anteriores, con menos efectos colaterales (el más común es la sedación). Un efecto adverso poco común que se observa con éste es el priapismo (erección dolorosa y prolongada). Ésta es una afección muy problemática que requiere intervención quirúrgica en algunos pacientes.
- *Bupropión*, es tan eficaz como los antidepresores anteriores, tiene menos efectos colaterales anticolinérgicos y cardiovasculares. Sin embargo, en el pasado se presentaron algunas dificultades, como aumentos en el riesgo de convulsiones, en especial en pacientes escuélicos (enflaquecidos).
- *Mirtazapina* ha probado ser eficaz en depresión y ansiedad. Tiene un fuerte efecto sedante, en pruebas clínicas se relacionó con casos graves de agranulocitosis. Los pacientes deben ser vigilados por la presentación de signos y síntomas mientras se esté tomando este medicamento.

Las clasificaciones más recientes de antidepresivos en el mercado incluyen, inhibidores de recaptación selectiva de serotonina (IRSS) y los inhibidores de recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN). Los primeros (IRSS) incluyen la fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. Los IRSN incluyen la venlafaxina y duloxetina. Estos fármacos tienen pocos efectos colaterales anticolinérgicos y cardiovasculares comparados con los TCA, con frecuencia actúan más rápido. Aunque todavía no están disponibles estudios a largo plazo, parecen ser tan eficaces para aliviar los síntomas de la depresión como los anteriores. Todos los antidepresivos presentan cuadros de advertencia de aumentar el riesgo de suicidio en niños y adolescentes.

En el cuadro 16-3 se presenta un resumen de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la depresión.

Para Manía

El carbonato de litio fue el primer fármaco aprobado por la FDA para episodios maniacos agudos, terapia de mantenimiento, y para prevenir o disminuir la intensidad de episodios maniacos subsecuentes. La forma de acción de este medicamento en el control de síntomas maniacos no está clara. También está indicado para depresión bipolar (ver capítulo 11 para una discusión más detallada).

Los efectos colaterales comunes de la terapia con litio incluyen somnolencia, vértigo, dolor de cabeza, boca seca, sed, malestares gastrointestinales, temblor fino de las manos, irregularidades en el pulso, poliuria y ganancia de peso. Al inicio del tratamiento de manía aguda, por lo general los médicos también prescriben un antipsicótico. Debido a que la normalización de los síntomas con litio no se puede conseguir por lo menos en 1 a 3 semanas, la medicación con antipsicóticos se utiliza para calmar la hiperactividad excesiva del paciente hasta que la sustancia llegue a concentraciones terapéuticas.

La concentración terapéutica del carbonato de litio es 1.0 a 1.5 meq/L para manía aguda y 0.6 a 1.2 meq/L para mantenimiento. Éste es un estrecho margen entre la dosis terapéutica y las concentraciones tóxicas de litio. Las concentraciones en sangre se deben examinar cada semana hasta alcanzar la terapéutica, pues la toxicidad del litio es una afección que amenaza la vida. Los primeros síntomas de la intoxicación: ataxia, visión borrosa, diarrea grave, náusea persistente y vómito, y tinnitus. Los síntomas se intensifican a medida que aumenta la intoxicación e incluyen excesiva producción de orina, retardo psicomotor, confusión mental, temblores e irritabilidad muscular, convulsiones, conciencia alterada, oliguria o anuria, arritmias, coma y muerte.

Las valoraciones previas al tratamiento pueden incluir suficiencia del funcionamiento renal debido al 95% del litio ingerido que se elimina por riñones. Durante la gestación no se recomienda su uso; existen estudios que indican un mayor número de anomalías cardíacas en los recién nacidos de madres que toman litio, en particular en el primer trimestre.

Algunos medicamentos son usados para el tratamiento de manía, con diversos grados de éxito. Los ejemplos incluyen anticonvulsivantes (p. ej., carbamazepina, clonazepam, ácido valproico, lamotrigina, gabapentina, oxcarbazepina y topiramato, así como los antagonistas de los canales de calcio (verapamil). Estas sustancias han sido usadas como aproximaciones alternas o adjuntas al manejo de los pacientes con enfermedad bipolar. La FDA ha aprobado varios medicamentos para el tratamiento de manía bipolar. Éstos incluyen clorpromazina y los antipsicóticos atípicos recientes olanzapina, risperidona, aripiprazole, ziprasidona y quetiapina. La clorpromazina está siendo

CUADRO 16 – 3 Medicamentos Utilizados en el Tratamiento de la Depresión

Clase Química	Nombre Genérico (Nombre Comercial)	Dosis Diaria en Adultos*	Efectos Colaterales
Tricíclicos	Amitriptilina (Elavil; Endep)	50-300 mg	Con todos los tricíclicos (TCA): Boca seca, somnolencia, visión borrosa, retención urinaria, constipación, arritmias, taquicardia, cambios auriculoventriculares, disminución del umbral de convulsiones, náusea y vómito, fotosensibilidad, discrasias sanguíneas, exacerbación de manía, hipotensión ortostática.
	Amoxapina (Asendin)	50-600 mg	
	Clomipramina (Anafranil)	25-250 mg	
	Desipramina (Norpramina)	25-300 mg	
	Doxepina (Sinequan)	25-300 mg	
	Imipramina (Tofranil)	30-300 mg	
	Nortriptilina (Aventyl; Pamelor)	30-100 mg	
	Protriptilina (Vivactil)	15-60 mg	
	Trimipramina (Surmontil)	50-300 mg	
Inhibidores de recaptación selectiva de serotonina (IRSS)	Citalopram (Celexa)	20-60 mg	Con todos los IRSS: Dolor de cabeza, insomnio, náusea, diarrea, constipación, disfunción sexual, somnolencia, agitación, boca seca, astenia, síndrome de serotonina (si se toman de manera concurrente con otros medicamentos que aumentan las concentraciones de serotonina).
	Fluoxetina (Prozac, Sarafem)	20-80 mg	
	Fluvoxamina (Luvox)	50-300 mg	
	Escitalopram (Lexapro)	10-20 mg	
	Paroxetina (Paxil)	10-50 mg	
	Sertralina (Zoloft)	50-200 mg	
Inhibidores de monoaminoxidasa	Isocarboxazida (Marplan)	20-60 mg	Con todos los IMAOS: Vértigo, dolor de cabeza, hipotensión ortostática, constipación, náusea, boca seca, taquicardia, palpitaciones, hipomanía.
	Fenelzina (Nardil)	45-90 mg	
	Tranilcipromina (Parnate)	30-60 mg	
Heterocíclicos	Bupropión (Zyban; Wellbutrin)	200-450 mg	Con heterocíclicos: Boca seca, sedación, vértigo, taquicardia, dolor de cabeza, náusea/vómito, constipación, priapismo (trazodona), convulsiones (maprotilina, bupropión).
	Maprotilina (Ludiomil)	50-225 mg	
	Mirtazapina (Remeron)	15-45 mg	
	Trazodona (Desyrel)	150-600 mg	
Inhibidores de recaptación de serotonina– norepinefrina (IRSN)	Venlafaxina (Effexor)	75-375 mg	Con IRSN: Náusea, boca seca, constipación, vértigo, somnolencia, insomnio, dolor de cabeza, disfunción sexual.
	Duloxetina (Cymbalta)	40-60 mg	

*Dosis requeridas en titulaciones bajas; el inicio de la respuesta terapéutica puede ser de 1 a 4 semanas.

gradualmente obsoleta en el tratamiento de manía bipolar debido a un perfil favorable de efectos colaterales de los antipsicóticos atípicos. Dependiendo de la gravedad de los síntomas, estos medicamentos pueden utilizarse solos o en combinación con litio. Otro antipsicótico atípico, la clozapina, también se utiliza en el tratamiento de manía aguda; sin embargo, su utilidad es limitada por el potencial de convulsiones y agranolocitos (Goldberg y Hoop, 2004).

En el cuadro 16-4 se presenta un resumen de los medicamentos utilizados para el tratamiento de la manía bipolar.

Terapia Electroconvulsiva para Depresión y Manía

La terapia electroconvulsiva (TEC) es la inducción de una convulsión de epilepsia (generalizada) por la aplicación de la actividad eléctrica del cerebro. Este tratamiento es eficaz en pacientes suicidas agudos y en depresión grave, en particular en los que experimentan síntomas psíco-

ticos y retardo psicomotor, y cambios neurovegetativos, como alteraciones del sueño, apetito y energía. Con frecuencia se considera como tratamiento sólo después de la terapia, cuando los antidepresivos no han sido eficaces.

Los episodios de manía aguda en ocasiones se tratan con TEC, en particular cuando el paciente no tolera o no responde al litio u otro fármaco, o cuando su vida está amenazada por comportamiento peligroso o por extenuación.

Mecanismo de Acción

El mecanismo exacto por el cual el TEC tiene efectos terapéuticos se desconoce. Existen varias teorías, la que tiene más credibilidad es la bioquímica. Algunos investigadores demostraron que la estimulación eléctrica provoca aumentos significativos en las concentraciones circulantes de varios neurotransmisores (Wahlund y Von Rosen, 2003). Estos neurotransmisores incluyen serotonina, norepinefrina y dopamina, las mismas aminas biogénas que se

CUADRO 16 – 4 Medicamentos Utilizados en el Tratamiento de Manía Bipolar

Clasificación: Genérico (Nombre Comercial)	Dosis Diaria para Adultos	Efectos Colaterales
Antimanía		
Carbonato de litio (Eskalith, Lithane; Lithobid)	Manía aguda: 1 800-2 400 mg Mantenimiento: 900-1 200 mg	Somnolencia, vértigo, dolor de cabeza, boca seca, sed, malestares gastrointestinales, náusea y vómito, temblores finos de las manos, hipotensión, arritmias, poliuria, aumento de peso.
Anticonvulsivantes		
Clonazepam (Klonopin)	0.75-16 mg	
Carbamazepina (Tegretol)	200-1 200 mg	
Ácido valpríaco (Depakene; Depakote)	500-1 500 mg	
Gabapentina (Neurotin)	900-1 800 mg	
Lamotrigina (Lamictal)	100-200 mg	
Topiramato (Topamax)	50-400 mg	
Oxcarbazepina (Trileptal)	600-1 200 mg	
Antagonista de los canales de calcio		
Verapamil (Calan; Isoptin)	80-320 mg	Somnolencia, vértigo, hipotensión, bradicardia, náusea, constipación.
Antipsicóticos		
Clorpromazina (Thorazine)	75-400 mg	
Olanzapina (Ziprexa)	5-20 mg	
Aripiprazole (Abilify)	10-30 mg	
Quetiapina (Seroquel)	400-800 mg	
Risperidona (Risperdal)	1-6 mg	
Ziprasidona (Geodon)	40-160 mg	Somnolencia, vértigo, boca seca, constipación, aumento de apetito, aumento de peso, cambios en el electrocardiograma, hiper glucemia, dolor de cabeza (aripiprazole, risperidona, quetiapina), síntomas extrapiramidales (clorpromazina, risperidona).

ven afectadas por los antidepresivos. Existe evidencia adicional que sugiere que el TEC puede aumentar el glutamato y el ácido gammaaminobutírico (Ishihara y Sasa, 1999). Los resultados de los estudios en relación con el mecanismo subyacente de la efectividad de TEC todavía continúan y son controversiales.

Efectos Colaterales

Los efectos colaterales más comunes del TEC son pérdida de la memoria temporal y confusión. Los críticos de la terapia discuten que estos cambios representan daño cerebral irreversible. Quienes están a favor insisten en que son cambios temporales y reversibles. Marangell, Silver y Yudofsky (2003) explican: "A la fecha, no hay datos confiables que demuestren la pérdida de memoria permanente causada por el TEC moderno." Otros investigadores sugieren que pueden ser evidentes grados diferentes de pérdida de la memoria en algunos pacientes a los 6 a 7 meses después del TEC (Popolos, 2002; Sadock y Sadock, 2003).

La controversia continúa en relación a la elección de TEC unilateral comparado con TEC bilateral. Los estudios demuestran que la colocación unilateral de los electrodos disminuye la extensión de la alteración de la

memoria. Sin embargo, la TEC unilateral con frecuencia requiere un mayor número de tratamientos para obtener la eficacia de TEC bilateral en el alivio de la depresión (Geddes, 2003).

Riesgos Relacionados con TEC

MORTALIDAD. Los estudios indican que el índice de mortalidad del TEC es de 2 por 100 000 tratamientos (Marangell, Silver y Yudofsky, 2003; Sadock y Sadock, 2003). Aunque la presentación es rara, la principal causa de muerte con TEC es por complicaciones cardiovasculares (p. ej., infarto agudo al miocardio o accidente vascular cerebral), por lo general, en individuos con estado cardíaco comprometido con anterioridad. La valoración y tratamiento cardiovascular es vital en la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad relacionados con TEC.

PÉRDIDA DE LA MEMORIA PERMANENTE. Marangell, Silver y Yudofsky (2003) explican:

La confusión inicial y déficit cognitivos relacionados con el tratamiento TEC por lo general son temporales, y duran alrededor de 30 min. Mientras que muchos pacientes informan que no tienen problemas con la memoria, en los momentos inmediatos al tratamiento con TEC, otros mencionan que sus memorias no son tan buenas como antes de recibir el

tratamiento. A la fecha, no hay datos confiables que demuestren pérdida de memoria permanente causada por TEC moderna. La tomografía computarizada prospectiva y los estudios de imágenes de resonancia magnética del cerebro no muestran evidencia de cambios estructurales inducidos por TEC (p. 1126).

DAÑO CEREBRAL. El daño cerebral con TEC permanece como una preocupación para los que siguen creyendo en su utilidad y eficacia como un tratamiento para la depresión. Las críticas del procedimiento permanecen inflexibles en su creencia de que el TEC siempre provoca cierto grado de daño inmediato en el cerebro (Frank, 2002). Sin embargo, la evidencia se basa, en gran parte, en estudios con animales en los que éstos reciben excesivas dosis eléctricas, y las convulsiones no se modificaron por parálisis muscular y oxigenación (Abrams, 2002). Aunque esta es un área para continuar el estudio, no hay evidencia que apoye que TEC produce ningún cambio permanente en la estructura o funcionamiento del cerebro (Sadock y Sadock, 2003).

Medicamentos

Se relacionan varios medicamentos con TEC. Un fármaco previo al tratamiento, como sulfato de atropina o glicopirrolato, es administrado vía intramuscular 30 min antes del tratamiento. Estos medicamentos están indicados para disminuir las secreciones y contrarrestar los efectos de la estimulación vagal inducidos por el TEC.

Para el tratamiento el anestesiólogo administra un fármaco de corta duración, como tiopental sódico o metohexital sódico. Un relajante muscular, por lo general clorato de succinilcolina, por vía intravenosa para prevenir las contracciones musculares graves durante las convulsiones; por lo tanto, se reduce la posibilidad de fractura o luxación. Debido a que la succinilcolina paraliza los músculos respiratorios el paciente se mantiene con oxígeno puro durante y después del tratamiento, excepto por el breve intervalo de la estimulación eléctrica, hasta que regresen las respiraciones de manera espontánea (Sadock y Sadock, 2003).

SUICIDIO

La información sobre el suicidio se presenta aquí porque el mayor número de éstos se relaciona con trastornos del ánimo. Sadock y Sadock (2003) informan: “Casi 95% de todas las personas que cometen o intentan suicidarse tienen un diagnóstico de trastorno mental. Los depresivos representan 80% de esta figura.”

Efectos Epidemiológicos

Alrededor de 30 000 personas en Estados Unidos terminan sus vidas cada año por suicidio. Estas estadísticas establecen que es la tercera causa de muerte —después de los accidentes y homicidios— entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, la quinta causa de muerte entre los de 25 a 44 años, y la octava causa de muerte entre los individuos de 45 y 64 años (*National Center for Health Statistics*, 2004). Muchas personas se suicidan, e incontables más contemplan el hecho sin llevarlo a cabo. En la actualidad, el suicidio es el problema principal de atención de salud en Estados Unidos.

Con el paso de los años, ha existido confusión sobre la realidad de diferentes nociones en relación con el suicidio. Algunos hechos y fábulas relacionadas con éste se presentan en el recuadro 16-8.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SUICIDA

Valoración

Se deben considerar los siguientes temas cuando se conduce una valoración de suicidio: diagnósticos demográficos, presentación de diagnósticos psiquiátricos médicos y de sintomatología, ideas o actos suicidas, sistema de apoyo interpersonal, análisis de crisis suicida, historia familiar/médica/psiquiátrica, y estrategias de enfrentamiento. El *Surgeon General*, en su “Llamado a la Acción para Prevenir el Suicidio”, habla de los factores de riesgo y de protección (*United States Public Health Service [USPHS]*, 1999). Éstos se relacionan con un mayor potencial para el suicidio, los riesgos y factores protectores se muestran en el cuadro 16-5. El recuadro 16-9 presenta algunos lineamientos adicionales para determinar el grado potencial de suicidio.

Demográficos

Se consideran los siguientes datos demográficos:

- **Edad.** El suicidio es mayor en las personas de más de 50 años de edad, aunque los adolescentes también están en alto riesgo.
- **Género.** Los varones tienen más riesgo que las mujeres.
- **Etnicidad.** Los caucásicos corren más riesgo que los nativos estadounidenses, quienes, a su vez, tienen más riesgo que las personas de raza negra.
- **Estado civil.** Los solteros, divorciados y viudos están más en riesgo que las personas casadas.

RECUADRO 16-8 Hechos y Mitos sobre el Suicidio

Mitos	Hechos
Las personas que hablan sobre suicidarse no lo hacen. El suicidio sucede sin advertencias.	Ocho de cada diez personas que cometen suicidio avisan y dan advertencias sobre sus intenciones. Las señales muy sutiles pueden ser ignoradas o descartadas por otras personas.
No puedes detener a una persona suicida. Tiene la intención de morir.	Casi todos los suicidas son ambivalentes en relación con sus sentimientos sobre vivir o morir. La mayoría “juega con la muerte” y la ven como un lamento para que alguien los salve.
Una vez que una persona es suicida, es siempre suicida.	Las personas suicidas lo son sólo por un tiempo limitado. Si se salvan de los sentimientos de autodestrucción, pueden continuar con su vida de manera normal.
La recuperación después de depresión grave significa que el riesgo de suicidio se ha superado.	Casi todos los suicidios se presentan dentro de los tres meses después de empezar la “mejoría”, cuando el individuo tiene la energía suficiente para completar sus intenciones.
El suicidio se hereda, o “es de familia”.	El suicidio no se hereda. Es un asunto individual y puede ser prevenido. Sin embargo, el suicidio de un familiar cercano aumenta el riesgo del mismo.
Todos los individuos suicidas son enfermos mentales, y el suicidio es el acto de una persona psicótica.	Aunque las personas suicidas son infelices en extremo, no son necesariamente psicóticas o enfermas mentales. Son incapaces en un momento determinado de ver soluciones alternativas al que consideran un problema insoportable.
Las amenazas y gestos suicidas se deben considerar como comportamiento manipulador o para llamar la atención, y se deben tomar en serio.	Todo comportamiento suicida se debe enfrentar con la seriedad del acto potencial en mente. Se le debe dar atención a la posibilidad de que el individuo está pidiendo ayuda.
Las personas, por lo general, cometén suicidio por sobredosis de fármacos.	Las heridas con arma de fuego son la primera causa de muerte entre las víctimas de suicidio.
Si un individuo intenta suicidarse, no lo volverá a hacer.	Entre 50 y 80% de todas las personas que finalmente mueren tienen una historia de intentos previos.

Fuente: De TWU (2005); USPHS (1999); y The Samaritans (2005).

- **Estatus socioeconómico.** Los individuos de las clases socioeconómicas altas y los más pobres están en mayor riesgo que los de clases sociales medias.
- **Ocupación.** El personal profesional de atención a la salud y ejecutivos de negocios están en mayor riesgo.
- **Método.** El uso de armas de fuego presenta un riesgo significativamente más alto que la sobredosis de sustancias.
- **Religión.** Los protestantes están en más riesgo que los católicos o los judíos.
- **Historia familiar.** El mayor riesgo se presenta si el individuo tiene historia de suicidio en la familia.

Presentación de Síntomas y Diagnóstico Psiquiátrico-Médico

La valoración de los datos reunidos es muy importante en relación con cualquier afección psiquiátrica o física para que el paciente reciba el tratamiento adecuado. Los trastornos del ánimo (depresión mayor y trastornos bipolares) son los que preceden al suicidio. Los individuos que usan sustancias también están en riesgo. Otros trastornos

psiquiátricos implícitos incluyen trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos de personalidad límitrofe y antisocial (Tondo y Baldessarini, 2001a); aunque también otras enfermedades crónicas y terminales pueden precipitar actos de suicidio.

Ideación o Actos Suicidas

¿Qué tan serio es el intento? ¿La persona tiene un plan? Si es así, ¿tiene los medios? ¿Qué tan letales son los medios? ¿Ha intentado el suicidio con anterioridad? Estas son las preguntas que debe realizar la persona que realice la valoración del paciente.

Los individuos pueden dar la clave, tanto de comportamiento como verbal que incluye regalar posesiones muypreciadas, dejar los asuntos financieros en orden, escribir notas suicidas o se mejora repentinamente el ánimo (pueden indicar una decisión para llevar a cabo un intento).

La clave verbal puede ser directa e indirecta; por ejemplo, las declaraciones directas incluyen: “Me quiero morir” o “Me voy a matar”. Los ejemplos de declaraciones indirectas serían: “Esta es la última vez que nos vemos”, “Ya

CUADRO 16–5 Valoración del Grado de Riesgo de Suicidio

Comportamiento	Intensidad de Riesgo		
	Bajo	Moderado	Elevado
Ansiedad	Leve	Moderado	Intenso o pánico
Depresión	Leve	Moderado	Grave
Aislamiento; retraimiento	Algunos sentimientos de aislamiento; no retraimiento	Algunos sentimientos de indefensión, desesperanza y retraimiento	Desesperanza, indefenso, retraimiento, y autodeprecación
Funcionamiento diario	Bastante bueno en casi todas las actividades	Moderadamente bueno en algunas actividades	Malo en cualquier actividad
Recursos	Grave	Algunos	Pocos o ninguno
Estrategias de enfrentamiento a utilizar	Constructivo generalmente	Algunas que son constructivas	Predominantemente destructivo
Otras personas importantes	Varias personas disponibles	Pocos o sólo uno disponible	Sólo uno o ninguno disponible
Ayuda psiquiátrica en el pasado	Ninguno, o actitud positiva hacia	Sí, y moderadamente satisfecho con los resultados	Visión negativa de la ayuda recibida
Estilo de vida	Estable	Moderadamente estable	Inestable
Uso de alcohol o fármacos	Poco frecuente el exceso	Con frecuencia en exceso	Abuso continuo
Intentos previos de suicidio	Ninguno o de baja letalidad	Uno o más de moderada letalidad	Múltiples intentos de elevada letalidad
Desorientación; desorganización	Ninguno	Algo	Evidente
Hostilidad	Poca o ninguna	Algo	Evidente
Plan de suicidios	Vago, pensamientos fugaces, pero sin plan	Pensamientos frecuentes; ideas ocasionales sobre un plan	Frecuente o pensamiento constante con un plan específico

Fuente: Hatton, C.L., Valente, S. *Suicide: Assessment & Intervention* (2nd ed.) 1984. © Reimpreso con permiso de Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.

RECUADRO 16–9 Factores de Riesgo de Suicidio y Factores Protectores**Factores de Riesgo**

- Intentos previos de suicidio.
- Trastornos mentales —en particular de ánimo tales como depresión y trastorno bipolar.
- Comorbilidad de trastornos mentales y de abuso de sustancias o de alcohol.
- Historia de suicidios en la familia.
- Desesperanza.
- Tendencias impulsivas y/o agresivas.
- Barreras al acceso de tratamiento de salud mental.
- Pérdidas de relaciones, sociales, de trabajo o financieras.
- Enfermedad física.
- Fácil acceso a métodos letales, en especial armas.
- Falta de voluntad para buscar ayuda por el estigma unido a los trastornos mentales o de abuso de sustancia o pensamientos suicidas.
- Influencia de personas importantes para el paciente —miembros de la familia, celebridades, pares que murieron por suicidio— tanto a través de contacto personal directo como representaciones inapropiadas de los medios.
- Creencias culturales o religiosas —por ejemplo, el suicidio es una solución noble del dilema de una persona.
- Rachas locales de suicidio que tiene una influencia contagiosa.
- Aislamiento, un sentimiento de estar separado de las personas.

Factores de Protección

- Atención clínica efectiva y apropiada para trastornos mentales, físicos y por abuso de sustancias.
- Fácil acceso a instituciones clínicas y apoyo para encontrar ayuda.
- Acceso restringido a métodos letales de suicidio.
- Apoyo tanto familiar como de la comunidad.
- Apoyo continuo de relaciones de atención a la salud mental y médica.
- Habilidades aprendidas en la solución del problema, resolución del conflicto y manejo no violento de las disputas.
- Creencias culturales y religiosas que desalienten el suicidio y el apoyo de los instintos de autoconservación.

Fuente: U.S. Public Health Service, *The Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide*. Washington, DC; 1999.

no será una preocupación para el doctor” o “Ya no tengo nada por qué vivir”.

Otras valoraciones incluyen determinar si el individuo tiene un plan, y si es así, si tiene los medios para llevarlo a cabo. Si la persona menciona que el suicidio lo cometerá con un arma, ¿tiene acceso al arma y a las balas? Si piensa utilizar píldoras, ¿qué clase de éstas? ¿Tiene acceso a ellas?

Sistema de Apoyo Interpersonal

¿El paciente tiene a quién recurrir en caso de necesitar ayuda? La falta de una red significativa de relaciones satisfactorias puede implicar un elevado riesgo para él de suicidio durante una crisis emocional.

Análisis de Crisis de Suicidio

EL FACTOR QUE LO PROVOCÁ. Los eventos adversos de la vida en combinación con otros factores de riesgo como la depresión pueden conducir al suicidio (NIMH, 2006). La vida estresante acompañada por un aumento en las alteraciones emocionales incluye la pérdida de una persona amada ya sea por muerte o por divorcio, problemas en las relaciones principales, cambios de funciones o enfermedad física grave.

HISTORIA RELEVANTE. ¿El individuo ha experimentado numerosos fracasos o rechazos que aumentan la vulnerabilidad por una respuesta disfuncional a la presente situación?

ETAPAS DE VIDA. La capacidad para tolerar las pérdidas y las desilusiones con frecuencia se ve comprometida si dichas pérdidas o desilusiones se presentan durante varias etapas de la vida en las cuales el individuo se esfuerza con los temas del desarrollo (p. ej., adolescencia, media edad).

Antecedentes Familiares, Médicos y Psiquiátricos

El paciente deberá valorarse a pesar de haber recibido tratamientos previos para depresión, alcoholismo o intento de suicidio. Se debe obtener la historia médica para determinar si tiene una enfermedad crónica, debilitante o terminal; si hay antecedentes de depresión en algún miembro de la familia, o si un pariente cercano ha intentado suicidarse.

Estrategias de Enfrentamiento

¿Cómo ha manejado el paciente crisis anteriores? ¿De qué manera esa situación es diferente de la actual?

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería para el paciente suicida pueden incluir los siguientes:

- Riesgo para el suicidio relacionado con sentimientos de desesperanza y desesperación.
- Desesperanza en relación con la ausencia de sistemas de apoyo y percepción de que nada vale la pena.

Los siguientes criterios pueden ser útiles para medir los resultados en la atención del paciente suicida:

El paciente:

- Ha experimentado daños físicos.
- Es realista en cuanto a sus objetivos personales.
- Expresa cierto optimismo y esperanza en el futuro.

Planeación y Realización

En el cuadro 16-1 se presenta un plan de atención para el paciente suicida, además de diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada uno.

Intervención con el Paciente Suicida Externo (o Seguimiento de Descarga del Paciente Interno)

En algunos casos, se puede determinar que el intento de suicidio es menor y que la hospitalización no es necesaria. En cambio, el paciente con ideas de suicidio puede ser tratado con pacientes externos. Los lineamientos para el tratamiento de pacientes externos incluyen los siguientes:

- La persona no debe permanecer sola. Se deben hacer arreglos para que permanezca con su familia o con amigos. Si es posible, se debe considerar la hospitalización.
- Establecer un contrato no suicida con el paciente. Se formula un contrato escrito con el paciente para que no se cause daño por un periodo establecido. Por ejemplo, el paciente escribe: “No me lastimaré de ninguna manera entre el momento presente y nuestra siguiente sesión de orientación”, o “Llamaré a la línea de suicidio (o iré a la sala de urgencias) si empiezo a sentir la necesidad de hacerme daño”. Cuando termine el tiempo de este contrato corto, se negocia un nuevo contrato.
- Avise a los familiares o amigos para asegurarse de que el ambiente en el hogar es seguro, sin armas de fuego o sustancias almacenadas. Proporcione apoyo a través del número telefónico del orientador o la persona de contacto de urgencia ante la eventualidad de que el consejero no esté disponible.
- Se establecen citas diarias o cada tercer día hasta que se termine la crisis suicida.
- Establecer identificación y promover una relación de confianza. Es importante para el orientador en suicidio ser una persona clave en el sistema de apoyo.
- Ser directos. Hable de manera abierta y pragmática sobre el suicidio. Escuche de manera activa y exprese aliento de sentimientos, incluso enojo. Acepte los sentimientos del paciente sin juzgar.

- Discuta la presente crisis. Utilice el acercamiento de solución de problemas (ver capítulo 10). Ofrezca alternativas al suicidio. Macnab (1993) sugiere los siguientes comentarios:

Estás equivocado si crees que el suicidio es la única y mejor solución a tu problema. Existen alternativas, y son buenas. Lo que es más, estarás vivo para probarlas (p. 265).

- Ayude al paciente a identificar áreas de situación de vida en las que el paciente tiene el control y aquellas en los que no tiene la posibilidad de controlar. Discuta los sentimientos relacionados con estos asuntos de control. Es importante hacer sentir cierto control en su situación de vida con el fin de percibir una medida de autoestima.
- El médico puede prescribir antidepresivos. Es sabio prescribir no más de un suministro para tres días de medicamento sin rellenar. La prescripción se puede renovar en la siguiente sesión de orientación. **NOTA:** Sadock y Sadock (2003) comentan lo siguiente:

Conforme disminuye la depresión, los pacientes sienten más energía y, por lo tanto, son capaces de llevar a cabo sus planes de suicidio. Algunas veces, los pacientes deprimidos, con o sin tratamiento, de manera repentina están en paz consigo mismos debido a que han tomado la decisión en secreto de suicidarse. Los clínicos deben sospechar en especial de tales cambios tan dramáticos, los cuales pueden presagiar un intento de suicidio (p. 921).

- Macnab (1993) sugiere los siguientes pasos de orientación en una crisis con el paciente suicida:
 - Enfocarse en la crisis presente y cómo se puede aliviar. Identifique las apreciaciones del paciente de cómo son las cosas y cómo serán. Note de qué manera cambian dichas apreciaciones en el contexto.
 - Observe la reacción del paciente a la crisis y cómo puede cambiar esto. Discuta las estrategias y procedimientos para el manejo de ansiedad, enojo y frustración.
 - Trabaje en la restauración de la autoestima, moral y control. Introduzca alternativas al suicidio.
 - Ensaye la reconstrucción cognitiva —formas más positivas de pensamiento de sí mismo, los eventos, pasado, presente y futuro.
 - Identifique las experiencias y las acciones que afirman la autoestima y la autoeficacia.
 - Alentar habilidades para una nueva realidad.
 - Esté disponible para proporcionar apoyo terapéutico y crecimiento.

Información para la Familia y Amigos del Paciente Suicida

Se hacen las siguientes sugerencias a las familias y amigos de un individuo suicida:

- Consideré cualquier indirecta de suicidio con seriedad. Cualquiera que expresa sentimientos de suicidio necesita atención inmediata.
- No guardar secretos. Si una persona suicida dice: “Promete que no se lo dirás a nadie”, no haga esa promesa. Los individuos suicidas son ambivalentes sobre la muerte, y el comportamiento suicida es una petición de ayuda. Es la parte de la persona que quiere seguir vivo y lo está diciendo. Consiga ayuda para el enfermo y para usted.
- Los centros para el control de la enfermedad (CDC, 2002) ofrecen las siguientes sugerencias para las familias y amigos de personas suicidas:
 - Saber escuchar. Si la persona expresa pensamientos suicidas o se siente deprimido o desesperanzado, proporcione apoyo. Déjale saber que usted está ahí para él y dispuesto a ayudarle a buscar ayuda profesional.
 - Muchas personas encuentran extraño poner en palabras cómo la vida de otra persona es importante para su propio bienestar, pero es importante señalar que la vida de la persona es importante para usted y para otros. Enfatice en términos específicos las formas en las cuales el suicidio de la persona sería devastador para usted y otras personas.
 - Muestre interés por las personas que expresan pensamientos de cómo cometer suicidio. El individuo podría evitar eludir la discusión de lo que está pensando. Reconozca el dolor de la persona y sus sentimientos de desesperanza, y aliente a que hable con alguien más si no se siente cómodo hablando con usted.
 - Familiarícese con los recursos para intervención en suicidio, tales como centros de salud mental y líneas telefónicas de suicidio.
 - Restrinja el acceso a armas de fuego u otros medios que puedan hacerle daño.
- El *Mental Health Sanctuary* (2004) ofrece los siguientes consejos:
 - Reconozca y acepte sus sentimientos y escuche activamente.
 - Trate de dar esperanza y recuérdelle que lo que siente es temporal.
 - Permanezca con él. No lo deje solo. Si es necesario vaya a donde se encuentre.
 - Muestre afecto y aliento. Abrácelo, sosténgalo, tóquelo. Permitale llorar y expresar enojo.
 - Ayúdelo a buscar ayuda profesional.
 - Retire cualquier objeto de la casa que pueda utilizar para lastimarse.
 - Si hay niños presentes, retírelos de la casa. Tal vez otro amigo o pariente le pueda ayudar a cuidarlos y llevarlos a su casa. Este tipo de situación puede ser en extremo traumática para los niños.

- NO: juzgue a las personas suicidas, muestre enojo hacia ellos, provoque culpa en ellos, descarte sus sentimientos o les diga “anímate ya”. Ésta es una situación muy real y grave para los individuos suicidas. Están en verdadero dolor, sienten que la situación no tiene esperanzas y no hay otra forma de resolverla que quitándose la vida.

Intervención con Familias y Amigos de Víctimas Suicidas

Fraser (2005) comenta:

Para muchas personas una situación de postsuicidio es repentina, agotadora e inesperada en sus vidas. Además del duelo y la pérdida relacionada con la muerte de una persona cercana, hay una carga extra para los miembros de la familia. Parte de esa carga es que se altera el entorno social en el que se encuentran. El dolor privado tiene un aspecto público y su dolor y ajuste se debe vivir en un contexto social en el que hay pocas estructuras de apoyo para entender su grave situación. Deben esforzarse con sus propios recursos internos, que son atenuados gravemente por este trágico evento.

El suicidio de un miembro de la familia puede inducir toda una gama de sentimientos en los familiares. Macnab (1993) identifica los siguientes síntomas, que pueden ser evidentes después del suicidio de una persona amada:

- Un sentimiento de culpa y responsabilidad.
- Enojo, resentimiento y furia que nunca encuentra su “objeto”.
- Una fuerte sensación de desesperanza, fracaso y desesperación.
- Una recurrente autobúsqueda: “Si sólo hubiera hecho algo”, “Si sólo no hubiera hecho cualquier cosa”, “Si tan sólo...”
- Un sentimiento de confusión y búsqueda de una explicación: “¿Por qué sucedió esto?” “¿Qué significa?” “¿Qué podría haberlo evitado?” “¿Qué pensará la gente?”
- Sensación de lesión interna. La familia se siente herida. No saben cómo superarlo y cómo continuar con su vida.
- Se les ha impuesto una fuerte presión en sus relaciones. Existe una emoción de impaciencia, irritabilidad y enojo entre los miembros de la familia.
- Una fuerte vulnerabilidad a la enfermedad, agregada al estrés emocional.

Las estrategias para ayudar a los sobrevivientes de las víctimas de suicidio incluyen:

- Alentarlos a que hablen del suicidio, cada uno respondiendo a los puntos de vista de los demás y reconstruyendo los eventos. Compartir memorias.

- Estar conscientes de cualquier culpa o ser el “chivo expiatorio” de miembros de la familia específicos. Discuta cómo cada persona encaja en la situación familiar, antes y después del suicidio.
- Escuche los sentimientos de culpa y autopersecución. Dirija a los individuos de manera gentil a la realidad de la situación.
- Aliente a los miembros de la familia a discutir las relaciones individuales con el ser amado perdido. Enfoque los aspectos positivos y negativos de las relaciones, señale de manera gradual la irracionalidad de cualquier concepto idealizado de la persona fallecida. La familia debe ser capaz de reconocer tanto los aspectos negativos como positivos de la persona antes de que se resuelva el duelo.
- No hay dos personas que pasen por el proceso de duelo de la misma forma. Puede parecer que algunos miembros de la familia se sobreponen más rápido que otros. Toda la familia debe entender que si esto ocurre, no es debido a que les importe menos, sino que el duelo es diferente para cada quien. Las variables de este fenómeno incluyen experiencias individuales pasadas, relación personal con el miembro fallecido, temperamento individual y capacidades de enfrentamiento.
- Reconocer cómo el suicidio ha causado desorganización en la familia. Revalorar las relaciones interpersonales en el contexto del evento. Discutir estrategias de enfrentamiento que han sido exitosas en situaciones de estrés en el pasado, y trabajar para restablecer éstas dentro de la familia. Identificar nuevas estrategias de enfrentamiento y adaptación que se puedan incorporar.
- Identificar recursos que proporcionen apoyo: creencias religiosas y orientación espiritual, amigos cercanos y parientes, sobrevivientes de grupos de apoyo de suicidas. Una conexión en línea que pone al individuo en contacto con grupos de sobrevivientes específicos en cada estado es <http://www.afsp.org/survivor/groups.htm>. En el recuadro 16-10 se presenta una lista de recursos que proporcionan información y ayuda para temas en relación con el suicidio.

Evaluación

Es un proceso continuo que se lleva a cabo por revaloración persistente, además de la determinación de alcanzar el objetivo. Una vez que se resuelve la crisis inmediata, se puede indicar psicoterapia prolongada. Los objetivos a largo plazo del individuo o del grupo de psicoterapia para el paciente suicida son los siguientes:

- Desarrollar y mantener un concepto de sí mismo más positivo.

- Aprender formas más efectivas para expresar sus sentimientos a los demás.
- Tener relaciones interpersonales exitosas.
- Sentirse aceptados por otros y tener un sentimiento de pertenencia.

Una persona suicida se siente menospreciada y sin esperanzas. Estos objetivos sirven para brindar un sentimiento de autoestima, además de ofrecer una medida de esperanza y significado para vivir.

RESUMEN

La depresión es una de las enfermedades psiquiátricas reconocidas más antiguas que prevalecen en nuestros días. Es tan común, de hecho, que todavía es referida como el “resfriado común de las enfermedades psiquiátricas”.

La causa de los trastornos depresivos no se conoce por completo. Parecen estar involucrados varios factores que incluyen influencias genéticas, bioquímicas y experiencias psicológicas en el desarrollo del padecimiento. La depresión secundaria se presenta en respuesta a otros

trastornos fisiológicos. Los síntomas se presentan junto a un continuo según la gravedad, que puede ser desde pasajera a grave. El trastorno se presenta en todos los niveles de desarrollo, incluso la niñez, adolescencia, senescencia y durante el puerperio.

El trastorno bipolar, manía, es una respuesta de no adaptación a la pérdida y es referida como la “imagen de espejo de la depresión”. Las influencias genéticas son factores importantes en el desarrollo del trastorno; aunque también participan otros factores fisiológicos, como alteraciones bioquímicas y de electrolitos, y cambios en la estructura cerebral. Los efectos colaterales de ciertos medicamentos también inducen síntomas de manía. Una sola teoría no puede explicar la etiología del trastorno bipolar, y parece que la enfermedad es causada por una combinación de factores. Los síntomas de manía se observan en un continuo de tres fases, cada una identificada por la gravedad: fase I, hipomanía; fase II, manía aguda, y fase III, manía delirante. También se presenta una revisión del trastorno bipolar en niños y adolescentes.

El suicidio es la quinta causa de muerte en individuos de 25 a 44 años de edad, la octava en personas de 45 a 64 años

RECUADRO 16–10 Fuentes de Información Relacionadas con Temas de Suicidio

National Suicide Hotline

1-800-SUICIDE

American Association of Suicidology

www.suicidology.org

1-202-237-2280

American Foundation for Suicide Prevention

www.afsp.org

1-888-333-AFSP

American Psychiatric Association

www.psych.org

1-703-907-7300

American Psychological Association

www.apa.org

1-800-964-2000

Boys Town

Cares for troubled boys and girls and families in crisis.

Staff is trained to handle calls related to violence and suicide.

www.girlsandboystown.org

1-800-448-3000 (crisis hotline)

1-402-498-1300

Centers for Disease Control and Prevention

National Center for Injury Prevention and Control

Division of Violence Prevention

www.cdc.gov/ncipc

1-770-488-1506

The Center for Mental Health Services

<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/topics/explore/suicide/>

1-800-789-2647

National Alliance for the Mentally Ill

www.nami.org

1-800-950-NAMI

Depression and Bipolar

Support Alliance (DBSA)

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

1-800-826-3632

National Institute of Mental Health

www.nimh.nih.gov

1-866-615-6464

National Mental Health Association

www.nmha.org

1-800-228-1114

1-800-969-NMHA

Screening for Mental Health

Stop a Suicide Today!

www.stopasuicide.org

1-781-239-0071

Suicide Awareness—Voices of Education

www.save.org

1-612-946-7998

Centre for Suicide Prevention

www.suicideinfo.ca

1-403-245-3900

Suicide Prevention Advocacy Network

<http://spanusa.org>

1-202-449-3600

de edad; y la tercera entre jóvenes de 15 a 24 años. En la valoración de factores de riesgo, es importante considerar el estado civil, género, edad, religión, estado socioeconómico, etnicidad, ocupación, historia familiar, condición física, sistemas de apoyo, situaciones de estrés que precipitan el suicidio, estrategias de enfrentamiento, intentos graves, y mortalidad y disponibilidad del método.

Este capítulo presenta un plan de atención para el enfermo suicida e intervenciones para los pacientes inter-

no y externo. También se incluye información para la familia y amigos, y sugerencias para la orientación con familias de víctimas de suicidio.

El tratamiento para los trastornos del ánimo considera a la terapia individual, de grupo, de familia y cognitiva. Las terapias somáticas incluyen la psicofarmacología y la terapia electroconvulsiva. La atención de enfermería se lleva a cabo con el uso de los seis pasos del proceso de enfermería.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Situación: Margaret, de 68 años de edad, fue llevada de urgencia por su cuñada al centro médico regional, quien dijo: "No hace nada más que estar sentada y mirar al espacio. ¡No puedo hacer que coma nada!" En la valoración se encontró que hace seis meses el marido de Margaret de 45 años de edad falleció de un infarto masivo al miocardio. No tenían hijos y eran inseparables. Desde la muerte de su marido, Margaret visitaba el cementerio todos los días, y cambiaba las flores de la tumba con frecuencia. No ha retirado la ropa de su esposo de los armarios ni de los cajones. Los utensilios que usaba para rasurarse todavía están en el mismo lugar del baño. Conforme pasa el tiempo, Margaret cada vez está más retraída y se aísla socialmente. Rechaza las invitaciones de amigos, y prefiere hacer sus viajes diarios al cementerio. Ha perdido 7 kg de peso y su cuñada informa que hay muy poca comida en la casa. Ese día le dijo a su cuñada: "Ya no quiero vivir más. Mi vida no es nada sin Frank." Su cuñada se asustó y, con persuasión forzosa, fue capaz de convencerla de ver a un doctor. Margaret fue admitida en la unidad psiquiátrica.

Con base en la situación anterior, seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. El diagnóstico de enfermería *prioritario* para Margaret sería:
 - a. Nutrición desequilibrada: menor a los requerimientos corporales.
 - b. Duelo disfuncional.
 - c. Riesgo de suicidio.
 - d. Aislamiento social.
2. El médico prescribe sertralina 50 mg dos veces al día. Después de tres días de tomar el medicamento, Margaret le dice al personal de enfermería: "No creo que la medicina me esté haciendo ningún bien. No me siento ni tantito mejor." ¿Cuál es la respuesta más apropiada por parte del personal de enfermería?
 - a. "Alégrese Margaret. Tiene tanto por qué estar feliz."
 - b. "Algunas veces se lleva varias semanas para que el medicamento provoque mejoría en los síntomas."
 - c. "Le diré al médico, Margaret. Tal vez le ordene algo diferente."
 - d. "Trate de no prestar atención a sus síntomas, Margaret. ¿Por qué no se une a los demás en el salón?"

Después de haberse estabilizado la medicación, Margaret salió del hospital con indicaciones para continuar tomando sertralina como se le prescribió. Una semana más tarde su cuñada encontró a Margaret en la cama y sin poder despertarla. Encontró el frasco del medicamento vacío a su lado. Fue recuperada en la unidad de urgencia y transferida a la unidad psiquiátrica en un estado de depresión grave. El médico determina que el TEC ayudará a Margaret. Se obtiene el consentimiento.

3. Alrededor de 30 min antes de su primer tratamiento, el personal de enfermería le administra sulfato de atropina 0.4 mg IM. La razón para esta orden es:
 - a. Para disminuir las secreciones y aumentar su frecuencia cardíaca.
 - b. Para relajar los músculos.
 - c. Para producir un efecto calmante.
 - d. Para inducir anestesia.
4. Cuando Margaret está en el cuarto de tratamiento, el anestesiólogo le administra tiopental sódico seguido por succinilcolina IV. El propósito de estos medicamentos son:
 - a. Disminuir las secreciones y aumentar el índice de frecuencia.
 - b. Prevenir la náusea e inducir un efecto calmante.
 - c. Minimizar la pérdida de memoria y estabilizar el ánimo.
 - d. Inducir la anestesia y relajar los músculos.

5. Después de tres tratamientos de TEC, el ánimo de Margaret empieza a mejorar y le dice al personal de enfermería “Me siento mucho mejor, pero tengo problemas para recordar algunas cosas que sucedieron esta semana.” La mejor respuesta del personal de enfermería sería:
- “No se preocupe por eso. No sucedió nada importante.”
 - “La pérdida de memoria es sólo algo que tiene que continuar con el tratamiento para sentirse mejor.”
 - “La pérdida de memoria es un efecto colateral de la TEC, pero es sólo temporal. Su memoria debe regresar en pocas semanas.”
 - “Olvídense de la última semana, Margaret. Necesita ver hacia delante.”

Un año más tarde, Margaret se presenta en la unidad de urgencias, otra vez acompañada por su cuñada. Esta vez Margaret está agitada, paseando, demandando y hablando en voz muy alta. “¡No quiero estar aquí! ¡Mi cuñada es muy celosa, y está tratando de parecer que estoy loca!” En la valoración, su cuñada informa que Margaret se ha involucrado con un trabajador de la construcción de 25 años de edad, a quien le va a dejar su herencia y su casa. Margaret pregonó las capacidades físicas y sexuales de su novio. Ha gastado grandes sumas de dinero en ella y le da a su novio 500 dólares a la semana. La cuñada le dice al médico: “Sé que es asunto de Margaret lo que hace con su vida, pero en realidad estoy preocupada por ella. Otra vez está perdiendo peso. Come muy poco, y casi no duerme. ¡Temo que sufra un colapso!” Margaret otra vez es admitida en la unidad psiquiátrica.

6. El diagnóstico de enfermería *prioritario* para Margaret es:
 - Nutrición desequilibrada: menor a los requerimientos corporales relacionados con no comer.
 - Riesgo de lesiones relacionadas con la hiperactividad.
 - Patrón de sueño alterado relacionado con la agitación.
 - Enfrentamiento ineficaz relacionado con la negación de la depresión.
7. Una forma de hacer que Margaret coma de manera nutritiva es:
 - Sentarse con ella para asegurarse que come todo lo necesario.
 - Pedirle a su cuñada que le traiga de comer a Margaret porque ella sabe lo que le gusta y lo que le disgusta.
 - Proporcionar una dieta elevada en calorías, alimentos nutritivos que Margaret pueda comer “de un jalón”.
 - Decirle que estará en el cuarto de restricción hasta que empiece a ganar peso.
8. El médico prescribe carbonato de litio 600 mg tres veces al día. Existe un estrecho margen entre la dosis terapéutica y la concentración tóxica de litio. La variación terapéutica para la manía aguda es:
 - 1.5 meq/L.
 - 10 a 15 meq/L.
 - 0.5 a 1.0 meq/L.
 - 5 a 10 meq/L.
9. Despues de un tiempo apropiado, el médico determina que Margaret no responde de manera satisfactoria al litio. Cambia su medicación a otro fármaco que es más eficaz para el tratamiento de manía bipolar. Este fármaco es:
 - Molindona.
 - Paroxetina.
 - Carbamazepina.
 - Trancilcipromina.
10. La declaración de Margaret: “¡Mi cuñada está celosa, y está tratando que parezca que estoy loca!” es un ejemplo de:
 - Delirio de grandeza.
 - Delirio de persecución.
 - Delirio de referencia.
 - Delirio de control o influencia.

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

Alicia, de 29 años de edad, ha estado trabajando como mecanógrafa en una gran corporación por 6 años. Su supervisor inmediato se retiró y promovieron a Alicia al puesto de supervisor, a cargo de un departamento con 20 personas. Alicia se sintió halagada por la promoción, pero se siente ansiosa por la responsabilidad adicional de la posición. Poco después de su promoción, escuchó a dos compañeros que comentaban: “¿Por qué la escogieron a ella? No es la mejor para el trabajo. Sé que yo no soy capaz de respetarla como mi jefe!” Escuchar esos comentarios aumentó la ansiedad en Alicia y sus dudas con respecto a ella misma.

Poco después Alicia empezó con sus nuevas obligaciones, sus amigos y compañeros notaron un cambio. Tenía mucha energía y trabajaba largas horas. Empezó a hablar en voz alta y con rapidez. Su compañera de cuarto notó que dormía muy poco, y apenas se veía cansada. Cada noche iba a bailar y a bares, algunas veces traía hombres que acababa de conocer al departamento, algo que no había hecho con anterioridad. Compró mucha ropa y maquillaje, y cambió su apariencia por una más juvenil. No paga sus cuentas ni su parte de la renta, pero llegó a casa con un convertible nuevo. Se enojó y le gritó a su compañera: “¡No te importa lo que yo haga!” cuando le pidió que pagara lo que le correspondía.

Se volvió irritable en el trabajo, y varios de sus subordinados informaron de su comportamiento al gerente corporativo. Cuando el gerente la confrontó, ella perdió el control, gritó, maldijo y golpeaba a cualquiera y cualquier cosa que estuviera a su alcance. Los oficiales de seguridad la sujetaron y la llevaron al departamento de urgencias del hospital donde fue admitida en la unidad psiquiátrica. No tiene historia previa de enfermedad psiquiátrica.

El psiquiatra le diagnosticó trastorno bipolar I y prescribió por escrito olanzapina 15 mg POSTAT, olanzapina 15 mg PO qd, y carbonato de litio 600 mg qid.

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Alicia:

1. ¿Cuáles son las consideraciones más importantes que el personal de enfermería a cargo de Alicia debe tomar en cuenta?
2. ¿Por qué se le diagnosticó trastorno bipolar I?
3. El doctor debe ordenar que se le disminuya la dosis de litio después de 4 a 6 días. ¿Cuáles son los síntomas por los que el personal de enfermería debe estar alerta?
4. ¿Por qué el médico ordenó olanzapina además de carbonato de litio?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G. y Halter, U. **Beneficios del ejercicio aeróbico en pacientes con depresión mayor: Un estudio piloto.** *British Journal of Sports Medicine* (2001, abril), 35(2):114-117.

Descripción del estudio: La investigación de la literatura para este estudio reveló que la actividad física puede reducir la gravedad de los síntomas en pacientes deprimidos. Algunos datos sugieren que incluso un ejercicio sencillo puede provocar una mejoría sustancial en el ánimo. Esta investigación se condujo para evaluar los efectos a corto plazo de un programa de entrenamiento en pacientes con depresión mayor moderada a grave. Los participantes son 5 hombres y 7 mujeres con edad promedio de 49 años de edad. A cada uno se le diagnosticó episodio depresivo mayor según los criterios del *DSM-IV*. La duración promedio del episodio depresivo fue de 35 semanas (la variación fue de 12 a 96 semanas). El entrenamiento consistió en caminar en una banda siguiendo un patrón de entrenamiento de intervalos y por 30 min al día por 10 días. Las calificaciones objetivas de la depresión se midieron utilizando la *Hamilton Rating Scale for Depression*. También se consideraron informes subjetivos de autovaloración.

Resultados del estudio: Al final del programa de entrenamiento, se observó una reducción clínica relevante y estadísticamente significativa en las calificaciones promedio de la depresión, como sigue

Calificaciones Hamilton:	Antes: 19.5	Después: 13
Calificaciones de autoevaluación:	Antes: 23.2	Después: 17.7

Los cambios subjetivos y objetivos en las calificaciones de depresión se correlacionaron de manera importante.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Este estudio concluye que el ejercicio aeróbico puede producir mejoría sustancial en el ánimo de los pacientes con trastorno depresivo mayor en poco tiempo. El personal de enfermería en psiquiatría puede ser instrumento para la educación de los pacientes deprimidos y obtener estos beneficios, y alentar la participación en los programas de ejercicio aeróbico.

R E F E R E N C I A S

- Abrams, R. (2002). *Electroconvulsive therapy* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Administration on Aging. (2005). *A profile of older Americans: 2005*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Allen, M.H. (2003). Approaches to the treatment of mania. *Medscape Psychiatry*. Retrieved March 15, 2007 from http://www.medscape.com/viewprogram/2639_pnt
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). *Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2005). *Postpartum depression*. Retrieved March 14, 2007 from <http://healthyminds.org/postpartumdepression.cfm>
- Cartwright, L. (2004). Emergencies of survival: Moral spectatorship and the new vision of the child in postwar child psychoanalysis. *Journal of Visual Culture*, 3 (1), 35–49.
- Centers for Disease Control (CDC). (2002). *Preventing suicide*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.cdc.gov/safeusa/suicide.htm>
- Centers for Disease Control (CDC). (2005). *Suicide: Fact sheet*. Retrieved November 21, 2005 from the World Wide Web at <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>
- Davidson, L. (2005). *Suicide and season*. New York: American Foundation for Suicide Prevention.
- Dubovsky, S.L., Davies, R., & Dubovsky, A.M. (2003). Mood disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Frackiewicz, E.J., & Shiovitz, T.M. (2001). Evaluation and management of premenstrual syndrome. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41 (3), 437–447.
- Frank, L.R. (2002). Electroschok: A crime against the spirit. *Ethical Human Sciences & Services*, 4 (1), 63–71.
- Fraser, M. (2005). *What about us?: The legacy of suicide*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.csu.edu.au/research/crsr/ruralsoc/v4n3p7.htm>
- Geddes, J.R. (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 361 (9360), 799–808.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Delbello, M.P., Frazier, J., & Beringer, L. (2002). Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: Examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts, and hypersexuality. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 3–9.
- Goldberg, J.F., & Hoop, J. (2004). Bipolar depression: Long-term challenges for the clinician. *Medscape Psychiatry*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.medscape.com/viewprogram/3350>
- Hakko, H. (2000). *Seasonal variation of suicides and homicides in Finland*. Oulu, Finland: University of Oulu.
- Harvard Medical School. (2002, February). Depression in Children—Part I. *The Harvard Mental Health Letter*. Boston, MA: Harvard Medical School Publications Group.
- International Society for Mental Health Online [ISMHO]. (2004). *All about depression*. Retrieved on March 15, 2007 from http://www.allaboutdepression.com/gen_01.html#3
- Ishihara, K., & Sasa, M. (1999). Mechanism underlying the therapeutic effects of electroconvulsive therapy (ECT) on depression. *Japanese Journal of Pharmacology*, 80 (3), 185–189.
- Kafantaris, V., Dicker, R., Coletti, D.J., & Kane, J.M. (2001). Adjunctive antipsychotic treatment is necessary for adolescents with psychotic mania. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, 409–413.
- Kowatch, R.A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K.D., Findling, R.L., & Hellander, M. (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (3), 213–235.
- Lee, G.R., Willetts, M.C., & Seccombe, K. (1998). Widowhood and depression: Gender differences. *Research on Aging*, 20 (5), 611–630.
- Lee, G.R., DeMaris, A., Bavin, S., & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, S56–S61.
- Macnab, F. (1993). *Brief psychotherapy: An integrative approach in clinical practice*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Marangell, L.B., Silver, J.M., Goff, D.C., & Yudofsky, S.C. (2003). Psychopharmacology and electroconvulsive therapy. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Mental Health Sanctuary. (2004). *How to help a suicidal person*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.mhsanctuary.com/suicide/sui2.htm>
- Merck Manual of Diagnosis and Therapy. (2005). *Mood disorders*. Retrieved March 14, 2007 from <http://www.merck.com/>
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., Simaneau, T.L., & Suddath, R.L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60 (9), 904–912.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2006). *Mental disorders in America: The numbers count*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2006). *In harm's way: Suicide in America*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/harmsway.cfm>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2004). “*Care managers*” help depressed elderly reduce suicidal thoughts. Retrieved March 14, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2007). *Different families, different characteristics—Different kinds of bipolar disorder?* Science Update. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/press/bp-familiality.cfm>
- Popolos, D. (2005). All about ECT. Retrieved February 10, 2005 from <http://www.schizophrenia.com/family/ect1.html>
- Rupke, S.J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73(1), 83–86.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Samaritans (The). (2005). *Suicide myths and misconceptions*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.samaritansnyc.org/myths.html>
- Schimelpfening, N. (2002). *A vitamin a day keeps depression away*. Retrieved on March 15, 2007 from <http://depression.about.com/library/weekly/aa051799.htm>
- Slattery, D.A., Hudson, A.L., & Nutt, D.J. (2004). Invited review: The evolution of antidepressant mechanisms. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 18 (1), 1–21.
- Soreff, S., & McInnes, L.A. (2006). Bipolar affective disorder. *E-medicine: Psychiatry*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic229.htm>
- Taber's Cyclopedic Medical Dictionary (20th ed.). (2005). Philadelphia: FA Davis.
- Texas Women's University (TWU) Counseling Center. (2005). *Facts and fables about suicide*. Retrieved January 17, 2005 from <http://www.twu.edu/o-sl/counseling/SI046.html>
- Tondo, L., & Baldessarini, R.J. (2001a). *Suicide: Historical, descriptive, and epidemiological considerations*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.medscape.com/viewprogram/352>
- Tondo, L., & Baldessarini, R.J. (2001b). *Suicide: Causes and clinical management*. Retrieved March 15, 2007 from <http://www.medscape.com/viewprogram/353>
- U.S. Public Health Service (USPHS). (1999). *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC: USPHS.
- Wahlund, B., & von Rosen, D. (2003). ECT of major depressed patients in relation to biological and clinical variables: A brief overview. *Neuropsychopharmacology*, 28, S21–S26.
- Zubietta, J.K., Huguelet, P., Koeppe, R.A., Kilbourn, M.R., Carr, J.M., Giordani, B.J., & Frey, K.A. (2000). High vesicular monoamine transporter binding in asymptomatic bipolar I disorder: Sex differences and cognitive correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1619–1628.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. New York: Guilford Press.
- Freud, S. (1957). *Mourning and melancholia*, Vol. 14 (standard ed.). London: Hogarth Press. (Original work published 1917.)
- Seligman, M.E.P. (1973). Fall into helplessness. *Psychology Today*, 7, 43–48.

**R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T**

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastornos del ánimo y tratamiento farmacológico y psicosocial en:

- <http://www.psigroup.com/depression.htm>
- <http://depression.miningco.com/>
- <http://www.ndmda.org>
- <http://www.fadavis.com/townsend>
- www.mentalhealth.com/p.html
- www.mhsOURCE.com/bipolar
- www.mhsOURCE.com/depression
- <http://www.mental-healthmatters.com>
- www.mentalhelp.net
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>

17

CAPÍTULO

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

ASPECTOS HISTÓRICOS

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

¿QUÉ TANTO ES MUCHO?

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

agorafobia

trastorno obsesivo compulsivo

fobia social

inundación

trastorno de pánico

fobia específica

trastorno de ansiedad generalizada

trastorno de estrés postraumático

desensibilización sistemática

terapia de implosión

comportamiento ritualista

CONCEPTOS CENTRALES

ansiedad

fobia

compulsiones

pánico

obsesiones

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Diferenciar entre los términos *estrés*, *ansiedad* y *miedo*.
2. Discutir los aspectos históricos y las estadísticas epidemiológicas relacionados con los trastornos de ansiedad.
3. Diferenciar entre la ansiedad normal y la ansiedad psiconeurótica.
4. Describir varios tipos de trastornos de ansiedad e identificar la sintomatología relacionada con cada una.
5. Identificar las implicaciones etiológicas en el desarrollo de los trastornos de ansiedad.
6. Formular diagnósticos de enfermería y los criterios de resultado para los pacientes con trastorno de ansiedad.
7. Describir las intervenciones de enfermería apropiadas para los comportamientos relacionados con los trastornos de ansiedad.
8. Identificar los temas importantes sobre trastornos de ansiedad para informar al paciente y a la familia.
9. Evaluar la atención de enfermería de pacientes con trastornos de ansiedad.
10. Discutir varias modalidades relevantes del tratamiento de los trastornos de ansiedad.

INTRODUCCIÓN

El siguiente es un relato del compositor y cantante Michael Johnson (1994), quien relata su experiencia con la ansiedad:

Llevas puesta tu ropa de Jolly Roger, tienes el micrófono, las luces están sobre ti, el dueño le acaba de decir al público que se calle, y tú estás sintiendo esa clase de enfermedad “muestra y habla” que utilizas para los concursos o recitales de la escuela. De repente, tu boca está tan seca que tus labios están pegados a tus dientes y tú te encuentras gesticulando con tu hombro y te preguntas si ellos piensan que tal vez te pasa algo desafortunado. Y ellos tratan de enfrentarse con todo. Es ahora, por supuesto, que te golpea y empiezas el segundo verso, tú estás haciendo una vida reescrita, y no tienes idea de cómo va a terminar la canción. Tu registro vocal se redujo y tu latido cardiaco interfiere con tu vibrato. Tus palmas están mojadas y tu boca está seca —¡una gran combinación!

Las personas enfrentan ansiedad a diario. Ésta, que proporciona la motivación para alcanzar el éxito, es una fuerza necesaria para sobrevivir. El término *ansiedad* con frecuencia se utiliza de manera intercambiable con la palabra *estrés*; sin embargo, no son lo mismo. El estrés, o un factor estresante, es una presión externa que afecta al individuo. La ansiedad es la respuesta emocional subjetiva al factor de estrés. (Ver capítulo 1 para una revisión de ansiedad como respuesta al estrés.)

La ansiedad se puede distinguir del *miedo* en que el anterior es un proceso emocional, mientras el miedo es cognitivo. El miedo incluye la valoración intelectual de un estímulo amenazante; la ansiedad es la respuesta emocional a esa apreciación.

Este capítulo se enfoca en los trastornos que se caracterizan por ansiedad exagerada y con frecuencia reacciones de ansiedad incapacitantes. Se presentan aspectos históricos y estadísticas epidemiológicas; los factores predisponentes implicados en la etiología de los trastornos de ansiedad proporcionan un marco para estudiar las dinámicas de las fobias, **trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**, **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**, **trastorno**

de pánico, trastorno de estrés postraumático (TEPT), y otros trastornos de ansiedad. Se presentan varias causas, aunque parece que es una combinación de factores que contribuyen a la etiología de trastornos de ansiedad.

Se presenta una explicación de la sintomatología para valorar al paciente con trastorno de ansiedad; la atención de enfermería en el contexto del proceso de enfermería, y varias modalidades de tratamiento médico.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Las personas han experimentado ansiedad por años. De hecho la ansiedad todavía no estaba bien definida o no era considerada como una entidad separada por los psiquiatras o los psicólogos hasta los siglos xix y xx. De hecho, lo que se sabe ahora de la ansiedad se identificaba antes sólo por los síntomas fisiológicos, con un enfoque en el sistema cardiovascular. Se utilizaron varios términos diagnósticos para identificar estos síntomas; por ejemplo, neurosis cardíaca, síndrome de DaCosta, corazón irritable, taquicardia nerviosa, astenia neurocirculatoria, corazón de soldado, neurosis vasomotora y astenia vasorreguladora, son algunos nombres por los cuales fue referida por años (Sadock y Sadock, 2003).

Freud fue el primero en introducir el término *neurosis ansiosa* en 1895. Escribió: “La llamo síndrome de ‘neurosis ansiosa’ debido a que todos sus componentes se pueden agrupar alrededor del síntoma principal de ansiedad” (Freud, 1959). Esta idea intentó negar el concepto previo del problema como estrictamente físico, aunque tiempo antes los clínicos de medicina interna estaban listos para aceptar las implicaciones psicológicas para los síntomas. De hecho, no fue hasta la Segunda Guerra Mundial que se reconocieron las dimensiones psicológicas de estas diferentes condiciones funcionales cardiacas.

Por muchos años, los trastornos de ansiedad se vieron como puramente psicológicos o biológicos. Los investigadores empezaron a enfocarse en las interrelaciones de la mente y el cuerpo, y los trastornos de ansiedad proporcionan un ejemplo excelente de esta compleja relación. Parece que varios factores incluyendo los genéticos, de desarrollo, ambientales y psicológicos, participan en la etiología de la ansiedad.

Concepto Central

Ansiedad

Es una respuesta emocional (p. ej. aprehensión, tensión, incomodidad) ante la perspectiva de peligro, cuya fuente es desconocida o irreconocible. La ansiedad puede presentarse patológica cuando interfiere con la calidad de vida, logro de metas deseadas o satisfacción, o con la estabilidad emocional razonable.

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Los trastornos de ansiedad son los más comunes de todas las enfermedades psiquiátricas, provocan alteración funcional y angustia (Hollander y Simeon, 2003). Las estadísticas varían mucho, pero coinciden en que la ansiedad es más común en mujeres que en varones, en una propor-

ción de 2 a 1. Los índices de prevalencia en la población general están en 4 a 6% para ansiedad generalizada, 2 a 3% para trastorno obsesivo compulsivo, 8% para trastorno de estrés postraumático, 13% para ansiedad social y 22% para fobias (Hermida y Malone, 2004). Una revisión de la literatura muestra gran variación de informes en la prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños (2 a 43%). Los estudios epidemiológicos sugieren que los síntomas prevalecen más en las niñas que en niños (*American Psychiatric Association [APA], 2000*) y que los niños en grupos minoritarios y de bajos recursos económicos pueden estar en mayor riesgo (*National Mental Health Association [NMHA], 2005*). Los estudios de patrones familiares sugieren que tal vez exista una predisposición familiar a estos trastornos.

¿QUÉ TANTO ES MUCHO?

Por lo general la ansiedad se considera una reacción normal a un peligro real o amenaza a la integridad biológica o concepto de sí mismo. Se disipa cuando el peligro o la amenaza ya no están presentes.

Es difícil poner una línea precisa entre la ansiedad normal y anormal. La normalidad se determina por estándares sociales; lo que se considera normal en Chicago, Illinois, no es considerado igual en El Cairo, Egipto. Puede haber discrepancias regionales entre países o culturas, dentro de una misma región. Así que ¿qué criterios se pueden determinar si la respuesta ansiosa de un individuo es normal? La ansiedad puede ser considerada anormal o patológica si:

- Está fuera de proporción a la situación que la crea.

EJEMPLO:

La señora K atestiguó un serio accidente automovilístico hace 4 semanas cuando iba conduciendo su automóvil, y desde entonces no quiere conducir ni siquiera a la tienda a pocos metros de su casa. Cuando está disponible, su marido la lleva a donde ella lo necesita.

- La ansiedad interfiere con el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes.

EJEMPLO:

Debido a la ansiedad relacionada con manejar un automóvil, la señora K ha sido forzada a renunciar a su trabajo en el banco del centro del pueblo por falta de transporte.

Concepto Central

Pánico

Un sentimiento abrumador repentino de terror o inminente fatalidad. Esta grave forma de ansiedad emocional, por lo general se acompaña por signos fisiológicos, cognitivos y de comportamiento y síntomas considerados fuera de los rangos esperados de normalidad.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Trastorno de Pánico

Valoración de Antecedentes

Se caracteriza por ataques de pánico recurrentes, el inicio es impredecible, y se manifiesta por ansiedad o presión intensa, miedo o terror, con frecuencia relacionado con sentimientos de fatalidad inminente y acompañada de incomodidad física intensa. Los síntomas se presentan de manera inesperada, esto es, no ocurren inmediatamente antes o ante la exposición a la situación que usualmente causa ansiedad (como en una fobia específica). Los factores orgánicos en función de la etiología se desconocen.

Se deben presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas para identificar la presentación de un ataque de pánico. Cuando se manifiestan menos de cuatro, el individuo es diagnosticado con un ataque de síntomas limitados.

- Palpitaciones o frecuencia cardiaca acelerada
- Sudoración
- Sensaciones de que se acorta la respiración o sofocaciones
- Sensación de ahogo
- Dolor o malestar en el pecho
- Náusea o molestias abdominales
- Sensación de mareo, temblor, mareo o desmayo
- Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar separado de sí mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (entumecimiento o sensaciones de hormigueo)
- Escalofríos o bochornos

Los ataques por lo general duran minutos, muy rara vez horas. El individuo con frecuencia experimenta varios grados de nerviosismo y aprensión entre los ataques. Los síntomas de depresión son comunes.

La edad promedio del inicio del trastorno de pánico es al final de los 20. La frecuencia y la gravedad varía mucho (APA, 2000). Algunos individuos pueden tener ataques de intensidad moderada cada semana; otros menos graves o presentan síntomas limitados con diferencia de semanas o meses entre sí. El trastorno puede durar semanas, meses o algunos años. Algunas veces el individuo experimenta períodos de remisión y de exacerbación. En tiempos de remisión, la persona puede tener ataques recurrentes de síntomas limitados. El trastorno de pánico puede acompañarse o no de agorafobia.

Trastorno de Pánico con Agorafobia

El trastorno de pánico con agorafobia se caracteriza por los síntomas descritos para el trastorno de pánico; además, la persona experimenta miedo a estar en lugares o situaciones en las cuales pueda ser difícil escapar o donde no hay ayuda disponible si se presenta una crisis (APA, 2000, p. 432). Este miedo restringe los viajes y el individuo apenas sale cerca de su hogar o permanece en éste, o sólo sale acompañado. Las situaciones comunes de agorafobia incluyen salir de casa solo, estar en una multitud, o parado en una fila, en un puente, y viajar en autobús, tren o automóvil.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Valoración de Antecedentes

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad no realista, han existido crónicas excesivas y preocupantes. Los síntomas perduran por seis meses o más y no se pueden atribuir a factores orgánicos específicos, como intoxicación por cafeína o hipertiroidismo.

El *DSM-IV-TR* identifica los siguientes síntomas relacionados con trastorno de ansiedad generalizada, angustia significativa clínica o alteración en el funcionamiento social, ocupacional u otro aspecto importante de funcionamiento, se pueden presentar por días en por lo menos seis meses.

- Ansiedad excesiva y preocupante sobre el número de eventos que el individuo encuentra difícil de controlar
- Inquietud o sentimiento de nerviosismo o intranquilidad
- Se fatiga con facilidad
- Dificultad para concentrarse o la mente se “queda en blanco”
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para dormir o permanecer dormido, o sueño no satisfactorio y sin descanso)

El trastorno puede empezar en la niñez o la adolescencia, pero el inicio es infrecuente después de los 20 años de edad. Los síntomas depresivos son comunes, y numerosas quejas somáticas pueden ser parte del cuadro clínico. El trastorno de ansiedad generalizada tiende a ser crónico, con frecuentes exacerbaciones relacionadas con estrés y fluctuaciones en el curso de la enfermedad.

Implicaciones Etiológicas para Trastornos de Pánico y de Ansiedad Generalizada

Teoría Psicodinámica

La visión psicodinámica se enfoca en la incapacidad del Yo para intervenir cuando se presenta el conflicto entre el ello y el superyo, lo que produce la ansiedad. Por varias razones (relaciones hijo-padre insatisfactoria; amor condicionado o gratificación provisional), se retrasa el desarrollo del Yo. Cuando los defectos del desarrollo en las funciones del Yo comprometen la capacidad para modular la ansiedad, el individuo recurre a mecanismos inconscientes para resolver el conflicto. El uso excesivo o ineficaz de los mecanismos de defensa del Yo provocan respuesta de no adaptación a la ansiedad.

Teoría Cognitiva

La principal tesis de la visión cognitiva es que patrones de pensamiento defectuosos, distorsionados o contraproducentes acompañan o preceden comportamientos de no adaptación y trastornos emocionales (Sadock y Sadock, 2003). Cuando hay una alteración en el mecanismo central de cognición, hay una consecuente perturbación en los sentimientos y conductas. Debido al pensamiento distorsionado, se mantiene la ansiedad por apreciación errónea o disfuncional de una situación. Hay pérdida de la capacidad para razonar en relación con el problema, ya sea físico o interpersonal. El individuo se siente vulnerable en una situación determinada, y el pensamiento distorsionado resulta en una apreciación irracional, lo que promueve un resultado negativo.

Aspectos Biológicos

Las investigaciones en la correlación psicobiológica del pánico y los trastornos de ansiedad generalizada suponen varias posibilidades.

GENÉTICOS. El trastorno de pánico tiene un fuerte elemento genético (*Harvard Medical School*, 2001). El índice de concordancia para gemelos idénticos es de 30%, y el riesgo para el trastorno en un pariente cercano es 10 a 20%. La *Harvard Medical School* (2001) notifica lo siguiente:

Algunos investigadores sugieren una posible base hereditaria sobre la proteína colecistocinina, la cual puede inducir ata-

ques de pánico cuando es inyectada. En un estudio reciente, los investigadores encontraron una relación entre el trastorno de pánico y una variante del gen que controla la producción de esta proteína (p. 2).

NEUROANATÓMICOS. La teoría moderna en la fisiología de los estados emocionales pone la clave en los centros cerebrales más inferiores, incluyendo el sistema límbico, el diencéfalo (tálamo e hipotálamo), y la formación reticular. Los estudios de imagenología de la estructura cerebral relacionan cambios patológicos en los lóbulos temporales, en particular el hipocampo (Sadock y Sadock, 2003).

BIOQUÍMICOS. Se observan elevaciones anormales de lactato en sangre en pacientes con trastorno de pánico. De la misma forma, la infusión del lactato sódico en pacientes con neurosis ansiosas produce síntomas de trastorno de pánico. Aunque varios laboratorios reproducen estos hallazgos de sensibilidad aumentada al lactato en personas predispuestas a este trastorno, no pueden explicar el mecanismo específico que activa estos síntomas (Hollander y Simeon, 2003).

NEUROQUÍMICOS. Existe evidencia de la participación del neurotransmisor norepinefrina en la etiología del trastorno (Daniels y Yerkes, 2006). Se sabe que ésta regula la excitación, y causa hiperexcitación y ansiedad. Este hecho demuestra aumento en la ansiedad, después de la administración de fármacos que incrementan la disponibilidad sináptica de norepinefrina, como la yohimbina (ver figura 17-1).

Condiciones Médicas

Las siguientes situaciones médicas se relacionan con personas que sufren trastornos de pánico y de ansiedad generalizada:

- Anomalías en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales y el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides
- Infarto agudo al miocardio
- Feocromocitomas
- Intoxicación y abstinencia de sustancias (cocaína, alcohol, marihuana, opioides)
- Hipoglucemias
- Intoxicación por cafeína
- Prolapso de válvula mitral
- Crisis parciales complejas

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos recopilados durante la valoración y con los antecedentes de las implicaciones etiológicas. A continuación se incluyen algunos diagnósticos de enfermería comunes:

- El pánico se relaciona con una amenaza real o percibida a la integridad biológica o concepto de sí mismo que se evidencia por alguno o todos los síntomas físicos identificados por el *DSM-IV-TR* como descriptivos de trastorno de pánico o de ansiedad generalizada.
- Impotencia relacionada con cognición alterada, que se observa por expresiones verbales de no tener control en una situación de vida y no participación en la toma de decisiones.

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en la atención del paciente con trastorno de pánico o de ansiedad generalizada.

Paciente:

- Es capaz de reconocer signos de ansiedad creciente
- Es capaz de intervenir para que la ansiedad no se convierta en pánico
- Puede discutir planes a largo plazo para prevenir el pánico cuando se presentan situaciones de estrés
- Practica técnicas de relajación todos los días
- Se compromete haciendo ejercicio tres veces a la semana
- Realiza sus actividades de la vida diaria de manera independiente
- Expresa satisfacción por su funcionamiento independiente
- Es capaz de mantener la ansiedad a un nivel manejable sin usar medicamentos
- Puede participar en la toma de decisiones; por lo tanto, mantiene el control en situaciones de vida
- Habla de la aceptación de situaciones de vida en las cuales no tiene control

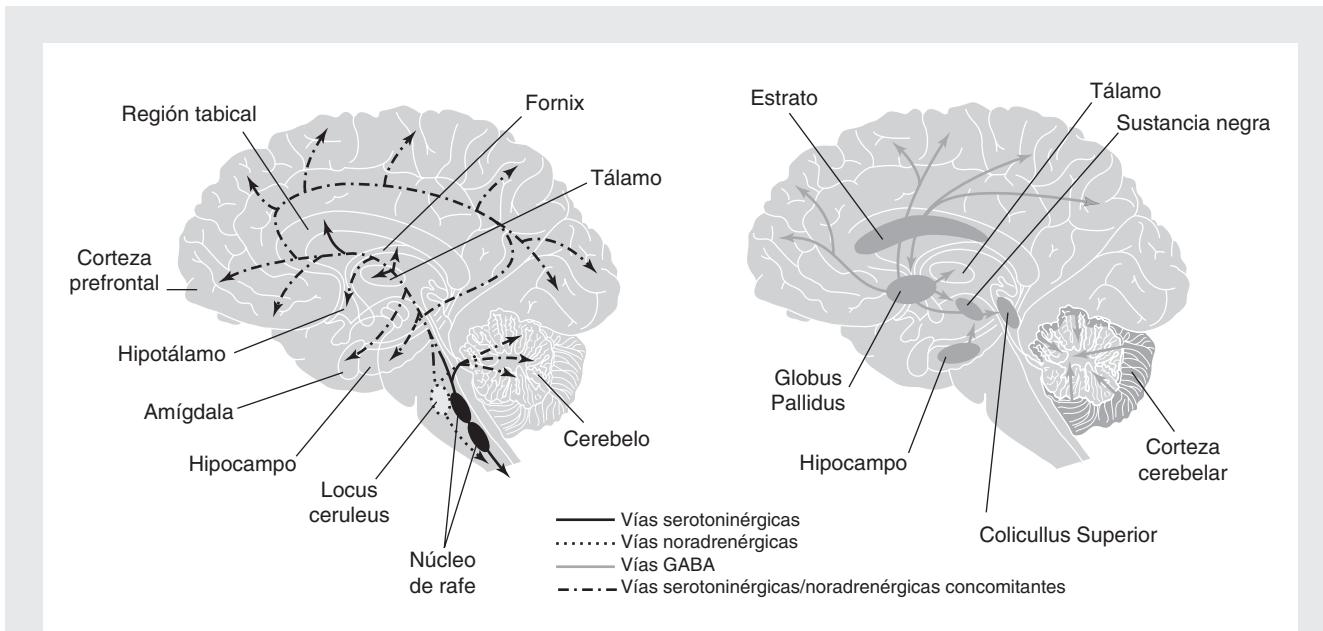
Planificación y Realización

En el cuadro 17-1 se proporciona un plan de atención para el paciente con trastorno de pánico o de ansiedad generalizada; los diagnósticos de enfermería, además de los criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia en diagrama de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre diagnóstico médico, de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 17-2 se da un ejemplo del plan de atención de planificación de concepto para un paciente con trastorno de pánico o ansiedad generalizada.

Evaluación

La evaluación se facilita con la información obtenida de las siguientes preguntas:

**FIGURA 17-1** Neurobiología de los trastornos de ansiedad.

Neurotransmisores

Aunque también se relacionan otros neurotransmisores con la fisiopatología de trastornos de ansiedad, parece que las alteraciones en la serotonina, norepinefrina y ácido gammaaminobutírico (GABA) son las más importantes.

Los cuerpos celulares de origen para las vías de serotonina se encuentran en el núcleo del rafe localizado en el tallo cerebral. Se piensa que la serotonina disminuye en los trastornos de ansiedad. Los cuerpos celulares de norepinefrina se originan en el locus ceruleus, se cree que la norepinefrina aumenta en los trastornos de ansiedad. GABA es el neurotransmisor principal inhibidor en el cerebro. Participa en la reducción y retardo de la actividad celular. Se sintetiza a partir del ácido glutámico, con vitamina B₆ como cofactor. Se encuentra en casi todas las regiones del cerebro. Se piensa que GABA disminuye en trastornos de ansiedad (lo que permite mayor excitabilidad celular).

Áreas afectadas del cerebro

Las áreas afectadas del cerebro por trastornos de ansiedad y los síntomas que regulan incluyen lo siguiente:

- Amígdala: Miedo, en particular en trastornos de pánico y fobias.
- Hipocampo: Relacionado con la memoria de las respuestas de temor.
- Locus ceruleus: Excitación.
- Tallo cerebral: Activación respiratoria; frecuencia cardiaca.
- Hipotálamo: Activación de la respuesta de estrés.
- Corteza frontal: Interpretaciones cognitivas.
- Tálamo: Integración de estímulos sensoriales.
- Ganglios basales: Temblor.

Fármacos Ansiolíticos	Acción	Efectos Colaterales
Benzodiazepinas	Aumenta la afinidad de los receptores de GABA _A para GABA	Sedación, vértigo, debilidad, ataxia, disminución del rendimiento motor, dependencia, abstinencia.
SSRI	Bloquea la recaptación de serotonina en la terminal presináptica, aumenta la concentración de serotonina.	Náusea, diarrea, dolor de cabeza, insomnio, somnolencia, disfunción sexual.
Noradrenérgicos (p. ej., propranolol, clonidina)	Propranolol: bloquea la actividad de los bloqueadores beta-adrenérgicos. Clonidina: estimula los receptores alfa-adrenérgicos.	Propranolol: bradicardia, hipotensión, debilidad, fatiga, impotencia, malestares gastrointestinales, broncoespasmos. Clonidina: boca seca, sedación, fatiga, hipotensión.
Barbitúricos	Depresión del SNC. También produce efectos en los sistemas hepático y cardiovascular.	Somnolencia, agitación, confusión, ataxia, vértigo, bradicardia, hipotensión, constipación.
Buspirona	Agonista parcial del receptor 5-HT _{1A}	Vértigo, somnolencia, boca seca, dolor de cabeza, nerviosismo, náusea, insomnio.

CUADRO 17 – 1 Plan de Cuidado para el Paciente con Trastorno de Pánico o Trastorno de Ansiedad Generalizada
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ANSIEDAD/PÁNICO**RELACIONADO CON:** Amenaza real o percibida a la integridad de autoconcepto**EVIDENCIADO POR:** Cualquiera o todos los síntomas físicos identificados por el *DSM-IV-TR*

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente será capaz de reconocer los síntomas del inicio de la ansiedad e intervenir antes de que se convierta en pánico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permanecer con el paciente y ofrecer seguridad y protección. 2. Mantener la calma, no amenazante, acercamiento pragmático. 3. Utilizar palabras sencillas y mensajes breves, hablar de manera tranquila y clara, para explicar las experiencias del hospital. 4. Mantener los alrededores inmediatos con pocos estímulos (poca luz, pocas personas, decoraciones sencillas). 5. Administrar medicamentos tranquilizantes, como lo prescribió el médico. Valorar la efectividad y los efectos colaterales. 6. Cuando el nivel de ansiedad se reduce, explore las posibles razones de esto. 7. Enseñe signos y síntomas de ansiedad creciente, y formas de interrumpir su progreso (técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda, y meditación, o ejercicios físicos, caminatas y trotar). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente puede temer por su vida. La presencia de un individuo confiado proporciona un sentimiento de seguridad y protección de seguridad personal. 2. La ansiedad es contagiosa y se puede transferir del personal al paciente y viceversa. El paciente desarrolla un sentimiento de seguridad en presencia del personal tranquilo. 3. En una situación de ansiedad intensa, el paciente es incapaz de comprender cualquier cosa, excepto la comunicación más elemental. 4. Un ambiente estimulante puede aumentar el grado de ansiedad. 5. Los medicamentos ansiolíticos proporcionan alivio de los efectos de inmovilidad de la ansiedad. 6. Reconocimiento del factor precipitante es el primer paso para enseñar a interrumpir la escalada de ansiedad. 7. Técnicas de relajación que provocan una respuesta fisiológica opuesta a la respuesta de ansiedad. Las actividades físicas liberan el exceso de energía de una manera saludable.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IMPOTENCIA**RELACIONADO CON:** Cognición alterada**EVIDENCIADA POR:** Expresiones verbales de no control en la situación de vida y no participación en la toma de decisiones relacionadas con la atención personal o situación de vida

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de resolver el control de situación de vida, por lo que disminuirán los sentimientos de impotencia y ansiedad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permita que el paciente tome la responsabilidad de su cuidado personal en la medida de lo posible. Los ejemplos incluyen. <ol style="list-style-type: none"> a. Establecer su propio horario de actividades de atención personal. b. Incluya a la persona para establecer los objetivos de atención. c. Proporcione la privacidad que necesita. d. Proporcione retroalimentación positiva por las decisiones tomadas. Respete los derechos del paciente para tomar decisiones de manera independiente, y refrene los intentos por influir en lo que parezca mas lógico. 2. Ayude al paciente a establecer metas realistas. 3. Ayude a identificar áreas de situación de vida que el paciente pueda controlar. 4. Ayude al paciente a identificar áreas de situación de vida que no están dentro de su capacidad de controlar. Aliente las conversaciones sobre los sentimientos sobre esta incapacidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proveer alternativas que incrementarán los sentimientos de control de los pacientes. 2. Desechar el establecimiento de metas irrealizables para el paciente y reforzar las sensaciones de empoderamiento. 3. La condición emocional del paciente interfiere con su habilidad para resolver problemas. Se requiere asistencia para percibir los beneficios y consecuencias de las alternativas elegidas. 4. Esto ayudará al paciente a trabajar con tópicos inseguros y aprender a aceptar que no cambian.

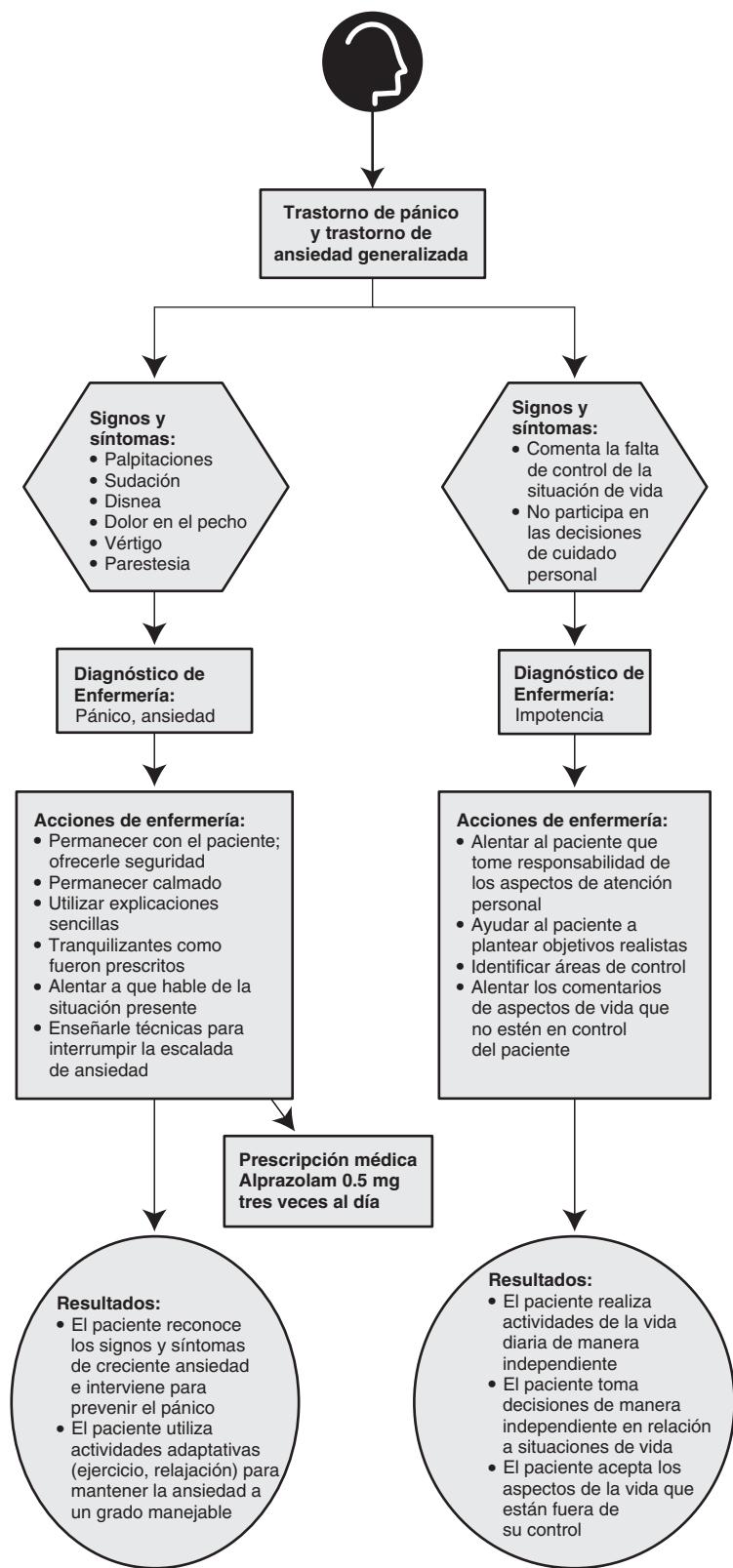


FIGURA 17-2 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada.

- ¿El paciente puede reconocer signos y síntomas de ansiedad creciente?
- ¿Es capaz de utilizar herramientas aprendidas para interrumpir la ansiedad en escalada, antes de que se convierta en pánico?
- ¿Puede practicar las técnicas aprendidas para mantener la ansiedad a un nivel manejable (p. ej., relajación; ejercicio físico)?
- ¿Puede mantener la ansiedad a un nivel manejable sin medicamentos?
- ¿Puede hablar de un plan a largo plazo para prevenir el pánico al enfrentar una situación estresante?
- ¿La persona puede realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente?
- ¿Puede tener control en una situación de vida al participar en el proceso de toma de decisiones?
- ¿El paciente puede hablar de recursos fuera del hospital en los cuales puede buscar ayuda durante momentos de estrés?

RECUADRO 17-1 Criterios de Diagnóstico para Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico

- A. La presencia de agorafobia relacionada con el miedo de desarrollar síntomas parecidos al pánico. Es el miedo a estar en lugares o situaciones de las cuales escapar pueda ser difícil (o embarazoso) o en los cuales la ayuda pueda no estar disponible en el momento de presentarse los síntomas que pudieran incapacitar a la persona o avergonzarla en extremo. Los ejemplos incluyen vértigo o desmayos, despersonalización o desrealización, pérdida del control de la vejiga o del intestino, vómito o problemas cardíacos. Como resultado de este miedo, la persona evita viajar o necesita ser acompañada cuando está lejos de casa, o soporta situaciones de agorafobia a pesar de sufrir angustia intensa. Las situaciones de agorafobia comunes incluyen estar fuera de casa solo, estar entre la multitud o formados en una fila, estar en un puente, y viajar en autobús, tren o automóvil.
- B. No se cumplen los criterios para el trastorno de pánico, se desconocen.
- C. La alteración no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de fármacos, un medicamento) o una condición médica general.
- D. Si una condición médica asociada está presente, el miedo es mayor de lo usual relacionado con la condición.

Fuente: American Psychiatric Association (2000) con permiso.

Fobias

Valoración de Antecedentes

Agorafobia Sin Historia de Trastorno de Pánico

La agorafobia sin trastorno de pánico es menos común que el tipo que precipita el ataque de pánico.

En este tipo de trastorno, se siente miedo de estar en lugares o situaciones de las cuales es difícil escapar, o en las cuales no hay ayuda disponible si se presenta un ataque de síntomas limitados o semejantes al pánico (más que un ataque con todos los síntomas) (APA, 2000). Es posible que el individuo haya experimentado los síntomas en el pasado y esté preocupado con el miedo de recurrencia. Los criterios de diagnóstico para agorafobia sin historia de pánico se presentan en el cuadro 17-1.

El inicio de los síntomas se presenta por lo general entre los 20 y 30 años de edad y persisten por muchos años. Se diagnostican con más frecuencia en mujeres que en hombres, la alteración puede ser grave. En casos extremos el individuo es incapaz de salir de su hogar sin ser acompañado por algún familiar o amigo; y si esto no es posible la persona se queda confinada por completo en su casa.

Fobia Social

La **fobia social** es un miedo excesivo a situaciones en las cuales la persona puede hacer algo embarazoso o ser evaluada de forma negativa por otras personas. El individuo tiene preocupaciones extremas sobre ser expuesto al escrutinio de los demás y teme a situaciones sociales o rendimiento en las cuales pueda suceder algo que lo avergüence (APA, 2000). En algunos casos, el miedo puede ser a hablar, o comer en un espacio público, utilizar un sanitario público, o escribir en presencia de otros. En otros casos, la fobia social puede involucrar situaciones en general, como decir algo o contestar preguntas que provoquen risas en los demás. La exposición a una situación fóbica, por lo general, ocasiona sentimientos de pánico, sudoración, taquicardia y disnea.

Concepto Central

Fobia

Miedo producido por la presencia o anticipación de un objeto o situación específico, exposición a la cual casi de manera invariable provoca una respuesta de *ansiedad o ataque de pánico*, incluso cuando se reconoce que el miedo es excesivo o irracional. El estímulo fóbico es evitado o soportado con marcada angustia (Shahrokh y Hales, 2003).

RECUADRO 17-2 Criterios de Diagnóstico para la Fobia Social

A. Miedo marcado y persistente de una o más situaciones sociales en los cuales el paciente es expuesto a personas desconocidas o a un posible escrutinio por otras. Teme actuar en una forma (o muestra síntomas de ansiedad) que lo humillarían o avergonzarían.

NOTA: En los niños, debe haber evidencia de la capacidad para relacionarse de manera adecuada según la edad con familiares, y la ansiedad se puede presentar entre pares, no sólo en interacciones con adultos.

B. La exposición a la situación social de temor provoca ansiedad de manera invariable, lo que puede suceder en una situación que predispone los ataques de pánico.

NOTA: En niños, la ansiedad se puede expresar con llantos, rabietas, se congelan, o se retraen con personas no familiares.

C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o no razonable.

NOTA: En niños esta característica puede no presentarse.

D. Las situaciones sociales temidas se evitan o se soportan con ansiedad intensa o angustia.

E. El evitar la anticipación ansiosa o la angustia interfiere de manera significativa con los hábitos normales, funcionamiento ocupacional (académica), o las actividades sociales o relaciones, o hay angustia excesiva por tener una fobia.

F. En los individuos más jóvenes de 18 años, la duración es de menos de seis meses.

G. El miedo no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de fármacos, medicamento) o una condición médica general, y no se explica por ningún otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad de separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno de desarrollo dominante, trastorno de personalidad esquizoide).

H. Si una condición médica general u otro trastorno mental está presente, el miedo en el criterio A no se relaciona con éste (p. ej., miedo no es tartamudeo, temblores en la enfermedad de Parkinson, o presentar comportamientos de alimentación anormales en anorexia nerviosa o bulimia nerviosa).

El diagnóstico se especifica como *generalizado* si los miedos incluyen casi todas las situaciones sociales.

Fuente: APA (2000), con permiso.

El inicio de los síntomas de este trastorno con frecuencia empieza al final de la niñez o al inicio de la adolescencia y cursa de manera crónica, algunas veces de por vida. Parece ser igualmente común en varones y mujeres (APA, 2000). La alteración interfiere con el funcionamiento social o laboral, o causa marcada angustia. Los criterios de diagnóstico para la fobia social se presentan en el recuadro 17-2.

Fobia Específica

La **fobia específica** fue llamada formalmente fobia. La característica esencial de este trastorno es un miedo obvio, persistente y excesivo o irracional en presencia o cuando se anticipa un encuentro con un objeto o situación específica (APA, 2000).

Las fobias específicas se presentan con frecuencia de manera concurrente con otros trastornos de ansiedad, pero rara vez son el foco de atención clínica (APA, 2000). El tratamiento en general se dirige al diagnóstico primario, debido a que produce mayor angustia e interfiere con el funcionamiento más que la fobia específica.

La persona fóbica puede no ser (o menos) ansiosa que cualquier otra, hasta que se expone al objeto o situación. La exposición al estímulo fóbico produce síntomas abrumadores de pánico, que incluyen palpitaciones, sudoración, mareo y dificultad para respirar. De hecho, estos síntomas se presentan en respuesta al *pensamiento*

de la persona en el estímulo fóbico. De manera invariable la persona reconoce que su miedo es excesivo o irracional, pero es impotente para cambiar, incluso cuando el individuo soporte de manera ocasional el estímulo fóbico cuando experimenta ansiedad intensa.

Las fobias empiezan a cualquier edad. Aquellas que inician en la niñez con frecuencia desaparecen sin tratamiento, pero las que principian o persisten en la adultez por lo general requieren terapia. El trastorno se diagnostica con más frecuencia en mujeres que en hombres.

Aunque el trastorno es común entre la población general, las personas rara vez buscan tratamiento, a menos que la fobia interfiere con la capacidad para funcionar. Es obvio que el individuo que le teme a las serpientes, pero vive en el piso 23 de un edificio, no le va a molestar la fobia a menos que decida mudarse a una zona donde haya serpientes. El miedo a los elevadores puede interferir con la vida diaria del individuo.

Las fobias específicas se clasifican según el estímulo fóbico. En el cuadro 17-2 se enlistan algunas de las más comunes, aunque no incluye todas las fobias. Las personas que se vuelven fóbicas a casi cualquier objeto o situación, y cualquiera con un poco de conocimiento de griego o latín pueden producir una clasificación de fobias, por lo que las posibilidades de hacer una lista son casi infinitas.

El *DSM-IV-TR* identifica subtipos de las fobias específicas más comunes, e incluye las siguientes:

CUADRO 17 – 2 Clasificaciones de Fobias Específicas

Clasificación	Miedo
Acrofobia	Alturas
Ailurofobia	Gatos
Algofobia	Dolor
Antofobia	Flores
Antropofobia	Personas
Acuofobia	Agua
Aracnofobia	Arañas
Astrafobia	Luz
Belonefobia	Agujas
Brontofobia	Truenos
Claustrofobia	Lugares cerrados
Cinofobia	Perros
Dementofobia	Locura
Equinofobia	Caballos
Escolecifobia	Gusanos
Gamofobia	Matrimonio
Herpetofobia	Lagartijas, reptiles
Homoftobia	Homosexualidad
Murofobia	Ratones
Misofobia	Suciedad, gérmenes, contaminación
Numerofobia	Números
Nictofobia	Obscuridad
Ocofobia	Conducir un automóvil
Ofidiofobia	Serpientes
Pirofobia	Fuego
Siderodromofobia	Viajar en tren o carreteras
Tapofobia	Ser enterrado vivo
Tanatofobia	Muerte
Tricofobia	Cabello, pelo
Triscaidecafobia	El número 13
Xenofobia	Extranjeros
Zoofobia	Animales

RECUADRO 16–2 Criterios de Diagnóstico para Fobia Específica

- A. Miedo marcado y persistente, excesivo y no razonable, debido a la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, recibir una inyección, ver sangre).
- B. Exposición al estímulo fóbico provoca de manera casi invariable una respuesta de ansiedad inmediata, lo cual puede tomar forma a una situación relacionada o predispone a ataques de pánico. **NOTA:** En niños, la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, se quedan paralizados o aferrarse a algo.
- C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional
NOTA: En niños esta característica no se presenta.
- D. La fobia es evitada o se soporta con ansiedad intensa o angustia.
- E. El evitar, la anticipación ansiosa, o angustia en la situación temida interfiere de manera significativa con la rutina normal, funcionamiento ocupacional (académico) o actividades sociales o relaciones, o hay mucha angustia sobre tener la fobia.
- F. En personas menores de 18 años, la duración es de por lo menos 6 meses.
- G. La ansiedad, los ataques de pánico, o el rechazo fóbico relacionado con el objeto específico no se explican con ningún otro trastorno mental.
- El diagnóstico se puede especificar como:
Tipo animal.
- Tipo ambiente natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)
 - Tipo sangre-inyección-lesiones.
 - Tipo situacional (aviones, elevadores, lugares cerrados)
 - Otro tipo

Fuente: APA (2000), con permiso.

- **Tipo animal.** Este subtipo se identificaría como parte del diagnóstico si el miedo es a los animales o los insectos.
- **Tipo ambiente natural.** Los ejemplos de este subtipo incluye objetos o situaciones que se presentan dentro del ambiente natural, como a las alturas, tormentas o agua.
- **Tipo sangre-inyección-lesión.** Este diagnóstico se debe especificar si el miedo es a ver sangre o una lesión, o recibir una inyección u otros procedimientos invasivos médicos o dentales.
- **Tipo situacional.** Este subtipo es designar el miedo a una situación específica, como transporte, túneles, puentes, elevadores, volar, conducir o lugares cerrados.
- **Otro tipo.** Esta categoría cubre todos los miedos excesivos o irracionales. Puede incluir a contraer una grave enfermedad, situaciones que pueden llevar a que

la persona vomite o entre en choque, miedo a ruidos fuertes o miedo a conducir.

Los criterios de diagnóstico del *DSM-IV-TR* para fobias específicas se presentan en el recuadro 17-3.

Implicaciones Etiológicas para Fobias

Se desconoce la causa de las fobias; sin embargo, existen varias teorías que pueden ofrecer una visión de la etiología.

Teoría Psicoanalítica

Freud creía que las fobias se desarrollan cuando un niño experimenta sentimientos incestuosos normales hacia el padre del sexo opuesto (complejo de Edipo/Electra) y teme la agresión del padre del mismo sexo (ansiedad de castración). Para protegerse a sí mismos, esos niños *reprimen* este miedo de hostilidad del mismo padre, y lo *desplazan*.

zan a algo más seguro y más neutral, que se vuelve el estímulo fóbico. El estímulo fóbico se convierte en símbolo del padre, pero el niño no se da cuenta de ello.

El psicoanálisis moderno, cree en el mismo concepto del desarrollo de la fobia, pero no cree que la única fuente de las fobias sea la ansiedad de castración. Se considera que otros miedos inconscientes también se expresan de manera simbólica como fobia. Por ejemplo, una niña que es abusada sexualmente por un adulto, amigo de la familia cuando la lleva a dar un paseo en bote, crece con miedo intenso e irracional por el agua. La teoría psicoanalítica postula que el miedo al hombre se reprimió y se desplazó a los botes, que se vuelven un símbolo inconsciente de la persona temida, pero uno que la chica puede ver como más seguro, ya que sus miedos la previenen de enfrentar el miedo real.

Teoría de Aprendizaje

El condicionamiento clásico en el caso de las fobias, puede explicarse como sigue: un estímulo estresante produce una respuesta “no condicionada” de miedo. Cuando el estímulo estresante se empata con un objeto inofensivo de manera repetida, el objeto inofensivo por último produce una respuesta “condicionada”: miedo. Esto se convierte en fobia cuando el individuo evita de manera consciente el objeto inofensivo para escapar del miedo.

Algunos teóricos del aprendizaje sostienen que los miedos son respuestas condicionadas y, por lo tanto, son aprendidas por recompensas impuestas por ciertos comportamientos. En el caso de las fobias, cuando el individuo evita el objeto fóbico, escapa al miedo, que es un poderoso estímulo.

Las fobias también se pueden adquirir por aprendizaje directo o imitación (modelo) (p. ej., una madre que muestra miedo hacia un objeto proporciona un modelo para el niño, quien también puede desarrollar una fobia hacia el mismo objeto).

Teoría Cognitiva

Los teóricos cognitivos exponen que la ansiedad es el producto de conocimientos errados o de autoinstrucciones que inducen ansiedad. Se investigaron dos tipos de pensamientos errados: autodeclaraciones negativas y creencias irracionales. Los teóricos cognitivos piensan que algunos individuos tienen pensamientos negativos e irracionales que producen reacciones de ansiedad. Los individuos buscan comportamientos para evitar las reacciones de ansiedad, y se presentan las fobias.

Algo relacionado con la teoría cognitiva es la participación del locus de control. Johnson y Sarason (1978) sugieren que los individuos con locus internos de control pueden responder diferente a los cambios de vida. Estos

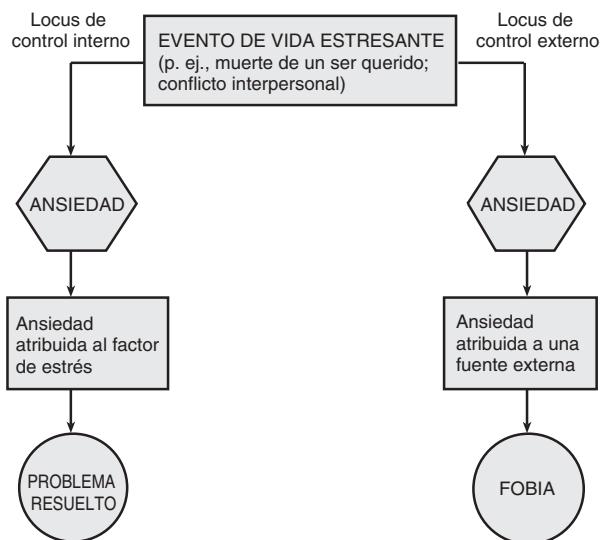


FIGURA 17-3 Lugar de control como una variable en la etiología de las fobias.

investigadores proponen que la orientación del locus de control puede ser una importante variable en el desarrollo de las fobias. Los individuos con una orientación externa de control que experimentan ataques de ansiedad en un periodo de estrés, son los que dirigen la ansiedad de manera equivocada y la atribuyen a fuentes externas (p. ej., áreas concurridas) o a una enfermedad (p. ej., ataque al corazón). Pueden percibir la ansiedad experimentada como fuera de su control. La figura 17-3 describe un modelo gráfico de la relación entre el locus de control y el desarrollo de las fobias.

Aspectos Biológicos

TEMPERAMENTO. Los niños sienten miedo como parte normal del desarrollo; muchos temen a los ruidos fuertes. Los miedos comunes de niños pequeños y preescolares incluyen temores a los extraños, animales, oscuridad, y ser separados de sus padres o figuras queridas. Durante los años escolares, temen a la muerte y hay ansiedad sobre sus logros en la escuela. Los miedos al rechazo social y las inquietudes sexuales son comunes entre los adolescentes.

Los miedos innatos representan una parte de las características o tendencias con las cuales nacemos y que influyen en cómo respondemos a lo largo de la vida a situaciones específicas. Los miedos innatos por lo general no llegan a tener la intensidad de las fobias, pero pueden desarrollarse si se refuerzan por eventos posteriores en la vida. Por ejemplo, una niña de cuatro años de edad le teme a los perros. A la edad de cinco años, se sobrepone y juega con su perro y los perros de los vecinos sin temor.

Después cuando tiene 19 años es mordida por un perro callejero y desarrolla fobia a los mismos.

EXPERIENCIAS DE VIDA. Ciertas experiencias tempranas pueden establecer el escenario para las reacciones fóbicas en la vida. Algunos investigadores creen que las fobias, en particular las específicas, son símbolos de objetos productores de ansiedad originales o de situaciones que han sido reprimidas. Los ejemplos incluyen:

- Un niño que es castigado encerrándolo en el armario desarrolla fobia por los elevadores u otros lugares cerrados.
- Un niño que se cae de las escaleras desarrolla fobia a los lugares altos.
- Una joven mujer, cuando era niña, sobrevivió a un choque aéreo, en el cual murieron sus padres, tiene fobia por los aviones.

Diagnóstico e Identificación de los Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos reunidos durante la fase de valoración y con los antecedentes con respecto al conocimiento de los factores predisponentes al trastorno. Algunos diagnósticos de enfermería comunes para los pacientes con fobias incluyen:

- Miedo a causar vergüenza a sí mismo frente a los demás; ser colocado en un lugar en el cual es incapaz de escapar; o a un estímulo específico, evidenciado por el comportamiento dirigido para evitar el objeto o la situación temida.
- Aislamiento social con temor de ser colocado en un lugar del cual es incapaz de escapar, evidenciado por permanecer solo, rechaza salir de su habitación u hogar.

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en la atención del paciente con trastornos fóbicos.

Paciente:

- Las funciones se adaptan en la presencia del objeto o situación de la fobia sin experimentar pánico.
- Demuestra técnicas que pueden ser utilizadas para mantener la ansiedad a un nivel manejable.
- Asiste de manera voluntaria a actividades de grupo e interactúa con sus pares.
- Discute los sentimientos que pueden haber contribuido a los miedos irracionales.
- Habla de futuros planes de acción para responder en la presencia del objeto o situación fóbico sin desarrollar pánico.

Planeación y Realización

En el cuadro 17-3 se proporciona un plan de atención para el paciente con trastorno fóbico; diagnósticos de

enfermería, criterios de resultados, intervenciones apropiadas de enfermería, y razonamientos de cada uno.

El plan de atención de organización de concepto es un acercamiento nuevo para establecer la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia de diagrama de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre el diagnóstico médico, de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 17-4 se presenta un ejemplo de un plan de atención de planificación de concepto para un paciente con trastorno fóbico.

Evaluación

La revaloración se efectúa para determinar si las acciones de enfermería son exitosas en alcanzar los objetivos de la atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con este trastorno puede facilitarse por la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿Puede discutir sobre el objeto o situación fóbico sin ponerse ansioso?
- ¿El paciente es capaz de funcionar en presencia del objeto o situación sin experimentar pánico?
- ¿Sale de manera voluntaria de la habitación o casa para asistir a actividades de grupo?
- ¿Es capaz de demostrar técnicas que puede utilizar para prevenir la ansiedad del pánico creciente?
- ¿Habla del proceso de pensamiento que promueve los miedos irracionales?
- ¿Es capaz de crear cambios en su vida para confrontar (o eliminar o evitar) la situación de fobia?
- ¿Puede expresar los recursos dentro de la comunidad donde busque ayuda durante los momentos de estrés extremo?

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Valoración de Antecedentes

El *DSM-IV-TR* describe el trastorno obsesivo compulsivo (OCD)(TOC) como obsesiones o compulsiones recurrentes que son lo bastante graves para consumir tiempo o causar mucho estrés o alteraciones significativas (APA,



Concepto Central

Obsesiones

Ideas, pensamientos o imágenes indeseables, inoportunas, impertinentes que causan marcada ansiedad o angustia. Las más comunes incluyen pensamientos repetitivos relacionados con la contaminación, dudas repetitivas, o la necesidad de tener cosas en un orden en particular, impulsos agresivos u horrendos e imágenes sexuales (APA, 2000).

CUADRO 17 – 3 Plan de Atención para Pacientes con Trastornos Fóbicos**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** MIEDO

RELACIONADO CON: Provocar situaciones embarazosas frente a los demás, estar en un lugar del que no se pueda escapar o a un estímulo específico

EVIDENCIADO POR: Comportamiento dirigido a evitar el objetivo o situación temidos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente será capaz para funcionar en presencia del objeto o situación fóbicos sin experimentar pánico/ansiedad.	<ol style="list-style-type: none"> Garantizarle su seguridad. Explore la percepción del paciente de la amenaza a la integridad física o amenaza al concepto de sí mismo. Discutir la realidad de la situación para reconocer los aspectos que pueden cambiar y aquellos que no se pueden cambiar. Incluir al paciente en la toma de decisiones relacionadas con la selección de estrategias de enfrentamiento alternativas (p. ej., elige evitar el estímulo fóbico o intentar eliminar el miedo relacionado con él). Si el paciente elige trabajar para eliminar el miedo, se deben emplear técnicas de desensibilización o terapia de implosión. (Ver explicación de estas técnicas en “Modalidades de tratamiento” al final de este capítulo.) Alentar al paciente a explorar los sentimientos subyacentes que pueden contribuir con los miedos irrationales, y enfrentarlos en lugar de suprimirlos. 	<ol style="list-style-type: none"> En el nivel de pánico de la ansiedad, el paciente puede temer por su vida. Es importante entender la percepción del paciente del objeto o la situación fóbicos. El paciente debe aceptar la realidad de la situación (aspectos que no puede cambiar) antes de trabajar para que la reducción del miedo pueda progresar. Permitirle opciones que proporcionen una medida de control y sirva para aumentar los sentimientos de autoestima. El miedo se disminuye conforme las sensaciones físicas y psicológicas disminuyen en respuesta a la repetida exposición al estímulo fóbico en condiciones no amenazantes. Explorar los sentimientos subyacentes puede ayudarle a confrontar conflictos no resueltos y desarrollar capacidades de enfrentamiento más adaptativos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: AISLAMIENTO SOCIAL

RELACIONADO CON: Miedos de estar en un lugar del cual no puede escapar

EVIDENCIADO POR: Permanecer solo; no salir de la habitación o de casa

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente participa de manera voluntaria en actividades de grupo con sus pares.	<ol style="list-style-type: none"> Transmitir una actitud de aceptación y respeto positivo incondicional. Hacer contactos breves y frecuentes. Ser honesto y mantener todas las promesas. Asistir a actividades de grupo con el paciente si se siente asustado. Ser cuidadoso con tocarlo. Permitirle espacio extra y una vía de salida si la ansiedad empieza a ser abrumadora. Administrar medicamentos tranquilizantes como lo prescribió el médico. Observar la efectividad y los efectos colaterales adversos. Discutir los signos y síntomas de ansiedad creciente y las técnicas para interrumpir la respuesta (p. ej., ejercicios de relajación, “detener el pensamiento”). Dar reconocimiento y reforzamiento positivo para interacciones voluntarias con otras personas. 	<ol style="list-style-type: none"> Estas intervenciones aumentan los sentimientos de autoestima y facilitan una relación de confianza. La presencia de un individuo confiable proporciona seguridad emocional. Una persona en pánico puede percibir el contacto como una amenaza. Los medicamentos ansiolíticos, como diazepam, clordiazepóxido o alprazolam, pueden ayudar a reducir el nivel de ansiedad en casi todos los individuos; por lo tanto, facilitan las interacciones con otras personas. Comportamientos de no adaptación, como el retraiamiento y sospechar, se manifiestan durante momentos de ansiedad creciente. Esto aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos aceptables.

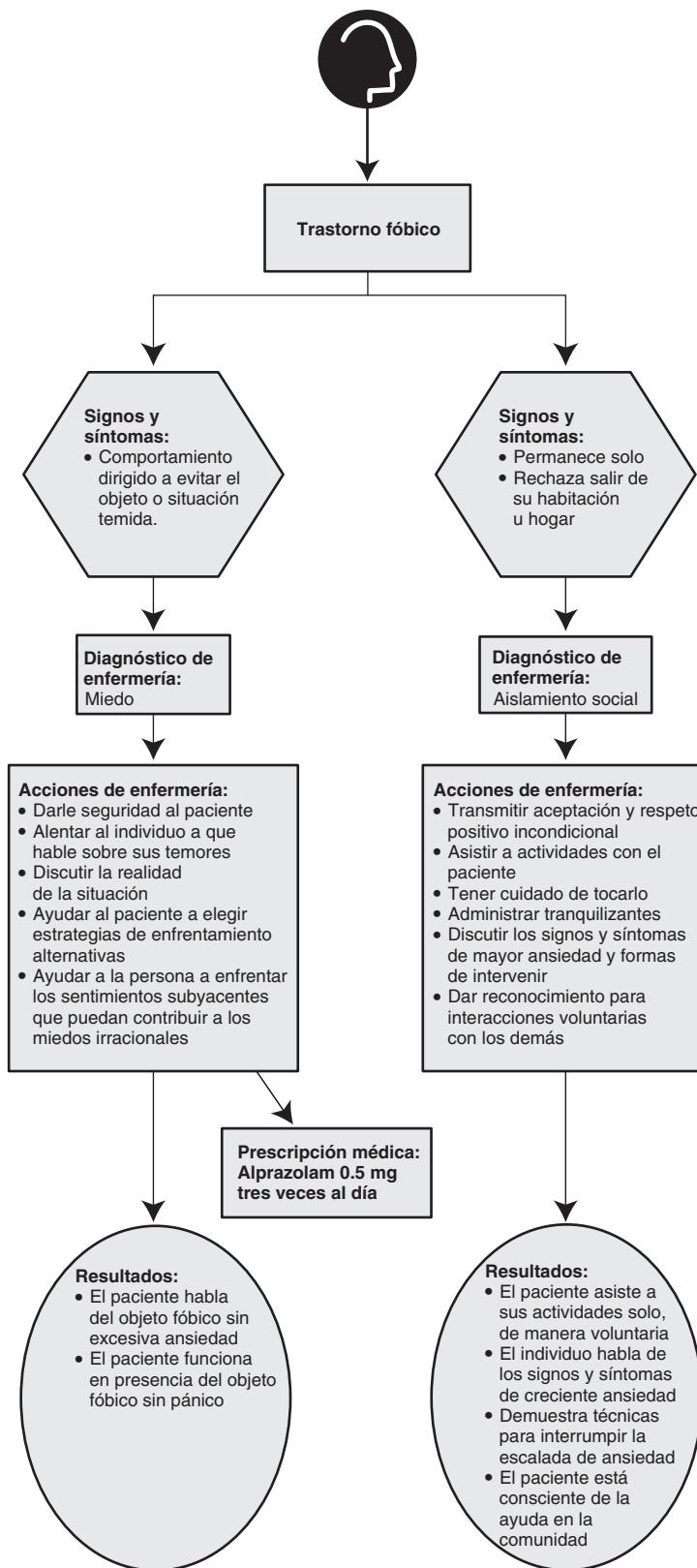


FIGURA 17-4 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno fóbico.


Concepto Central
Compulsiones

Patrones de comportamiento repetitivos e indeseables o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras de manera silenciosa) que se utilizan para reducir la ansiedad, sin proporcionar placer o gratificación (APA, 2000). Pueden realizarse en respuesta a una obsesión o una forma estereotipada.

2000). El individuo reconoce que el comportamiento es excesivo e irracional, pero debido al sentimiento de alivio de la incomodidad que éste promueve, se siente impulsado a continuar con dicho acto. Las compulsiones más comunes incluyen lavar y limpiar, contar, revisar, preguntar o demandar seguridad, repetir acciones y ordenar (APA, 2000).

El trastorno se presenta por igual en varones y mujeres. Puede empezar en la niñez, pero se inicia con más frecuencia en la adolescencia o adultez temprana. Por lo general, el curso es crónico y puede complicarse con depresión o abuso de sustancias; las personas solteras son afectadas por este trastorno con más frecuencia que las

casadas (Sadock y Sadock, 2003). En el recuadro 17-4 se presentan los criterios de diagnósticos del *DSM-IV-TR* para el trastorno obsesivo compulsivo.

Implicaciones Etiológicas para el Trastorno Obsesivo Compulsivo
Teoría Psicoanalítica

Los teóricos del psicoanálisis proponen que los individuos con este padecimiento tienen poco desarrollado y débil el Yo (por cualquier razón: relaciones insatisfactorias entre padres e hijos, amor condicionado o gratificación provisional). El concepto psicoanalítico ve a los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo como una regresión a etapas de desarrollo más tempranas del superyó infantil, las características violentas, severas, punitivas que ahora reaparecen como parte de la psicopatología. La regresión a la fase edípica sádico-anal, combinada con el uso específico de mecanismos de defensa del Yo (aislamiento, colapso, desplazamiento, formación de reacción), produce los síntomas clínicos de las obsesiones y compulsiones (Sadock y Sadock, 2003). Los impulsos agresivos (comunes durante la fase de desarrollo sádico-anal) son canalizados en pensamientos y comportamientos que previenen sentimientos de agresión y ansiedad intensa cargada de culpa (generada por el superyó punitivo).

RECUADRO 17-4 Criterios de Diagnóstico para Trastorno Obsesivo-Compulsivo
A. Ya sean obsesiones o compulsiones:

Obsesiones como se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos recurrentes y persistentes, impulsos o imágenes que se experimentan por algún tiempo durante la alteración como desagradables e inapropiados y causan ansiedad intensa o angustia.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simples preocupaciones sobre problemas reales.
3. La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
4. Reconoce que los pensamientos obsesivos, impulsos o imágenes son un producto de su propia mente (no son impuestos como un pensamiento insertado).

Compulsiones como se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos repetitivos (p. ej., lavado de manos, ordenar, revisar) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) que la persona siente la llevan a una respuesta a la obsesión, o según las reglas se debe aplicar de manera rígida.
2. Los comportamientos o actos mentales son realizados para prevenir o reducir la angustia o prevenir algunos eventos o

situaciones terribles; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados en forma realista con la que se designan, para neutralizar o prevenir o son obviamente excesivos.

- B. En algún punto, durante el curso del trastorno, la persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. **NOTA:** Esto no aplica a los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones causan angustia marcada, consumen tiempo (toman más de una hora a un día), o interfieren de manera significativa con la rutina normal, funcionamiento ocupacional (o académico), o las actividades sociales usuales o relaciones.
- D. Si se presenta otro trastorno de eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se restringe a éste (p. ej., preocupación por los alimentos en presencia de desorden en la comida; jalarse el pelo en presencia de tricotilomanía; preocupación de tener una enfermedad seria en presencia de hipochondriasis; preocupación por los impulsos sexuales o fantasías en presencia de una parafilia; o pensamientos de culpa en presencia del trastorno depresivo mayor).
- E. Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de fármacos, un medicamento) o una condición médica general.

Teoría del Aprendizaje

Los teóricos del aprendizaje explican que el comportamiento obsesivo compulsivo es una respuesta condicionada a un evento traumático. El evento traumático produce ansiedad e incomodidad, y la persona aprende a prevenir dicha ansiedad e incomodidad evitando la situación con la cual se relaciona. Este tipo de aprendizaje se llama *rechazo pasivo* (permanecer lejos de la fuente), cuando éste no es posible el individuo aprende comportamientos que proporcionan alivio de la ansiedad e incomodidad relacionados con la situación traumática. Este tipo de aprendizaje se llama *rechazo activo* y describe el patrón de comportamiento del individuo con trastorno obsesivo compulsivo (Sadock y Sadock, 2003).

Según interpretación de condicionamiento, un evento traumático debe marcar el inicio del comportamiento obsesivo compulsivo; sin embargo, en numerosos casos, el inicio del comportamiento es gradual y los pacientes relacionan el inicio de sus problemas con el estrés en general, más que con uno de los eventos traumáticos.

Aspectos Biológicos

Recientes hallazgos sugieren que las alteraciones neurobiológicas participan en la patogenia y mantenimiento del trastorno obsesivo compulsivo.

NEUROANATOMÍA. Anormalidades en varias regiones del cerebro han sido implicadas en la neurobiología del TOC. Las técnicas de neuroimágenes funcionales muestran índices metabólicos anormales en los ganglios basales y la corteza orbital frontal (Hollander y Simeon, 2003).

FISIOLÓGICOS. Los estudios electrofisiológicos, electroencefalogramas durante el sueño y neuroendocrinos, sugieren que hay generalidades entre los trastornos depresivos y obsesivo-compulsivo (Sadock y Sadock, 2003). Las generalidades neuroendocrinas se sugieren en estudios donde un tercio de los pacientes obsesivos-compulsivos muestran resultados negativos en la prueba de supresión de dexametasona y disminuye la secreción de la hormona de crecimiento con clonidina.

BIOQUÍMICOS. Algunos estudios han relacionado la influencia del neurotransmisor serotonina en la etiología del comportamiento obsesivo-compulsivo. Los fármacos que se utilizan con éxito para aliviar los síntomas son clomipramina y los SSRI, los cuales se cree que bloquean la recaptación neuronal de serotonina, potenciando la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central (ver figura 17-1).

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos obtenidos durante la fase de valoración y con los antecedentes en relación a los factores predisponentes del trastorno. Algunos diagnósticos de enfermería comunes para pacientes con este trastorno incluyen:

- Enfrentamiento ineficiente con el Yo subdesarrollado, superyó punitivo; posibles cambios bioquímicos por el **comportamiento ritualista** o pensamientos obsesivos.
- Rendimiento ineficaz con la necesidad para realizar rituales que se evidencian por la incapacidad de satisfacer patrones usuales de responsabilidad.

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados de la atención en el cuidado del paciente con trastorno obsesivo-compulsivo.

- Es capaz de mantener la ansiedad a un grado manejable sin activar el uso del comportamiento ritualista.
- Es capaz de realizar actividades de la vida diaria de manera independiente.
- Expresa su entendimiento de la relación entre la ansiedad y el comportamiento ritualista.
- Habla de situaciones específicas que en el pasado le provocaron ansiedad y la búsqueda de alivio por medio de rituales.
- Demuestra estrategias de enfrentamiento de mayor adaptación para lidiar con el estrés, como detener el pensamiento, técnicas de relajación y ejercicio físico.
- Es capaz de resumir las responsabilidades sin necesidad de comportamientos ritualistas.

Planeación y Realización

En el cuadro 17-4 se presenta un plan de cuidado para el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno.

El concepto proyecto del plan de cuidado es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia en diagrama de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre el diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 17-5 se presenta un ejemplo de planificación de concepto para el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo.

Evaluación

La revaloración se realiza con la finalidad de determinar si las acciones de enfermería tienen éxito para alcanzar los

CUADRO 17 – 4 Plan de Atención para el Paciente con Trastorno Obsesivo-Compulsivo**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICIENTE****RELACIONADA CON:** Yo subdesarrollado, superyó punitivo; evitar el aprendizaje; posibles cambios bioquímicos**EVIDENCIADO POR:** Comportamiento ritualista o pensamientos obsesivos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demostrará la capacidad para enfrentar de manera efectiva sin realizar comportamientos obsesivos-compulsivos o mayor dependencia.	<ol style="list-style-type: none"> Trabajar con el paciente para determinar los tipos de situación que aumentan la ansiedad y provocan comportamientos ritualistas. En principio conocer las necesidades de dependencia como sea necesario. Alentar la independencia y proporcionar reforzamiento positivo para los comportamientos independientes. Al principio del tratamiento, permitir tiempo para los rituales. No juzgar o desaprobar el comportamiento. Apoyar los esfuerzos para explorar el significado y el propósito del comportamiento. Proporcionar horarios estructurados de actividades para incluir el tiempo adecuado en realizar los rituales. Empezar de manera gradual a limitar el tiempo para el comportamiento ritualista conforme se involucre más en otras actividades. Proporcionar reforzamiento para comportamientos no ritualistas. Ayudar a aprender formas de interrumpir pensamientos obsesivos y el comportamiento con técnicas tales como detener el pensamiento, relajación y ejercicio físico. 	<ol style="list-style-type: none"> Reconocimiento de factores predisponentes es el primer paso en la enseñanza para interrumpir la creciente ansiedad. La eliminación repentina y completa de todas las formas de dependencia crearían ansiedad intensa. El reforzamiento positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseados. Negar esta actividad puede precipitar pánico/ansiedad. El paciente puede no estar consciente de la relación entre problemas emocionales y comportamientos compulsivos. El reconocimiento es importante antes de un cambio. La estructura proporciona un sentimiento de seguridad. La ansiedad disminuye cuando es capaz de remplazar comportamientos ritualistas con otros de adaptación. El reforzamiento positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de los comportamientos deseados. Reconocer y practicar técnicas de enfrentamiento que son de adaptación ayudan a cambiar y excluir las respuestas de no adaptación a la ansiedad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RENDIMIENTO INEFICIENTE DE LA FUNCIÓN (ROL)**RELACIONADO CON:** Necesidad de realizar rituales**EVIDENCIADO POR:** Incapacidad de satisfacer los patrones usuales de responsabilidad

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamientos
El paciente será capaz de cumplir las responsabilidades relacionadas con sus funciones.	<ol style="list-style-type: none"> Determinar el papel previo del paciente dentro de la familia y hasta el punto en que su función se ha alterado por la enfermedad. Identificar las funciones de otros miembros de la familia. Discutir la percepción del paciente de las expectativas de funciones. Alentar a discutir los conflictos evidentes dentro del sistema familiar. Identificar cómo el paciente y otros miembros de la familia respondieron a este conflicto. Explorar opciones posibles para los cambios o ajustes. Practicar a través del desempeño de roles. Alentar la participación de la familia en el desarrollo de los planes para efectuar cambios positivos, y trabajar para resolver la causa de ansiedad por la cual el paciente busca alivio a través del uso de comportamientos ritualistas. Proporcionar reforzamiento positivo para capacitarlo para que reasuma las responsabilidades de su función al disminuir la necesidad de comportamientos ritualistas. 	<ol style="list-style-type: none"> Esta es una importante valoración de datos para formular un plan apropiado de atención. Determinar si la percepción del paciente de las expectativas de función son realistas. Identificar situaciones de estrés específicas, como también respuestas de adaptación e ineficaces dentro del sistema, es necesario antes de ayudar a crear el cambio. Planear y ensayar las transiciones potenciales que pueden producir ansiedad. La contribución de los individuos que estarán involucrados en el cambio aumenta la posibilidad de un resultado positivo. El reforzamiento positivo aumenta la autoestima y promueve la repetición de comportamientos deseados.

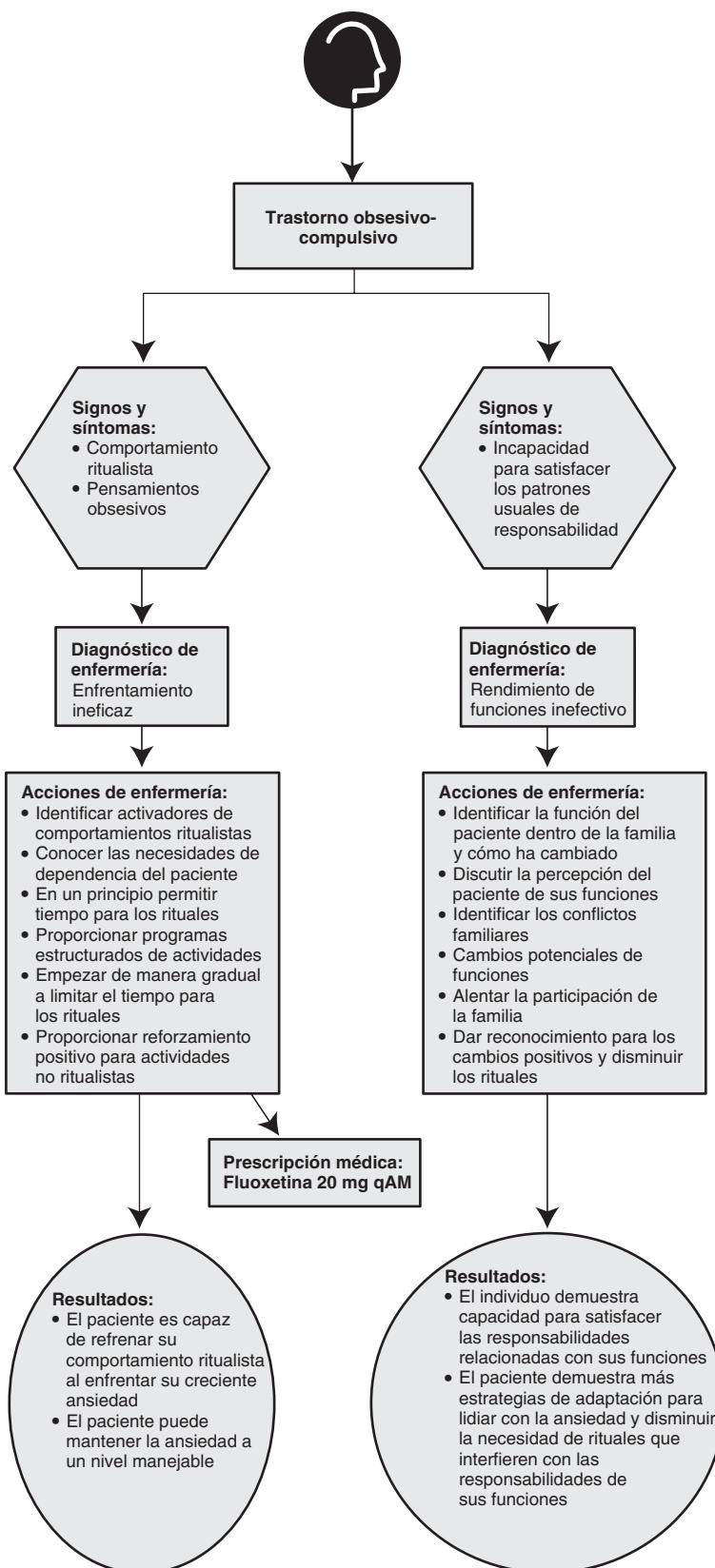


FIGURA 17-5 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo.

objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo deben hacerse con la información obtenida de las siguientes preguntas:

- ¿El paciente puede refrenarse de realizar sus rituales cuando la ansiedad aumenta?
- ¿Demuestra comportamientos sustitutos para mantener la ansiedad a un nivel manejable?
- ¿El paciente reconoce la relación entre la creciente ansiedad y la dependencia en los comportamientos ritualistas para sentirse aliviado?
- ¿El paciente habla de situaciones en el pasado durante las cuales utilizaba esta estrategia?
- ¿Comenta sobre un plan de acción para lidiar con estas situaciones estresantes en el futuro?
- ¿El paciente realiza actividades personales de manera independiente?
- ¿El individuo demuestra la capacidad para satisfacer las responsabilidades que le corresponden?
- ¿Habla de los recursos para buscar ayuda durante momentos de estrés extremo?

Trastorno por Estrés Postraumático

Valoración de Antecedentes

El *DSM-IV-TR* describe el trastorno de estrés postraumático como el desarrollo de los síntomas característicos, luego de la exposición a un evento de estrés traumático extremo que involucra una amenaza personal a la integridad física o la integridad física de otros. Los síntomas se pueden presentar después de la muerte inesperada o violenta, daño grave, o amenaza de muerte o lesiones de un miembro de la familia u otra persona cercana (APA, 2000). Estos síntomas no se relacionan con experiencias comunes como pérdidas sin complicaciones, conflicto marital o enfermedad crónica, pero sí con eventos que estresarían mucho a cualquiera. El individuo puede experimentar el trauma o en presencia de otras personas. Los ejemplos de algunas experiencias que pueden producir este tipo de respuesta incluye la participación en combate militar, asalto personal violento, siendo secuestrado o tomado como rehén, torturado, encarcelado como prisionero de guerra, experimentar desastres naturales o causados por el hombre, sobrevivir a accidentes automovilísticos graves o diagnosticado con una enfermedad letal (APA, 2000).

Los síntomas característicos incluyen reexperimentar el evento traumático, un nivel elevado sostenido de ansiedad o excitación, o una respuesta generalizada enlentecida

o entumecida. Los recuerdos indeseables o pesadillas del evento son comunes. Algunos individuos no pueden recordar ciertos aspectos del trauma.

Los síntomas de depresión son comunes en este trastorno y pueden ser lo bastante graves como para garantizar un diagnóstico de trastorno depresivo. En el caso de un trauma que amenace la vida compartido con otras personas, los sobrevivientes con frecuencia describen sentimientos dolorosos de culpa sobre la sobrevivencia cuando otros murieron o sobre las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir (APA, 2000). El abuso de sustancias es común.

El cuadro completo de síntomas debe presentarse por más de un mes y causa interferencia significativa con el funcionamiento social, laboral o de otras áreas. Si los síntomas no se presentan, se le asigna trastorno de estrés agudo (APA, 2000).

El trastorno se presenta a cualquier edad. Los síntomas pueden empezar a los tres meses después del trauma, o posponerse varios meses o incluso años. En el recuadro 17-5 se presentan los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* para trastorno por estrés postraumático.

Implicaciones Etiológicas para Trastorno de Estrés Postraumático

Los informes de síntomas y síndromes con características semejantes a trastorno por estrés postraumático han existido en la literatura desde hace siglos. En la primera parte del siglo xx, la neurosis traumática era vista como la incapacidad del Yo para dominar el grado de desorganización provocado por la experiencia traumática. Se escribió muy poco sobre la neurosis traumática durante las décadas de 1950 y 1970. Esta ausencia fue seguida en las décadas de 1970 y 1980 con una explosión en la cantidad de investigación y se escribió sobre el tema. Muchos de los artículos escritos durante este tiempo fueron sobre los veteranos de Vietnam. Es obvio el interés renovado en este padecimiento que se relaciona con las casualidades psicológicas de la guerra de Vietnam.

La categoría diagnóstica de estrés postraumático apareció hasta la tercera edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* en 1980, después de que la necesidad fue indicada por el incremento en el número de problemas con los veteranos de Vietnam y víctimas de múltiples desastres.

Teoría Psicosocial

Un modelo psicosocial que fue bien aceptado trata de explicar por qué ciertas personas expuestas a algún trauma masivo desarrollan TEPT y otros no. Las variables incluyen características que se relacionan con 1) expe-

RECUADRO 17–5 Criterios de Diagnóstico para Trastorno por Estrés Postraumático

- A. La persona estuvo expuesta a un evento traumático en el cual sucedió lo siguiente:
1. Experimentó, atestiguó o fue confrontado con un evento o sucesos que incluyen la muerte, o amenaza o lesiones serias, o una amenaza a la integridad física de sí mismo y de otras personas.
 2. La respuesta de la persona involucra miedo intenso, de indefensión o de horror.
- NOTA:** En niños esto se puede expresar por comportamiento desorganizado o agitado.
- B. El evento traumático se reexperimenta de manera persistente en una o más formas:
1. Recuerdos angustiosos recurrentes y desagradables del incidente, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 - NOTA:** En niños pequeños se puede presentar el juego repetitivo en el cual se expresan los temas o aspectos del trauma.
 2. Sueños angustiosos recurrentes. **NOTA:** En niños pueden experimentar sueños que los asustan sin contenido reconocible.
 3. Actuar o sentirse como si el evento traumático fuera recurrente (incluye una sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios de recuerdos repentinos disociativos, que incluyen los que se presentan al despertar o cuando se intoxica).
 - NOTA:** En niños pequeños pueden presentarse representaciones específicas del trauma.
 4. Angustia psicológica intensa en la exposición a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan al evento traumático.
 5. Reactividad fisiológica en la exposición a las señales internas o externas que simbolizan o se asemejan en algún aspecto del suceso traumático.
- C. Rechazo persistente del estímulo relacionado y entorpecimiento de las respuestas en general (no presentes antes del trauma) como se indica por tres o más de las características siguientes:
1. Esfuerzos por evitar pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma.
 2. Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que activan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Interés disminuido, o menor participación en las actividades significativas.
 5. Sentimientos de distanciamiento o separación de los demás.
 6. Rango restringido de afecto (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro apartado (p. ej., no espera tener una carrera, matrimonio, niños o una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de mayor excitación (no presentes antes del trauma) como se indica por dos o más de las siguientes:
1. Dificultad para dormir o quedarse dormido.
 2. Irritabilidad o exabruptos de ira.
 3. Dificultad para concentrarse.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuesta exagerada de atemorizarse.
- E. Duración de la alteración más de un mes.
- F. Alteraciones que causan angustia clínica significativa o cambio del funcionamiento social, laboral o en otras áreas. Especificar si es aguda (síntomas de menos de tres meses), crónica (tres meses o más), o inicio retardado (inicio de los síntomas al menos de seis meses después del evento).

Fuente: APA (2000) con permiso.

riencia traumática, 2) el individuo y 3) recuperación ambiental.

EXPERIENCIA TRAUMÁTICA. Se identifican características específicas del trauma como elementos cruciales en la determinación de una respuesta de largo plazo del individuo al estrés, entre las que se incluyen las siguientes:

- Gravedad y duración del factor estresante
- Grado de preparación anticipatoria para el evento
- Exposición a la muerte
- Número de afectados por la amenaza de vida
- Cantidad de control sobre la recurrencia
- Localización donde se experimentó el trauma (p. ej., alrededores familiares, en casa o en un país extraño)

INDIVIDUO. Las variables que son consideradas importantes en determinar una respuesta del individuo al trauma incluye:

- Grado de fortaleza del Yo
- Efectividad de recursos de confrontamiento

- Presencia de psicopatología preexistente.
- Resultados de experiencias previas con estrés/trauma
- Tendencias de comportamiento (temperamento)
- Etapa de desarrollo psicosocial presente
- Factores demográficos (p. ej., edad, nivel socioeconómico, educación)

RECUPERACIÓN DEL AMBIENTE. Se sugiere que las cualidades del ambiente en el cual el individuo intenta trabajar a través de la experiencia traumática se correlacionan con el resultado. Las variables ambientales incluyen:

- Disponibilidad de apoyos sociales
- La unión y protección de la familia y amigos
- Las actitudes de la sociedad ante la experiencia
- Influencias culturales y subculturales

En investigaciones con veteranos de Vietnam, se mostró que los mejores predictores de trastorno de estrés postraumático fueron la gravedad del factor estresante y el grado de aislamiento psicosocial en la recuperación del ambiente.

Teoría de Aprendizaje

Los teóricos del aprendizaje ven el reforzamiento negativo como el comportamiento que conduce a la reducción en una experiencia de aversión, que refuerza y ocasiona la repetición del comportamiento. Los comportamientos de rechazo y el entumecimiento psíquico en respuesta a un trauma son regulados por el reforzamiento negativo (comportamientos que disminuyen el dolor emocional del trauma). Las alteraciones de comportamiento, como el enojo, agresión y abuso de fármacos y alcohol, son los patrones de comportamiento que se refuerzan por su capacidad para reducir los sentimientos desagradables.

Teoría Cognitiva

Estos modelos tienen en consideración la apreciación cognitiva de un evento y el enfoque de las suposiciones que un individuo hace sobre el mundo. Epstein (1991) define tres hipótesis fundamentales de que la mayoría de las personas crea una teoría personal de la realidad. Éstas incluyen:

- El mundo es bueno y es una fuente de dicha
- El mundo es significativo y controlable
- El ser es valioso (p. ej., amable, bueno y competente)

Conforme ocurren las situaciones vitales, se espera cierto desequilibrio hasta que las cosas se acomoden al cambio y éste es asimilado en la teoría personal de la realidad. Un individuo es vulnerable a trastorno de estrés postraumático cuando las creencias fundamentales se invalidan por un trauma que no puede ser comprendido y prevalece una sensación de indefensión y desesperanza. La apreciación del ambiente puede ser alterado de manera drástica.

Aspectos Biológicos

Se sugiere que un individuo que experimentó un trauma previo es posible que desarrolle los síntomas después de un evento vital estresante (Hollander y Simeon, 2003). Estos individuos con experiencias traumáticas previas son susceptibles al exponerse a futuros traumas y predisponentes a reactivar los comportamientos relacionados con el trauma original.

Hollander y Simeon (2003) comentan estudios que sugieren una respuesta endógena del péptido opioide responsable del mantenimiento de este trastorno. La hipótesis apoya un tipo de “adicción al trauma”, que se explica de la siguiente manera.

Los opioides, incluso los péptidos opioides endógenos, tienen las siguientes propiedades psicoactivas:

- Acción tranquilizante
- Reducción de ira/agresión

- Reducción de paranoia
- Reducción de sentimientos de ser inadecuados
- Acción antidepresiva

Estos estudios sugieren que la excitación fisiológica iniciada por la reexposición a situaciones semejantes a traumas aumenta la producción de los péptidos opioides endógenos y ocasiona sentimientos de comodidad y control. Cuando el factor estresante termina, el individuo puede experimentar la abstinencia de opioides, los síntomas de los cuales soportan fuertes semejanzas a los del trastorno de estrés postraumático.

También se han relacionado otros sistemas biológicos en la sintomatología de trastorno de estrés postraumático. Hageman, Andersen y Jergensen (2001) establecen:

Es razonable sugerir que cualquier trastorno como TEPT que puede persistir por décadas (p. ej., sobrevivientes del Holocausto y veteranos de Vietnam) tiene características biológicas medibles. La evidencia sugiere que la falta de regulación biológica de los sistemas opioides, glutaminérgicos, no adrenérgicos, serotoninérgicos y neuroendocrinos intervienen en la fisiopatología de trastorno de estrés postraumático (p. 412).

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración y con los antecedentes predisponentes al trastorno. Algunos de los diagnósticos de enfermería incluyen:

- Síndrome postraumático con un evento angustiante considerado como algo fuera de la experiencia usual que se evidencia por recuerdos repentinos, recuerdos desagradables, pesadillas, entumecimiento psicológico relacionado con el evento, disociación o amnesia.
- Duelo complicado, con la pérdida del ser como se percibía antes del trauma u otra pérdida real o percibida durante o después del evento que se observa por irritabilidad y explosividad, autodestrucción, abuso de sustancias, verbalización de culpa de sobreviviente o culpa sobre el comportamiento requerido para sobrevivir.

Se pueden utilizar los siguientes criterios para medir los resultados en la atención del paciente PTS.

Paciente:

- Puede reconocer el evento traumático y el impacto que ha tenido en su vida.
- Experimenta menos recuerdos repentinos, desagradables y pesadillas que cuando fue internado en el hospital (o al empezar la terapia).
- Puede demostrar el uso de estrategias de enfrentamiento y adaptación (p. ej., técnicas de relajación, imágenes mentales, música, arte).

- Puede concentrarse y plantear objetivos realistas para el futuro.
- Incluye a otras personas en el proceso de recuperación y acepta de manera voluntaria su apoyo.
- No habla de ideas o de intentos de dañarse a sí mismo.
- Ha trabajado sus sentimientos de culpa de sobreviviente.
- Duerme lo suficiente para evitar lastimarse.
- Comenta con recursos de la comunidad donde puede buscar ayuda en momentos de estrés.
- Asiste a algún grupo de apoyo para personas que se recuperan de experiencias traumáticas similares.
- Habla del deseo de dejar el trauma en el pasado y continúa con su vida.

Planeación y Realización

En el cuadro 17-5 se proporciona un plan de atención para el paciente con TEPT, los diagnósticos de enferme-

ría, criterios de resultado, intervenciones de enfermera apropiados y razonamientos para cada uno.

El concepto de plan de cuidado es un acercamiento de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 17-6 se presenta un ejemplo de planificación de concepto para un paciente con TEPT.

Evaluación

La revaloración se realiza para determinar si las acciones de enfermería han tenido éxito en alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con TEPT se puede facilitar con la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente discute el evento traumático sin experimentar pánico?

CUADRO 17 – 5 Plan de Atención para el Paciente con Trastorno por Estrés Postraumático

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: SÍNDROME POSTRAUMÁTICO

RELACIONADO CON: Eventos de angustia considerados fuera del rango usual de experiencias humanas

EVIDENCIADO POR: Recuerdos repentinos, recuerdos desagradables, pesadillas, entumecimiento psicológico relacionado con el evento, disociación o amnesia

Criterios de Resultados	Intervenciones de Enfermería	Razonamientos
El paciente integra la experiencia traumática a su persona, renueva relaciones importantes y establece objetivos significativos para el futuro.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignar el mismo personal con la mayor frecuencia posible. <ol style="list-style-type: none"> a. Utilizar un acercamiento no amenazante, pragmático, pero amigable. b. Respetar los deseos en relación a la interacción con los individuos del sexo opuesto en este momento (en especial importante si el trauma fue violación). c. Ser consistente; mantener todas las promesas, transmitir aceptación; pasar tiempo con el paciente. 2. Permanecer con el paciente durante los períodos de recuerdos repentinos y pesadillas. Ofrecer seguridad y protección ya que estos síntomas no son comunes después del trauma en la magnitud que se ha experimentado. 3. Obtener la historia exacta de otras personas importantes sobre el trauma y la respuesta específica del paciente. 4. Alentar a hablar sobre el trauma a su propio ritmo. Proporcionar un ambiente privado y no amenazador, e incluir a una persona significativa si el paciente lo desea. Reconocer y validar los sentimientos cuando éste habla de ellos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas estas intervenciones facilitan una relación de confianza. 2. Presencia de una persona confiable puede calmar los temores para la seguridad personal y garantizarle que “no se va a volver loco”. 3. Varios tipos de traumas provocan diferentes respuestas en los pacientes (p. ej., los traumas provocados por humanos con frecuencia generan un mayor grado de humillación y culpa en las víctimas que los relacionados con desastres naturales). 4. Este breve proceso es el primer paso en el progreso hacia la resolución.

(continúa)

CUADRO 17 – 5 Plan de Atención para el Paciente con Trastorno de Estrés Postraumático (continuación)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: SÍNDROME POSTRAUMÁTICO****RELACIONADO CON:** Eventos de angustia considerados fuera del rango usual de experiencias humanas**EVIDENCIADO POR:** Recuerdos repentinos, recuerdos desagradables, pesadillas, entumecimiento psicológico relacionado con el evento, disociación o amnesia

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamientos
	<p>5. Discutir estrategias utilizadas en respuesta al trauma, como también las utilizadas durante situaciones de estrés en el pasado. Determinar las que han sido más útiles, y discutir las estrategias alternativas para el futuro. Incluir sistemas de apoyo disponibles, que incluyen influencias religiosas y culturales. Identificar estrategias de enfrentamiento inadecuadas (p. ej., uso de sustancias, respuestas psicosomáticas) y practicar estrategias de adaptación para posibles respuestas postraumáticas.</p> <p>6. Ayudar a tratar de comprender el trauma si es posible. Discutir los sentimientos de vulnerabilidad y el “lugar” del individuo en el mundo después del trauma.</p>	<p>5. Resolución de la respuesta postraumática es muy dependiente de la efectividad de las estrategias de enfrentamiento empleadas.</p> <p>6. La respuesta postraumática es una función agotadora para las creencias básicas que tiene el individuo sobre sí mismo y el mundo. La asimilación del evento en la persona requiere de ciertos grados de significado relacionados con el evento para ser incorporados en las creencias básicas, lo que puede afectar cómo el individuo vuelve a apreciarse a sí mismo y al mundo.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DUELO COMPLICADO**RELACIONADO CON:** Pérdida de sí mismo, cómo era percibido antes del trauma u otras pérdidas reales o percibidas que se presentan durante o después del evento**EVIDENCIADO POR:** Irritabilidad y explosividad, autodestrucción, abuso de sustancias, hablar de la culpa de sobreviviente o culpa por el comportamiento requerido para sobrevivir

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demostrará progreso en tratar con las etapas de duelo y hablará de una sensación de entusiasmo y esperanza para el futuro.	<p>1. Reconocer los sentimientos de culpa que pueda expresar.</p> <p>2. Evaluar en qué etapa del duelo está el paciente. Discutir los sentimientos y comportamientos relacionados con las etapas de duelo.</p> <p>3. Valorar el impacto del trauma para reasumir sus actividades regulares de la vida diaria. Considerar el empleo, relaciones maritales y patrones de sueño.</p> <p>4. Evaluar las ideas y comportamiento de autodestrucción.</p> <p>5. Valorar las estrategias de enfrentamiento ineficaces, como abuso de sustancias.</p> <p>6. Identificar los recursos de la comunidad disponibles en los que puede buscar ayuda si persisten los problemas con el duelo disfuncional.</p>	<p>1. Culpa de haber sobrevivido al trauma en el cual otros murieron es común. El individuo necesita discutir estos sentimientos y reconocer que no es responsable por lo que pasó, pero sí debe tomar la responsabilidad de su recuperación.</p> <p>2. Es necesario conocer las etapas de duelo para una intervención oportuna. La culpa puede generarse si cree que es inaceptable tener esos sentimientos. Saber que son normales puede proporcionar una sensación de alivio.</p> <p>3. Despues del trauma, los individuos con mayor riesgo de sufrir lesiones físicas debido a la interrupción en la capacidad para concentrarse, resolver el problema y la falta de sueño. El aislamiento y evitar comportamientos que puedan interferir con las relaciones interpersonales.</p> <p>4. El trauma puede provocar sentimientos de desesperanza y que nada vale la pena, lo que conlleva un elevado riesgo de suicidio.</p> <p>5. Estos comportamientos interfieren con y retrasan el proceso de recuperación.</p> <p>6. Existen grupos de apoyo para las víctimas de varios tipos de traumas en casi todas las comunidades. La presencia de sistemas de apoyo en el ambiente de recuperación se identifican como un factor de predicción importante en el éxito de la recuperación del trauma.</p>

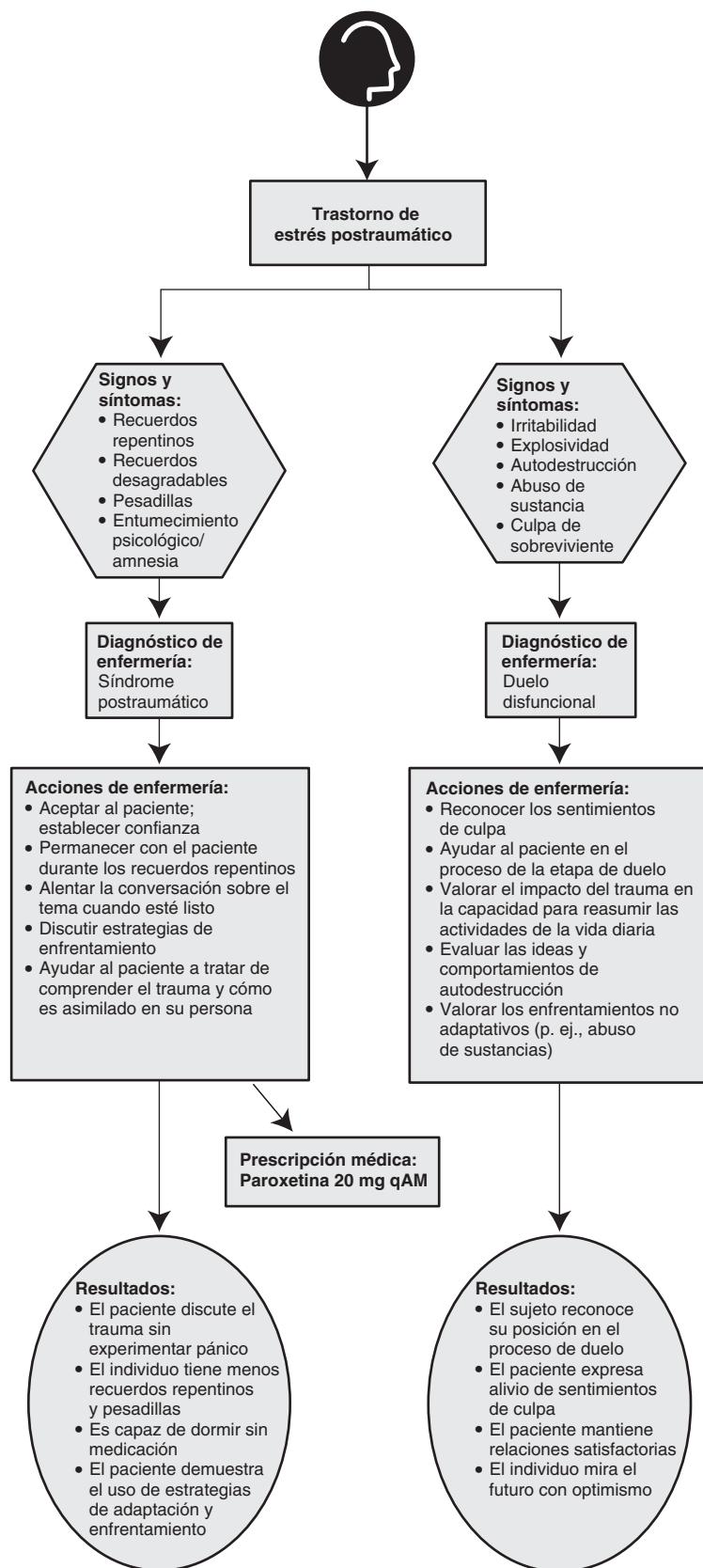


FIGURA 17-6 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno de estrés postraumático.

- ¿El individuo discute de manera voluntaria el evento traumático?
- ¿Puede discutir los cambios que han ocurrido en su vida debido al evento traumático?
- ¿Todavía tiene recuerdos repentinos?
- ¿El paciente puede dormir sin medicamento?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿La persona aprendió nuevas estrategias de enfrentamiento y de adaptación para ayudar en su recuperación?
- ¿El paciente demuestra el uso exitoso de estas nuevas estrategias en momentos de estrés?
- ¿El individuo puede hablar de las etapas de duelo y los comportamientos normales relacionados con cada una?
- ¿El paciente reconoce su propia posición en el proceso de duelo?
- ¿La culpa ha sido aliviada?
- ¿La persona mantiene o recupera relaciones satisfactorias con otras?
- ¿Es capaz de mirar al futuro con optimismo?
- ¿El paciente asiste a algún grupo de apoyo de manera regular para víctimas de experiencias traumáticas similares?
- ¿Tiene un plan de acción para lidiar con los síntomas, si éstos regresan?

Trastorno de Ansiedad por una Condición Médica General

Valoración de los Antecedentes

Los síntomas de este trastorno se consideran como una consecuencia fisiológica directa de una condición médica general. Los síntomas pueden incluir de ansiedad generalizada, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones (APA, 2000). La historia, examen físico o hallazgos de laboratorio deben ser evidentes para apoyar el diagnóstico.

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) enumera los siguientes tipos y ejemplos de condiciones médicas que pueden causar síntomas de ansiedad:

- Endocrinas: hipertiroidismo e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocorticismo.
- Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmia.
- Respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía e hiperventilación.
- Metabólicas: deficiencia de vitamina B₁₂, porfiria.
- Neurológicas: neoplasmas, disfunción vestibular, encefalitis

La atención de los pacientes con este trastorno debe tener en consideración la causa subyacente de ansiedad. La atención de enfermería holística es esencial para ase-

gurarse que las necesidades fisiológicas y psicológicas son satisfechas. Se deben considerar las acciones de enfermería apropiadas para la condición médica específica; las acciones para lidiar con los síntomas de ansiedad se discutieron con anterioridad.

Trastorno de Ansiedad Inducida por Sustancias

Valoración de Antecedentes

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) describe las características esenciales de este trastorno como síntomas de ansiedad prominentes que son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de fármacos, un medicamento o exposición a una toxina). Se presentan durante la intoxicación o abstinencia, y puede incluir evidente ansiedad, ataques de pánico, fobias, obsesiones o compulsiones. El diagnóstico se hace sólo si los síntomas se relacionan con intoxicación o abstinencia, y son independientes de la atención clínica. La evidencia de intoxicación o abstinencia debe estar disponible a partir de la historia, examen físico, o hallazgos de laboratorio para diagnosticar el uso de sustancias. Ver el capítulo 14 para revisar los tipos de sustancias que pueden producir estos síntomas.

La atención de enfermería del paciente con trastorno de ansiedad inducida por sustancias debe tener en consideración la naturaleza del fármaco y el contexto en el que se presentan los síntomas; o sea, intoxicación o abstinencia (ver capítulo 14). Las acciones de enfermería para tratar con los síntomas de ansiedad se discutieron con anterioridad.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Psicoterapia Individual

La mayoría de los pacientes experimenta una disminución marcada de la ansiedad cuando se les da la oportunidad de discutir sus dificultades con un terapeuta interesado y simpático. Sadock y Sadock (2003) establecen:

[La psicoterapia orientada a la introspección] se enfoca en ayudar a los pacientes a entender el significado inconsciente hipotético de la ansiedad, el simbolismo de la situación que se evita, la necesidad de reprimir impulsos y las ganancias secundarias de los síntomas (p. 608).

Con el contacto continuo y regular de una persona profesional interesada, simpática y alentadora, los pacientes son capaces de funcionar gracias a esta ayuda, sin la cual los síntomas lo incapacitarían (p. 623).

El terapeuta también puede utilizar explicaciones lógicas y racionales para aumentar el entendimiento del pa-

RECUADRO 17–6 Temas para la Educación del Paciente y la Familia Relacionados con Trastornos de Ansiedad

Naturaleza de la Enfermedad	
1. ¿Qué es ansiedad?	
2. ¿A qué puede estar relacionada?	
3. ¿Qué es TOC?	
4. ¿Qué es TEPT?	
5. Síntomas de trastornos de ansiedad	
Tratamiento de la Enfermedad	
1. Con medicamentos:	
• Efectos adversos posibles	
• Se requiere tiempo para hacer efecto	
• Qué esperar del medicamento	
a. Para trastornos de pánico y ansiedad generalizada	
(1) Benzodiazepinas	
(2) Buspirona	
(3) Tricíclicos	
(4) IRSS	
(5) Propranolol	
(6) Clonidina	
b. Para trastornos de fobia	
(1) Benzodiazepinas	
(2) Tricíclicos	
(3) Propranolol	
(4) IRSS	
c. Para TOC	
(1) IRSS	
(2) Clomipramina	
d. Para TEPT	
(1) Tricíclicos	
(2) IRSS	
(3) IMAOS	
(4) Trazodona	
(5) Propranolol	
(6) Carbamazepina	
(7) Ácido valproico	
(8) Carbonato de litio	
2. Tratamiento de estrés	
a. Enseñar formas para interrumpir la ansiedad creciente	
(1) Técnicas de relajación	
(a) Relajación muscular progresiva	
(b) Imágenes	
(c) Música	
(d) Meditación	
(e) Yoga	
(f) Ejercicio físico	
Servicios de Apoyo	
1. Líneas telefónicas, apoyo en crisis	
2. Grupos de apoyo	
3. Psicoterapia individual	

ciente sobre varias situaciones que le crean ansiedad. Los temas educativos para el paciente y la familia se presentan en el recuadro 17-6.

Terapia Cognitiva

El modelo cognitivo se refiere a cómo los individuos responden en las situaciones estresantes a su apreciación cognitiva subjetiva del evento. La ansiedad se experimenta cuando la apreciación cognitiva es de peligro, con la cual el individuo percibe que es incapaz de enfrentar. La cognición alterada puede contribuir a los trastornos de ansiedad cuando las apreciaciones son negativas de manera crónica. Las apreciaciones negativas automáticas provocan dudas de sí mismo, evaluaciones negativas, y predicciones negativas. La ansiedad se mantiene por esta apreciación disfuncional de una situación.

La terapia cognitiva ayuda al individuo a reducir las respuestas de ansiedad al alterar las distorsiones cognitivas. La ansiedad se describe como el resultado de pensamiento *automático* exagerado.

La terapia cognitiva para la ansiedad es breve y de tiempo limitado, de 5 a 20 sesiones. La terapia breve desalienta la dependencia en el paciente, que prevalece en los trastornos de ansiedad y alienta al paciente a la autosuficiencia.

Una relación terapéutica sana es una condición necesaria para una terapia cognitiva efectiva. El paciente debe

ser capaz de hablar de manera abierta sobre sus temores y sentimientos para que el proceso terapéutico ocurra, ya que la mayor parte del tratamiento consiste en alentar al paciente a enfrentar situaciones de temor para verlas de manera realista, y hablar de ellas es una forma de conseguir esto. El tratamiento es un esfuerzo en colaboración entre paciente y terapeuta.

Más que ofrecer sugerencias y explicaciones, el terapeuta hace preguntas para alentar al paciente a corregir los pensamientos que le producen ansiedad, por lo que éste es alentado a corregir sus pensamientos que le producen ansiedad.

El paciente se hace consciente de los pensamientos, los examina para observar las distorsiones cognitivas, los sustituye por pensamientos más equilibrados, y por último desarrolla nuevos patrones de pensamiento.

La terapia cognitiva es muy estructurada y ordenada, lo cual es importante para el paciente ansioso, quien con frecuencia está confundido y carece de autoseguridad, y el enfoque es resolver problemas presentes. Juntos, el paciente y el terapeuta trabajan para identificar y corregir pensamientos adaptativos, y comportamientos que mantienen un problema y bloquean su solución.

Este tipo de terapia se basa en la educación, la premisa es que una persona desarrolla ansiedad debido a que aprende formas inapropiadas de manejar experiencias de vida.

La creencia es que con la práctica el individuo puede aprender formas efectivas para responder a estas experiencias. Las asignaciones de tarea, una característica central de la terapia cognitiva, proporcionan un acercamiento experimental para resolver problemas y sobreponerse a las ansiedades mantenidas por mucho tiempo. A través del cumplimiento de estos “experimentos” personales, se determina la efectividad de estrategias y técnicas específicas.

Terapia Conductual

Existen dos formas de terapia conductual: **desensibilización sistemática** y **terapia de implosión (inundación)**. Éstas se utilizan para tratar a pacientes con trastornos fóbicos y para modificar comportamientos estereotipados de pacientes con TEPT. También son eficaces en varias situaciones que producen ansiedad.

Desensibilización Sistemática

El paciente es expuesto de manera gradual al estímulo fóbico, ya sea real o imaginario. El concepto fue introducido por Joseph Wolpe en 1958, y se basa en los principios de condicionamiento conductual. Se hace énfasis en la inhibición recíproca o anticondicional.

La *inhibición recíproca* es la restricción de la ansiedad antes del esfuerzo por reducir la conducta de rechazo. La explicación detrás de este concepto es que la relajación es antagónica a la ansiedad, las personas no pueden estar ansiosas y relajadas al mismo tiempo.

La desensibilización sistemática con inhibición recíproca incluye dos elementos principales:

1. Entrenamiento en técnicas de relajación.
2. Exposición progresiva a una jerarquía de estímulos atemorizantes mientras se está relajado.

Al paciente, se le enseña el arte de la relajación con técnicas (p. ej., relajación progresiva, imágenes mentales, tensar y relajar, meditación). Cuando el individuo domina la técnica de relajación, se inicia la exposición al estímulo fóbico. Se le pregunta para presentar un arreglo jerárquico de situaciones con el estímulo fóbico con el fin de poner un orden desde lo más perturbador a lo menos estimulante. Mientras se encuentre en un estado de relajación, se le pide que imagine el estímulo fóbico. La exposición inicial se enfoca en el concepto del estímulo fóbico que produce la menor ansiedad o miedo. En subsecuentes sesiones, es expuesto de manera gradual al estímulo que sea más atemorizante. Las sesiones se pueden llevar a cabo en situaciones de fantasía, en la vida real (*in vivo*), o algunas veces una combinación de ambas.

Terapia de Implosión (Inundación)

Este tipo de terapia es un proceso en el cual el paciente debe imaginar situaciones o participar en ellas en la vida real, que encuentre atemorizantes en extremo, por períodos prolongados. El entrenamiento no es parte de esta técnica. El tiempo debe ser prolongado para estas sesiones debido a que los períodos breves pueden ser ineficaces o incluso inofensivos. Una sesión se termina cuando el paciente responde con menos ansiedad que al inicio de la sesión.

En esta terapia, el médico “inunda” al paciente con información en relación a situaciones que activan su ansiedad. Describe las situaciones que la provocan en detalles vívidos y es guiado por la respuesta del paciente; mientras más ansiedad provoque, más conveniente es el esfuerzo del terapeuta. El mismo tema es continuo tanto como se manifieste la ansiedad. La terapia se continúa hasta que no provoque ansiedad inapropiada por parte del paciente. Sadock y Sadock (2003) explican:

CASO DE ESTUDIO

John tiene miedo de subir a los elevadores. Se sabe que ha subido al piso 24 por las escaleras en un edificio de oficinas para evitar el elevador. La propia oficina aseguradora de John tiene planes de mudar la compañía pronto a un edificio alto, con oficinas en el piso 32. John buscó ayuda del terapeuta para tratar con su miedo. Se le enseñó a tener una sensación de calma y bienestar por combinación de técnicas de imágenes mentales y relajación progresiva. En estado relajado, John primero recibió instrucciones para imaginarse la entrada de su edificio de oficinas, con una clara imagen de los elevadores. En subsecuentes sesiones, y siempre en el

estado relajado, John progresó con las imágenes caminando hacia el elevador, con la puerta del elevador que se cierra cuando él está adentro, subiendo al piso 32, y saliendo del elevador una vez que se abren las puertas. El progreso incluyó el estar acompañado en las actividades por el terapeuta y por último él solo.

La terapia para John también incluyó sesiones *in vivo* en las cuales era expuesto a los estímulos fóbicos en situaciones de la vida real (siempre después de llegar a un estado de relajación). Esta técnica, en combinación con los procedimientos imaginados y en vivo, probaron tener éxito para John, y su empleo en el complejo de alto nivel ya no estuvo en riesgo debido a la claustrofobia.

Muchos pacientes rechazan el tratamiento de inundación debido a la incomodidad psicológica involucrada. También está contraindicada en los que la ansiedad intensa podría ser riesgosa (p. ej., enfermedad cardiaca o adaptación psicológica frágil). La técnica funciona mejor con fobias específicas (p. 952).

Terapia de Grupo y Familiar

La terapia de grupo ha sido muy defendida por pacientes con TEPT, y probó ser efectiva en especial en veteranos de Vietnam (Sadock y Sadock, 2003). La importancia de ser capaz de compartir sus experiencias con compañeros veteranos empáticos, para hablar sobre los problemas de adaptación social, y para discutir opciones para manejar la agresión hacia los demás, es un tema al que se le pone mucho énfasis. Algunos grupos son informales y no tienen líder, como los de veteranos "rap", y otros son orientados por terapeutas con experiencia. Otros grupos incluyen a los miembros de la familia; por lo tanto, reconocer los síntomas del síndrome postraumático también puede afectarlos de manera grave. Hollander y Simeon (2003) establecen lo siguiente:

Debido a las experiencias pasadas [pacientes TEPT] con frecuencia desconfían y rechazan depender de figuras de autoridad, mientras que la identificación y el apoyo esperanzador de sus pares puede facilitar los cambios terapéuticos (p. 606).

Psicofarmacología

Para Trastornos de Pánico y Ansiedad Generalizada

Ansiolíticos

Las benzodiazepinas se utilizan con éxito en el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada. Se pueden prescribir conforme sean necesarios cuando el paciente se siente ansioso. Alprazolam, lorazepam y clonazepam son eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico. El mayor riesgo con benzodiazepinas son la dependencia física y la tolerancia, las cuales favorecen el abuso. Debido a que los síntomas de abstinencia pueden ser fatales, los pacientes deben ser advertidos contra la suspensión repentina del medicamento al final del tratamiento.

El fármaco contra la ansiedad buspirona es eficaz en 60 a 80% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Sadock y Sadock, 2003); aunque una desventaja de este medicamento es que tarda de 10 a 14 días en aliviar los síntomas. Sin embargo, el beneficio de la falta de dependencia física y tolerancia con buspirona puede hacer-

lo el fármaco de elección en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Antidepresivos

Varios antidepresivos son eficaces como el mayor número de ansiolíticos. Los tricíclicos clomipramina e imipramina se utilizan con éxito en pacientes que experimentan pánico. Sin embargo, desde la aparición de los SSRI, los tricíclicos se utilizaron menos por la tendencia a producir graves efectos colaterales en elevadas dosis requeridas para aliviar los síntomas de pánico.

Los SSRI son eficaces en el tratamiento del pánico; para este propósito la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó la paroxetina, fluoxetina y sertralina. La dosis de estos fármacos debe titularse con lentitud debido a que los pacientes con pánico parecen sensibles a la sobreestimulación causada por los inhibidores de recaptación selectiva de serotonina.

El uso de los antidepresivos en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada todavía está en investigación. Se informa de cierto éxito con el tricíclico imipramina y con los SSRI. La FDA aprobó paroxetina, escitalopram, y venlafaxina aumentan la liberación del trastorno de ansiedad generalizada.

Fármacos Antihipertensivos

Varios estudios llaman la atención sobre la efectividad de los beta-bloqueadores (p. ej., propranolol) y agonista del receptor alfa₂ (p. ej., clonidina) en la disminución de los síntomas de ansiedad (Hollander y Simeon, 2003). El propranolol tiene potentes efectos en las manifestaciones somáticas de la ansiedad (p. ej., palpitaciones, temblores), con menos efectos dramáticos en el componente psíquico de la ansiedad. Parece ser mas efectivo en el tratamiento de la ansiedad aguda situacional (p. ej., pánico escénico; ansiedad de prueba), pero no es la primera línea de elección en el tratamiento de pánico y trastorno de ansiedad generalizada.

La clonidina es efectiva para bloquear los efectos de la ansiedad aguda en condiciones como abstinencia de opioideos y nicotina. Sin embargo, tiene utilidad opioide en el tratamiento a largo plazo de los trastornos de pánico y ansiedad generalizada, en particular por el desarrollo de tolerancia a sus efectos ansiolíticos.

Para Trastornos Fóbicos

Ansiolíticos

Las benzodiacepinas tienen éxito en el tratamiento de la fobia social (Hollander y Simeon, 2003). Estudios controlados muestran la eficacia de alprazolam y clonazepam en

reducir los síntomas de la ansiedad social; ambos medicamentos son bien tolerados y tienen rápido inicio de acción. Sin embargo, debido a su potencial para el abuso y la dependencia, no se consideran fármacos de primera elección para el tratamiento de la fobia social.

Antidepresivos

Los tricíclicos imipramina y el inhibidor de monoamino oxidasa fenelzina son eficaces en la disminución de los síntomas de agorafobia y fobia social. En años recientes, los SSRI son el tratamiento de primera elección para la fobia social, los inhibidores paroxetina y sertralina ya están aprobados por la FDA para trastorno de ansiedad social. Los ensayos clínicos adicionales también indican la eficacia con otros antidepresores, como nefazodona, venlafaxina y bupropión. Las fobias específicas, en general no son tratadas con medicamentos, a menos que los ataques de pánico acompañen a la fobia.

Medicamentos Antihipertensivos

Los beta-bloqueadores, propranolol y atenolol, son eficaces en pacientes que experimentan pánico escénico anticipado (Hollander y Simeon, 2003). Este tipo de respuesta fóbica produce síntomas como palmas sudorosas, pulso acelerado, manos temblorosas, boca seca, respiración difícil, náuseas y pérdida de la memoria. Los bloqueadores beta parecen ser muy eficaces en algunos individuos en la reducción de estos síntomas.

Para Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Antidepresores

Los SSRI fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina fueron aprobados por la FDA para el tratamiento de trastorno obsesivo-compulsivo. Las dosis en exceso que son efectivas para el tratamiento de depresión pueden ser necesarias para este trastorno. Los efectos colaterales comunes incluyen alteraciones del sueño, dolor de cabeza e inquietud. Estos efectos con frecuencia son pasajeros, y son menos problemáticos que los que se presentan con los tricíclicos.

El antidepresivo tricíclico clomipramina fue el primer fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento del TOC. La clomipramina es selectiva para la recaptación de serotonina; su eficacia está bien establecida, aunque los efectos adversos, como los relacionados con los tricíclicos, lo hacen menos deseable que los SSRI.

Para Trastorno de Estrés Postraumático

Antidepresivos

Los IRSS ahora son considerados como tratamiento de primera línea por su eficacia, tolerabilidad y rango de se-

guridad (Sadock y Sadock, 2003). La paroxetina y sertralina se aprobaron por la FDA para este propósito. Los antidepresivos tricíclicos (p. ej., amitriptilina e imipramina), los IMAOS (p. ej., fenelzina) y trazodona son eficaces en el tratamiento de TEPT.

Ansiolíticos

El alprazolam se prescribe para TEPT por sus efectos antidepresivos y antipánico. Otras benzodiazepinas también se utilizan, a pesar de la ausencia de estudios controlados que demuestran su eficacia. Kaplan y Sadock (1998) mencionan:

Aunque algunos informes anecdóticos señalan la eficacia de alprazolam en trastorno de estrés postraumático, el uso de esta sustancia se complica por el aumento de trastornos relacionados con sustancias y por la incidencia de síntomas de abstinencia en la suspensión de la sustancia (p. 622).

Un estudio con buspirona mostró reducción significativa de los síntomas de estrés postraumático (Sadock y Sadock, 2003). Son necesarios más estudios controlados con este fármaco para validar su eficacia en el TEPT.

Antihipertensivos

El beta-bloqueador propranolol y el agonista del receptor alfa₂ clonidina tienen éxito para aliviar algunos de los síntomas relacionados con TEPT. En pruebas clínicas se informa reducción en las pesadillas, recuerdos desagradables, hipervigilancia, insomnio, respuestas de asustarse y explosiones de enojo (Hollander y Simeon, 2003).

Otras Fármacos

La carbamazepina, ácido valproico y carbonato de litio alivian los síntomas de recuerdos desagradables, repentinos, pesadillas, impulsividad, irritabilidad, y comportamiento violento en pacientes con TEPT. Sadock y Sadock, (2003) informan que existe poca evidencia positiva en relación con uso de antipsicóticos. Sugieren que estos medicamentos “deben ser reservados para el control a corto plazo de agresión y agitación”.

RESUMEN

La ansiedad es una fuerza necesaria para la sobrevivencia, y la humanidad la ha experimentado por siglos. Se describió por primera vez como un trastorno fisiológico y se identificó por síntomas físicos, en particular los cardíacos. Las implicaciones psicológicas para los síntomas se reconocieron hasta principios de 1900.

Esta enfermedad es considerada una reacción normal para enfrentar un peligro real o amenaza para la integri-

dad biológica o concepto de sí mismo. De manera normal se experimenta en respuesta a un evento estresante que se define por los estándares sociales y culturales.

Los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en hombres en una proporción dos a uno. Estudios de los patrones familiares sugieren que tal vez existe una predisposición familiar.

El *DSM-IV-TR* identifica varias categorías de trastornos de ansiedad, éstos incluyen trastornos de pánico y ansiedad generalizada, trastornos fóbicos, OCD, PTSD, trastorno de ansiedad por condición médica general, y trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Varios elementos contribuyen al desarrollo de estos trastornos, factores psicosociales, influencias biológicas y experiencias de aprendizaje.

El tratamiento de trastornos de ansiedad incluye la psicoterapia individual, terapia cognitiva, terapia de comportamiento, terapia de grupo y familiar y psicofarmacología.

Las terapias de comportamiento comunes incluyen la de desensibilización sistemática y la de implosión (inundación). La atención de enfermería se acompaña con el uso de los seis pasos del proceso.

El personal de enfermería se va a encontrar con pacientes que experimentan ansiedad en todos los escenarios de atención a la salud, por lo que deben reconocer los síntomas y ayudarlos a entender estos síntomas como normales y aceptables.

Hay pacientes con trastornos de ansiedad en todas las instituciones psiquiátricas y médicas. El personal de enfermería ayuda a que éstos hagan una introspección y aumenten su autoconciencia en relación con su enfermedad. La intervención se enfoca en ayudar a los individuos a aprender técnicas con las cuales ellos mismos pueden interrumpir la escalada de ansiedad. Los patrones de comportamiento de no adaptación se remplazan por nuevas habilidades de enfrentamiento y de mayor adaptación.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

Situación: La señora T. ha sido diagnosticada con agorafobia.

1. ¿Qué comportamiento sería más característico de este trastorno?
 - a. Experimenta pánico cuando se encuentra con serpientes.
 - b. Rechaza viajar en avión.
 - c. No come en sitios públicos.
 - d. Permanece en casa por miedo a estar en un lugar en el cual no pueda escapar.

2. ¿Cuál de las siguientes terapias elegiría el médico para la señora T?
 - a. 10 mg de diazepam cuatro veces al día.
 - b. Terapia de grupo con otros agorafóbicos.
 - c. Enfrentarla con sus miedos en progreso gradual de pasos.
 - d. Hipnosis.

3. En caso de elegir la terapia de implosión, primero debe:
 - a. Aprender ejercicios de relajación.
 - b. Ser expuesta a intensidades graduadas de temor.
 - c. Ser instruida sobre detener la sesión terapéutica tan pronto experimentara ansiedad.
 - d. Ser presentada a una variedad de estímulos relacionados con el objeto o situación fóbica.

Situación: Sandy es una mujer de 29 años de edad que fue admitida en la unidad psiquiátrica con un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. Pasa muchas horas a lo largo del día y la noche lavándose las manos.

4. La razón por la que Sandy se lava las manos tanto es que:
 - a. Alivia la ansiedad.
 - b. Reduce la probabilidad de infecciones.
 - c. Le da una sensación de control de su vida.
 - d. Aumenta su concepto de sí misma.
5. El *primer* plan de atención para Sandy sería incluir una de las siguientes intervenciones de enfermería:
 - a. Mantener el baño cerrado para que no pueda lavarse las manos todo el tiempo.
 - b. Estructurar un horario para que tenga tiempo para lavarse las manos.
 - c. Poner a Sandy en aislamiento hasta que prometa dejar de lavar sus manos tantas veces.
 - d. Explicarle a Sandy el comportamiento que tiene, tal vez no esté consciente que es una falta de adaptación.
6. En el cuarto día de Sandy en el hospital, ella le dice al personal de enfermería: "Me siento mejor ahora. Me siento cómoda en esta unidad, ya no me siento incómoda con el personal y los otros pacientes." Con este cambio, ¿cuál de las siguientes intervenciones de enfermería sería la más apropiada?
 - a. Darle atención a los comportamientos ritualistas cada vez que se presentan y señalar que son inapropiados.
 - b. Ignorar los comportamientos ritualistas, que serán eliminados por la falta de reforzamiento.
 - c. Poner límites en la cantidad de veces que Sandy se enfrasque en el comportamiento ritualista.
 - d. Permitir que Sandy continúe todo el tiempo que quiera realizando su comportamiento ritualista.

Situación: John es un maestro de ciencias de 28 años de edad cuya unidad de reserva del ejército fue desplegada para servir en Irak. John no quiere pelear, y admite que se enlistó en las reservas para ayudarse a pagar sus colegiaturas. En Irak, participó en combate y fue testigo de que varios soldados de su unidad fueron heridos, además murió su mejor amigo.

Él ha estado experimentando recuerdos repentinos, desagradables y pesadillas. Su esposa informa que teme dormir, y su trabajo se está viendo afectado. Algunas veces sólo se sienta como si estuviera en trance. John fue diagnosticado con TEPT.

7. John le dice al personal de enfermería: "No entiendo por qué Dios se llevó a mi amigo en lugar de a mí."
 - a. Enojo reprimido.
 - b. Culpa de sobreviviente.
 - c. Pensamientos desagradables.
 - d. Angustia espiritual.
8. John experimenta una pesadilla durante su primera noche en el hospital. Le explica al personal de enfermería que estaba soñando sobre disparos alrededor y la gente muriendo. La primera intervención apropiada *inicial* es:
 - a. Administrar alprazolam como se prescribe a discreción para ansiedad.
 - b. Llamar al médico e informar el incidente.
 - c. Permanecer con John y asegurarle que está seguro.
 - d. Saber si John ha escuchado una grabación de ejercicios de relajación.
9. ¿Cuál de los siguientes esquemas terapéuticos serían los apropiados para John?
 - a. Paroxetina y terapia de grupo.
 - b. Diazepam y terapia de implosión.
 - c. Alprazolam y terapia conductual.
 - d. Carbamazepina y terapia cognitiva.
10. ¿Cuál de las siguientes puede ser una influencia en la predisposición al diagnóstico de estrés postraumático?
 - a. Relación padre-hijo no satisfactoria.
 - b. Exceso del neurotransmisor serotonina.
 - c. Cogniciones negativas distorsionadas.
 - d. Gravedad del factor estresante y disponibilidad de sistemas de apoyo.

Pruebe sus HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Sarah, de 25 años de edad, fue llevada a la sala de urgencias por sus amigos. Estaban en una cena cuando de manera repentina se tomó el pecho y empezó a tener dificultades para respirar. Se quejó de tener náusea y sudaba de manera profusa. Se calmó por un tiempo y fue llevada al hospital. Negó sentir dolor, y el electrocardiograma y los resultados de laboratorio no fueron notables.

Sarah admitió al personal de enfermería que tenía una historia de estos "ataques". Empezó en su primer año del colegio. Supo que sus padres tenían expectativas que ella seguiría sus pasos y convertirse en abogada. También esperaban que ella alcanzara grados para ser aceptada en los primeros lugares de la Universidad Ivy League. Experimentó su primer ataque cuando obtuvo una "B" en inglés durante el tercer semestre del colegio. Desde entonces, ha tenido estos síntomas de manera esporádica, con frecuencia en conjunto con su percepción de la necesidad de sobresalir. Se graduó con honores en Harvard.

La semana anterior Sarah fue promovida en su firma de abogados. Se le asignó su primer caso de representación de una pareja cuyo bebé murió al nacer y demandaron al médico por mala práctica. Ella ha experimentado estos síntomas de pánico diario en la última semana y dijo: "Siento que me vuelvo loca".

Sarah es transferida a la unidad psiquiátrica, donde se le diagnosticó trastorno de pánico sin agorafobia.

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Sarah:

1. ¿Cuál sería el diagnóstico de enfermería prioritario para Sarah?
2. ¿Cuál es la intervención de enfermería para Sarah?
3. ¿Qué tratamiento médico podría esperarse que prescriba el médico?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S., y Brook, J.S. Relación entre fumar cigarrillos y trastornos de ansiedad durante la adolescencia y adulzor temprana. *Journal of the American Medical Association* (2000, noviembre 8), 284 (18):2348-2351.

Descripción del estudio: Investigar la relación longitudinal entre fumar cigarrillos y los trastornos de ansiedad entre los adolescentes y adultos jóvenes. La muestra incluyó 688 adolescentes del norte de Nueva York (51% mujeres y 49% varones). Los jóvenes que fueron entrevistados tenían un promedio de edad de 16 años, de 1985 a 1986, y después a una edad promedio de 22 años, en las décadas de 1991 y 1993. A los 16 años, 6% de los participantes fumaban 20 o más cigarrillos al día. El número aumentó a 15% a la edad de 22 años.

Resultados del estudio: De los participantes que fumaron 20 cigarrillos o más al día durante la adolescencia, un número si-

nificativo desarrolló un trastorno de ansiedad durante la adulzor temprana: 20.5%, ansiedad generalizada; 10.3%, agorafobia; y 7.7% desarrolló trastorno de pánico. Según los investigadores, fumar cigarrillos no parece aumentar el riesgo de desarrollo de OCD o trastorno de ansiedad social.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Los resultados de este estudio presentan una razón más por la que los adolescentes deben ser alentados a dejar de fumar o no empezar a fumar. Las implicaciones para la práctica de enfermería son graves. El personal de enfermería puede iniciar e involucrarse en programas educativos para desalentar el hábito de fumar. Existen muchas preocupaciones con respecto a fumar, y este estudio proporciona información adicional para incluirse en programas de educación diseñados de manera específica para adolescentes.

REFRENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Daniels, C.Y., & Yerkes, S. (2006). Panic disorder. Retrieved March 25, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic1725.htm>
- Epstein, S. (1991). Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of the traumatic neurosis. In D. Ozer, J.M. Healy, Jr., & A.J. Stewart (Eds.), *Perspectives on personality* (Vol. 3). London: Jessica Kingsley.
- Hageman, I., Anderson, H.S., & Jergensen, M.B. (2001). Post-traumatic stress disorder: A review of psychobiology and pharmacotherapy. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 104, 411-422.
- Harvard Medical School. (2001, March). Panic disorder. *The Harvard Mental Health Letter*. Boston, MA: Harvard Medical School Publications Group.
- Hermida, T., & Malone, D. (2004). Anxiety disorders. The Cleveland Clinic, Department of Psychiatry and Psychology. Retrieved March 25, 2007 from <http://www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/psychiatry/anxiety/anxiety.htm>
- Hollander, E. & Simeon, D. (2003). Anxiety Disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Johnson, M. (1994, May/June). Stage fright. From *Performing Songwriter* 1(6). Retrieved on March 25, 2007 from <http://www.mjblue.com/pfright.html>
- Kaplan, H.I. & Sadock (1998). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- National Mental Health Association (NMHA). (2005). *Children with emotional disorders in the juvenile justice system*. Alexandria, VA: NMHA.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shahrokh, N.C., & Hales, R.E. (2003). *American psychiatric glossary*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

REFRENCIAS CLÁSICAS

Freud, S. (1959). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis.' In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: Hogarth Press.

Johnson, J.H., & Sarason, I.B. (1978). Life stress, depression and anxiety: Internal-external control as moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.

@ REFRENCIAS DE INTERNET

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastornos de la ansiedad y su tratamiento en:

- <http://www.adaa.org>
- <http://www.mentalhealth.com>
- <http://www.psychweb.com/disorders/index.htm>

- <http://www.nimh.nih.gov/>
- <http://www.anxietynetwork.com/pdhome.html>
- <http://www.psychiatrymatters.md/>
- <http://www.fadavis.com/townsend>

18

CAPÍTULO

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANSIEDAD

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

ASPECTOS HISTÓRICOS

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

abreacción

anosmia

afonía

autoinmune

beneficio primario

beneficio secundario

beneficio terciario

carcinógeno

despersonalización

desrealización

fuga

hipocondriasis

integración

la bella indiferencia

personalidad tipo A

personalidad tipo B

personalidad tipo C

personalidad tipo D

seudociesis

CONCEPTOS CENTRALES

histeria

amnesia

psicofisiológico

somatización

disociación

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Discutir aspectos históricos y estadísticos epidemiológicos relacionados con los trastornos psicofisiológicos, somatomorfo y disociativos.
2. Describir varios tipos de trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos, además de identificar la

3. sintomatología relacionada con cada uno, utilizar la información en la valoración del paciente.
3. Identificar las implicaciones etiológicas en el desarrollo de los trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos.

4. Formular diagnósticos de enfermería y objetivos de atención para pacientes con trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos.
5. Describir intervenciones de enfermería apropiadas para comportamientos relacionados con trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos.
6. Evaluar la atención de enfermería de pacientes con trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos.
7. Discutir varias modalidades relevantes en el tratamiento de trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos.

INTRODUCCIÓN

Las respuestas psicofisiológicas a la ansiedad son aquellas en las cuales se ha determinado que los factores psicológicos contribuyen al inicio o exacerbación de la afección física. Con estas respuestas, *sí* existe evidencia que apoya la presencia de enfermedad o un conocido proceso fisiopatológico. El *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association* [APA], 2000) establece que ciertos factores psicológicos pueden influir en el desarrollo o exacerbación de recuperación lenta de varias afecciones médicas. Estos factores psicológicos incluyen:

- Trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor)
- Síntomas psicológicos (p. ej., ánimo depresivo o ansiedad)
- Características de personalidad (p. ej., negación de necesidad de atención médica)
- Comportamiento de salud maladaptativo (p. ej., fumar o comer demasiado)
- Respuestas fisiológicas relacionadas con estrés (p. ej., dolor de cabeza por tensión)
- Otros factores psicológicos no específicos (p. ej., factores interpersonales o culturales)

El trastorno somatomorfo se caracteriza por síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero sin patología orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido que los expliquen. Se clasifican como trastornos mentales porque los procesos fisiopatológicos no son demostrables o comprensibles por medio de procedimientos de laboratorio, y hay evidencia o fuerte presunción de que los factores psicológicos son la principal causa

de los síntomas. La falta de evidencia en patología orgánica es la mayor diferencia entre trastornos somatomorfos y psicofisiológicos.

Los trastornos disociativos se definen por una interrupción en las funciones integradas de la conciencia, memoria, identidad o percepción del ambiente (APA, 2000). Las respuestas disociativas se presentan cuando la ansiedad es abrumadora y la personalidad se vuelve desorganizada. Los mecanismos de defensa que normalmente controlan la conciencia, la identidad y la memoria se rompen y el comportamiento se presenta con poca o ninguna participación por parte de la personalidad consciente.

Este capítulo se enfoca en los trastornos caracterizados por ansiedad moderada a grave que se reprime y se expresa en la forma de síntomas fisiológicos y comportamientos disociativos. Se presentan las estadísticas históricas y epidemiológicas, además de los factores que están relacionados con la etiología de estas respuestas y proporcionan un marco para estudiar las dinámicas de los trastornos psicofisiológicos, somatomorfos y disociativos. Se muestra una explicación de la sintomatología de estos trastornos como antecedentes para la valoración del paciente, la atención de enfermería que se describe en el contexto del proceso de enfermería y se explican varios tratamientos médicos.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Por más de un siglo, los médicos han estado de acuerdo que en algunos trastornos hay una interacción entre los factores emocionales y los físicos. Se identifican cuatro tipos generales de reacción de estrés y son paralelos a los cuatro grados de ansiedad de Peplau (1963) (ver capítulo 1). Las reacciones son:

1. *La reacción normal*, se presenta un estado de alerta y movilización de las defensas para la acción.
2. *La reacción psicofisiológica*, en la que las defensas fallan y la respuesta se traduce en síntomas somáticos.

Concepto Central

Psicofisiológico

Una afección que se identifica como tal debido a los factores psicológicos que se han identificado como contribución a la iniciación o exacerbación de los síntomas.

3. *La reacción neurótica*, la ansiedad es tan grande que las defensas se vuelven ineficientes y se desarrollan síntomas neuróticos.
4. *La reacción psicótica*, la pérdida de control ocasiona percepciones equivocadas del ambiente.

A lo largo del *continuum* de la ansiedad, se presentan los trastornos psicofisiológicos de un grado moderado a grave.

Hans Selye (1976) estudió la respuesta de un sistema biológico al cambio impuesto, y encontró que sin importar el factor estresante, la entidad biológica respondía con un síndrome predecible de síntomas físicos. En este estado excitado, el individuo hace acopio de valor para enfrentar la situación y movilizar las defensas para resolverla. Sin embargo, en caso de que fallen las defensas y no se resuelva la situación de estrés, el organismo permanece en este estado de excitación de manera indefinida, lo que a su vez lo vuelve susceptible a una enfermedad psicofisiológica.

Desde el punto de vista histórico, los trastornos somatomorfos se identificaron como *neurosis histéricas*. El concepto de histeria tiene alrededor de 4000 años de antigüedad y tal vez se originó en Egipto. El término se utiliza desde los tiempos de Hipócrates.

A través de los años, los síntomas de la histeria se han relacionado con la brujería, demonología y magia; disfunción del sistema nervioso y emociones no expresadas. Los trastornos somatomorfos se consideran una respuesta a la ansiedad reprimida grave. Freud observó que bajo hipnosis, los pacientes con neurosis histérica pueden tener recuerdos y experiencias emocionales, los cuales podrían aliviar los síntomas. Esto llevó a la propuesta de que las emociones sin expresar se “convierten” en síntomas físicos.

Freud (1962) vio la disociación como un tipo de represión, un mecanismo de defensa activo utilizado para retirar el contenido mental inaceptable o amenazador de la conciencia. También describió la defensa de la separación del Yo en el tratamiento de contenido mental incompatible. A pesar de que el estudio del proceso disociativo se remonta al siglo XIX, los científicos todavía saben poco sobre el fenómeno. Todavía hay preguntas sin contestar:

Concepto Central

Disociación

La ruptura de un conjunto de contenidos mentales de la conciencia, un mecanismo central de conversión histérica y trastorno disociativo (Shahrokh y Hales, 2003).

¿Los trastornos disociativos son procesos psicopatológicos o mecanismos protectores del Yo? ¿Los procesos disociativos están bajo control de manera voluntaria, o son un esfuerzo completamente inconsciente? Maldonado y Spiegel (2003) consideran:

Estos trastornos tienen mucho que enseñarnos sobre la forma que tiene el hombre para adaptarse al estrés traumático, sobre cómo procesa el cerebro la información (p. 709).

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Las estadísticas epidemiológicas relacionadas con los trastornos psicofisiológicos se presentan con cada padecimiento. Casi cualquier trastorno orgánico se puede considerar psicofisiológico. Sadock y Sadock (2003) mencionan: “... los factores psicológicos o de comportamiento tienen una función en casi todas las afecciones médicas”. En el recuadro 18-1 se enlistan algunos (aunque no todos) trastornos psicofisiológicos.

RECUADRO 18-1 Ejemplos de Trastornos Psicofisiológicos

Acné	Enuresis
Amenorrea	Herpes
Angina de pecho	Hiperglucemia
Asma	Hipertensión esencial
Cáncer	Hipertiroidismo
Cardioespasmo	Hipoglucemias
Colitis ulcerativa	Impotencia
Dismenorrea	Migraña, dolor de cabeza
Dolor de cabeza tensional	Náusea y vómito
Dolor sacroiliaco	Neurodermatitis
Enfermedad coronaria	Obesidad
Enfermedad inmunitaria (p. ej., esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico)	Piloroespasmo
Enfermedades de la piel (p. ej., psoriasis)	Síndrome de colon irritable
Enteritis regional	Tuberculosis
	Úlcera duodenal
	Úlcera gástrica

Fuente: Modificado de APA (2000), Sadock y Sadock (2003) y Pellegrini (1992).

Concepto Central

Histeria

Un trastorno polisintomático que por lo general empieza en la adolescencia (rara vez después de los 20 años de edad), afecta principalmente a las mujeres, y se caracteriza por quejas somáticas recurrentes múltiples sin explicación de patología orgánica. Se piensa que se relaciona con ansiedad reprimida.

La prevalencia del trastorno de somatización en la población general se estima en 0.2 a 2% en mujeres y 0.2% en varones (Sadock y Sadock, 2003). Los índices de prevalencia de trastorno de conversión son más variables. Las estadísticas dentro de la población general varían de 5 a 30%. La **hipocondriasis** afecta de 1 a 5% de la población general (APA, 2000). Todos los trastornos somatomorfos son más comunes en mujeres que en varones, con la excepción de la hipocondriasis, que afecta a ambos géneros por igual. Los trastornos de somatización y conversión son más frecuentes en individuos con poca educación y en los provenientes de grupos socioeconómicos pobres (Andreasen y Black, 2006).

Se considera que los trastornos disociativos son bastante raros. La amnesia es el síntoma disociador más común y aparece en casi todos los trastornos de este tipo. La **fuga** disociativa es poco frecuente y se presenta por lo general en afecciones de guerra, desastres naturales o estrés psicosocial intenso. Sadock y Sadock (2003) informan que tal vez hasta 5% de todos los pacientes con trastornos psiquiátricos satisfacen los criterios para el trastorno de identidad disociativa (DID). El trastorno se presenta tres a nueve veces más en mujeres que en varones (APA, 2000). Los síntomas de **despersonalización** pueden manifestarse por algún tiempo en la mitad de los adultos, en particular en eventos de estrés psicosocial grave (APA, 2000).

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración de Antecedentes —Tipos de Trastornos Psicofisiológicos

Factores psicológicos o de comportamiento participan en casi cualquier trastorno orgánico. Estos factores influyen en el desarrollo o exacerbación de, o retraso de la recuperación de una afección médica. Se seleccionaron algunos de éstos para presentarlos aquí.

Asma

El asma es un trastorno de las vías bronquiales que se caracteriza por inflamación de la cubierta mucosa del árbol bronquial y espasmos de los músculos lisos de los bronquios, lo que provoca que se estrechen las vías respiratorias y el aire quede atrapado (Hopper, 2003). Afecta a 22 millones de estadounidenses, que incluyen alrededor de 9 millones de jóvenes menores de 18 años de edad (Centers for Disease Control [CDC], 2007). El asma se puede presentar a cualquier edad, aunque es más común en individuos jóvenes que en personas de 40 años de edad.

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** Las personas con historia familiar de asma tienen mayores riesgos de desarrollar la enfermedad. El asma también parece presentarse en familias con individuos que sufren de fiebre del heno o eczema.
- **Alergias.** Existen varios agentes relacionados con la precipitación de las crisis de asma, que incluyen ácido acetilsalicílico, polvo, aditivos en los alimentos, humo del cigarrillo y contaminantes ambientales. Otros factores que pueden inducir una crisis es el ejercicio y el aire frío.
- **Influencias psicosociales.** Los individuos con asma son caracterizados por tener dependencia excesiva, aunque no se identifican tipos específicos de personalidad (Sadock y Sadock, 2003). Los enfermos de asma han sido relacionados con ciertas características de personalidad, incluyendo miedos, inestabilidad emocional, mayor ansiedad, y depresión (Levenson, 2003; Sadock y Sadock, 2003).

Modalidades de Tratamiento

Los medicamentos prescritos con más frecuencia para el asma son los broncodilatadores y corticoesteroides, por lo general en inhaladores dosificadores. Los broncodilatadores aumentan el diámetro de las vías respiratorias y los corticoesteroides reducen la respuesta inflamatoria. Algunos pacientes también son candidatos para psicoterapia a corto o largo plazos. El internista o el médico atienden la enfermedad, mientras que el psicoterapeuta se enfoca en las actitudes y emociones, además de ayudar al paciente a progresar con el proceso de separación-individuación. Los aspectos psicológicos se mantienen separados de los aspectos físicos de la enfermedad para que la relación terapéutica no se dañe si el paciente sufre una crisis de asma durante la psicoterapia.

Cáncer

Es una neoplasia maligna en la cual se pierde la estructura y actividad funcional de las células, por lo general debido a cambios en el DNA. Estas células mutadas crecen y se extienden con rapidez, pierden su semejanza con las células originales. Las células malignas se diseminan a otras áreas por invasión de tejidos circundantes y por entrar a los sistemas sanguíneo y linfático. Si no se tratan, las neoplasias malignas por lo general causan la muerte.

El cáncer es la segunda causa de muerte en Estados Unidos. Sin embargo, los índices de sobrevida de cinco años han aumentado como resultado del diagnóstico temprano y el tratamiento para mejorar las modalidades del mismo de casi todos los tipos de neoplasias. El gran número de muertes por esta enfermedad tanto en varones como

en mujeres se atribuye a cáncer de pulmón (*American Cancer Society*, [ACS], 2007). La incidencia y los índices de mortalidad relacionados con cáncer son más elevados en personas de raza negra que en blancos, y menos en latinoestadounidenses (ACS, 2007). Este padecimiento se ha llamado “enfermedad de adultos mayores” ya que parece desarrollarse conforme aumenta la edad.

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** Ciertos tipos de cáncer, como los de estómago, glándula mamaria, colon, riñones, útero y pulmón tienden a ocurrir en un patrón familiar, pero se desconoce si esto indica una susceptibilidad heredada o exposición común a un factor etiológico.
- **Factores ambientales.** La exposición a **carcinógenos** ocupacionales o ambientales puede producir un tipo específico de cáncer. Los ejemplos incluyen humo de cigarrillo, tintura de anilina, radio, asfalto, arsénico, cromato, uranio, y asbestos. Varias sustancias están implicadas en el inicio de este padecimiento como inmunosupresoras, dietilestibestrol, anticonceptivos orales, fármacos citotóxicos y radioisótopos. También se han relacionado ciertos virus como factores causantes de cáncer en algunos animales. Sin embargo, la función de los virus en la etiología de aquél no está bien establecido.
- **Influencias psicológicas.** Karren y colaboradores (2002) informan sobre las características específicas que se relacionan con individuos que desarrollan cáncer. El término **personalidad tipo C** se acuñó para describir estas características. En algunas ocasiones al cáncer se le denomina “la enfermedad del tipo gracioso”. Las características que se encuentran relacionadas con la personalidad tipo C incluyen represión de emociones negativas, pasividad, apologético y muy cooperativo. Otros investigadores que estudian estas características identifican el siguiente perfil para la personalidad tipo C:
 - Suprimen el enojo y la hostilidad al extremo (experimentan estas emociones, pero no las expresan).
 - Muestran calma, placidez exterior.
 - Por lo general experimentan sentimientos de depresión y desesperación.
 - Tienen baja autoestima, poco autorrespeto.
 - Antepone las necesidades de otras personas a las suyas.
 - Tiene tendencia a autoculparse (actúa como mártir)
 - Tiene estándares no realistas y es inflexible en el esfuerzo por alcanzar dichos estándares.
 - Resiente que otros perciban sus sentimientos como “equivocados”, aunque los demás no están conscientes de esos sentimientos.

Levenson (2003) menciona varios estudios que proporcionan apoyo para varios factores psicológicos relacionados con el inicio y progreso de cáncer. La depresión se relaciona con mayor riesgo de lo normal de desarrollar cáncer, como también morir de esta enfermedad. La capacidad para expresar las emociones, en lugar de reprimirlas, se muestra en una correlación con un pronóstico más positivo de cáncer. Falta de cercanía con los parientes y menos relaciones interpersonales satisfactorias también coinciden con un desarrollo tardío de este padecimiento. Las variables de relaciones positivas se han vinculado con aumento en el índice de sobrevida.

Se han hecho algunos estudios para determinar si existe una relación entre el estrés psicosocial y el inicio de los síntomas cancerígenos. Los resultados sugieren una correlación positiva entre los efectos del estrés con la inducción y crecimiento de tumores neoplásicos en amplios experimentos con animales y en limitados estudios en humanos. Los eventos psicosociales parecen reducir la competencia inmunológica en un tiempo crítico, y permite que prosperen y crezcan las células mutadas (Pelletier, 1992).

Modalidades de Tratamiento

La cirugía, terapia de radiación y quimioterapia son los tratamientos de elección para controlar o curar el cáncer, o proporcionar medidas paliativas cuando no es posible la cura. La psicoterapia puede ayudar a los individuos que tal vez estén predispuestos al cáncer con características de personalidad tipo C, ya que el sujeto debe aprender a expresar los sentimientos y emociones que se reprimen. La psicoterapia también puede beneficiar a los pacientes con cáncer, algunos estudios indican una disminución en el índice de mortalidad en pacientes con este padecimiento que experimentan una reducción de ansiedad, depresión y estrés traumático (Levenson, 2003).

Enfermedad Coronaria

Esta enfermedad se define como alteración del miocardio (enfermedad coronaria, EC) causada por un menor aporte de sangre al músculo cardiaco (Tazbir y Keresztes, 2005). Es la primera causa de muerte en Estados Unidos: existen cinco millones de personas con este padecimiento, tiene mayor prevalencia en varones que en mujeres, aunque el número de mujeres con enfermedad coronaria está aumentando, tal vez como resultado de las crecientes presiones sociales y económicas, así como los cambios en el estilo de vida. La incidencia de este padecimiento es más elevada en adultos mayores y en los grupos socioeconómicamente bajos (Mensah y col, 2005).

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** Una historia familiar de enfermedad coronaria (EC) aumenta el riesgo de que un individuo desarrolle la enfermedad. No se sabe si existe un vínculo genético directo o si el riesgo se relaciona más a los patrones ambientales de estilo de vida. Otros factores de riesgo que pueden tener un componente genético incluye concentraciones elevadas de lipoproteínas en suero (en particular colesterol y triglicéridos), hipertensión y diabetes mellitus.
- **Factores ambientales.** Varios hábitos de estilo de vida han sido considerados factores de riesgo para la enfermedad coronaria (EC). En la actualidad está bien fundamentada la relación entre tabaquismo y este padecimiento. La obesidad, se define por un índice de masa corporal (peso/estatura²) de 30 o más, también se ha relacionado con un riesgo elevado de desarrollar enfermedad cardiaca. El estilo de vida sedentario es otro factor de riesgo. Se piensa que el ejercicio físico ofrece cierta protección, ya que ayuda a mantener una presión arterial baja, conservar el organismo en un peso sano y corrige dislipidemias (McKechnie y Mosca, 2003).
- **Influencias psicosociales.** Friedman y Rosenman (1974) realizaron una investigación actualizada en el área de la personalidad y enfermedad coronaria. Desarrollaron un perfil detallado del individuo predispuesto a esta afección, la cual se identifica como **personalidad tipo A**. También estudiaron las características de personalidad en individuos que experimentan estrés en forma diferente con menos predisposición a esta enfermedad. A este perfil de personalidad se le conoce como **personalidad tipo B**.

Friedman y Rosenman identificaron dos características que cuando se presentan juntas de manera automática se clasifica a un individuo de personalidad tipo A. Éstas son conducirse con excesiva competitividad de manera crónica y una continua sensación de urgencia. Las características adicionales de tipo A incluyen:

- Con facilidad se deja llevar por la hostilidad que por lo general mantiene bajo control, pero surge de manera inesperada, con frecuencia cuando otros lo considerarían inesperado.
- Es muy agresivo y ambicioso, se concentra casi de manera exclusiva en su profesión.
- No tiene tiempo para pasatiempos, y durante cualquier momento de ocio se siente culpable como si relajarse fuera perder el tiempo.
- Apenas siente sentimientos de satisfacción con los logros obtenidos; siempre siente que debió hacer más.
- De continuo se esfuerza por alcanzar y sentir que nunca hay tiempo suficiente (el tiempo se vuelve el enemigo del individuo de personalidad tipo A).
- Parecen ser muy extrovertidas y sociables; con frecuencia dominan la conversación; tienen una perso-

nalidad abierta, pero con frecuencia sienten gran inseguridad sobre sí mismos.

- Experimenta intensa ambición y la necesidad para ganar (lo que conduce al individuo de esta personalidad a que realice todas las actividades con la misma competitividad con la que se maneja, incluso en actividades recreativas se presiona a sí mismo para competir).

Las personas con personalidad tipo B no son opuestas a las personas de tipo A, sólo son diferentes. Las que son tipo B no son menos exitosas que las de tipo A; se pueden desempeñar casi tan bien en sus trabajos —quizá mejor. Los individuos de tipo B no tienen una sensación de urgencia en relación al tiempo que sienten las de tipo A, aunque pueden funcionar bajo presión cuando es necesario, pero no es una parte dominante de su vida; la ambición en este tipo de personalidad tal vez se basa en objetivos que son bien pensados, no hay una constante necesidad de competir o de compararse con los demás. El autorrespeto con frecuencia proviene de éxitos materiales y sociales, lo que significa que los individuos con personalidad tipo B reconocen tanto sus cualidades como sus limitaciones. Ven el tiempo libre como momentos para relajarse, sin sentir culpa, además de utilizar el tiempo para considerar alternativas, para pensar en asuntos y tomar decisiones o para actuar. Estas características con frecuencia proporcionan un resultado creativo para las personas tipo B. En cambio las de personalidad tipo A están propensas a tener errores por su impulsividad (p. ej., actuar antes de considerar con detenimiento). En el estudio de Friedman y Rosenman, el comportamiento tipo A de manera obvia es un factor que contribuye a sufrir de enfermedad coronaria.

La investigación más reciente sobre las características de personalidad en individuos con enfermedad coronaria reveló un patrón de comportamiento conocido como **personalidad tipo D** (personalidad angustiada) (Denollet, 1997). Los individuos con este tipo personalidad tienden a experimentar emociones negativas y la incapacidad de expresar sentimientos en situaciones sociales. Karren y colaboradores (2002) explican:

[Se encontró] que ciertas emociones negativas, como el enojo, ansiedad, depresión, preocupación y desesperanza aumentan el riesgo de enfermedad coronaria. El problema no se presenta por una experiencia *ocasional* de estas emociones negativas, pero sí por la tendencia a experimentar estas emociones por cierto tiempo y en una variedad de situaciones y la costumbre de suprimir las emociones negativas (p. 151).

Los estudios muestran que la manifestación tanto de emociones negativas, como de inhibición social, aumenta el riesgo de enfermedad coronaria y de morir entre pacientes con EC.

Modalidades de Tratamiento

La intervención con medicamentos quimioterapéuticos es común en el tratamiento de enfermedad coronaria (EC). Los vasodilatadores (p. ej., nitroglicerina) aumentan la perfusión del tejido coronario; las bloqueadores como beta-adrenérgicos (p. ej., propranolol) y antagonistas de los canales de calcio (p. ej., verapamil, diltiazem) para tratar angina e hipertensión; y en general se prescriben fármacos antihiperlipidémicos (p. ej., simvastatina, atorvastatina, gemfibrozil) para disminuir las concentraciones de lípidos en suero. Para los pacientes con obstrucción significativa de las principales arterias coronarias, se puede intentar una intervención quirúrgica con revascularización miocárdica (derivación de tejido [CABG]) o angioplastia coronaria transluminal percutánea (PTCA).

Se han probado varias técnicas, como relajación progresiva, autohipnosis, meditación, biorretroalimentación y terapia de grupo (con resultados variados) en un intento de modificar el patrón de comportamiento tipo A relacionado con enfermedad coronaria. Se observan resultados positivos en la reducción de comportamientos tipo A con una combinación de educación, orientación interpersonal y terapia de modificación de comportamiento. Karren y colaboradores (2002) mencionan que ocho estudios controlados demuestran que las partes tóxicas y hostiles del tipo A (e incluso el trabajo excesivo) se pueden transformar en comportamientos más saludables.

Úlcera Péptica

Es una erosión de la pared de la mucosa en el esófago, estómago, duodeno o yeyuno, de hecho, las úlceras pueden penetrar la capa mucosa y extenderse a las capas musculares de la pared gastrointestinal (Dawson, 2003).

Las úlceras pépticas se presentan cuatro veces más en varones que en mujeres, en alrededor de 10% de la población, las edades pico son de los 40 a los 60 años (Murphy-Blake y Hawks, 2005).

Influencias Etiológicas

● **Factores biológicos.** Se piensa que alrededor de 80% de las úlceras son causadas por infección del aparato digestivo por la bacteria *Helicobacter pylori*. Se desconoce por qué se extiende la infección, pero se puede transmitir por vía oral o por alimento contaminado o agua. Sin embargo, no todas las personas que se infec- tan con esta bacteria desarrollan úlceras; éstas se forman cuando hay un desequilibrio entre los efectos dañinos de los ácidos gástricos y los mecanismos naturales de protección del organismo, lo que hace la cubierta del aparato digestivo susceptible a la erosión. Se piensa que *H. pylori* contribuye al debilitamiento de

los mecanismos protectores. Se está desarrollando una vacuna contra *H. pylori*.

- **Factores ambientales.** Fumar y el uso regular de ácido acetilsalicílico se consideran factores importantes en la etiología de úlceras pépticas. Otros elementos que afectan la mucosa gástrica son alcohol, esteroides y medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES).
- **Influencias psicosociales.** Los estudios muestran aumento en la secreción y motilidad gástrica en presencia de hostilidad, resentimiento, culpa y frustración (Karren y col, 2002). Algunos investigadores en psicodinamia señalan un vínculo entre las úlceras y el estrés por una necesidad de dependencia insatisfecha en individuos predispuestos a sufrir estas lesiones. Estos sujetos tienden a presentar un apego no saludable hacia otras personas, y aunque son dependientes por naturaleza, perciben que hay muy pocas personas en quienes pueden confiar en momentos de crisis. Se preocupan demasiado, y parecen tener más crisis que el resto de las personas, tal vez porque son pesimistas y siempre parecen esperar lo peor de una situación (Karren y col, 2002). La ansiedad y la depresión son frecuentes entre las personas con esta predisposición.

Modalidades de Tratamiento

Las intervenciones farmacológicas para úlcera péptica incluyen antiácidos para neutralizar el ácido gástrico, fármacos antisecretores (p. ej., antagonistas H₂ de histamina [cimetidina y ranitidina] e inhibidores de la bomba de protones [omeprazol, esomeprazol y lansoprazol]), medicamentos citoprotectores para cubrir el tejido mucoso ulcerado e inhibir la actividad de la pepsina, y los antibióticos y antiinfecciosos para tratar *H. pylori*. Se recomienda reducir o eliminar de la dieta los alimentos muy condimentados, cafeína y alcohol, además de evitar fumar y tomar ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroides. La psicoterapia para pacientes con úlcera está enfocada en conflictos como la pasividad, dependencia, agresión, enojo y frustración. Éstos se deben abordar en el tratamiento, con respeto por la estructura defensiva del paciente y la necesidad de apoyo y seguridad. Existen estudios que indican mejoría y menor recurrencia entre los que fueron tratados con una combinación de quimioterapia y psicoterapia que en los que sólo recibieron quimioterapia.

Hipertensión Esencial

Es la elevación persistente de la presión arterial, para la cual no hay una causa aparente o enfermedad subyacente relacionada (Fanning y Lewis, 2003). Es el principal ori-

gen de accidentes vasculares cerebrales (derrame cerebral o apoplejía), enfermedad cardiaca e insuficiencia renal. Alrededor de 30% de la población adulta en Estados Unidos es hipertensiva, una afección que se caracteriza por presión arterial de 140/90 o más alta (*American Heart Association*, 2007). Debido a que la hipertensión con frecuencia es asintomática, se considera que 30% con este padecimiento desconoce su situación. El trastorno es más común en los varones que en las mujeres y prevalece dos veces más en poblaciones de raza negra que en la blanca.

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** Los individuos con una historia familiar de hipertensión tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno.
- **Influencias fisiológicas.** Las que se relacionan con la etiología esencial de la hipertensión incluyen desequilibrio de los vasoconstrictores circulantes (p. ej., angiotensina) y vasodilatadores (p. ej., prostaglandinas), aumento de la actividad del sistema nervioso simpático que provoca mayor vasoconstricción y alteración de la excreción de agua (De Martinis, 2005).
- **Factores ambientales.** La obesidad y fumar son factores que contribuyen al problema de hipertensión esencial.
- **Influencias psicosociales.** Karren y colaboradores (2002) informan en sus estudios que existe una correlación entre el enojo reprimido y la hipertensión. Algunos psicoanalistas creen que puede relacionarse con una crianza que prohíbe la expresión de sentimientos de enojo. Varios estudios mostraron resultados consistentes de una relación significativa entre la ira reprimida y la presión arterial elevada en tres grupos de varones. Una investigación midió la presión arterial en tres grupos de hombres con tres tipos de manejo de la ira: expresión, supresión y “reflexión calmada”. Karren y colaboradores (2002) mencionan los resultados de ese trabajo:

Los individuos con hipotensión fueron los que mantuvieron la calma, reconocieron su enojo, pero sin ser del todo hostiles, ya fuera de manera verbal o física. Lo que puede suceder por manejar su enojo de manera apropiada. Los que tuvieron hipertensión fueron quienes reprimieron su enojo u hostiles (pp. 206-207).

Modalidades de Tratamiento

El tratamiento de los individuos con hipertensión esencial se dirige para disminuir la presión arterial por medio de cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico o

ambos. Las modificaciones en la dieta incluyen restricciones de sodio, cafeína, alcohol y grasas saturadas, también puede ser necesario bajar de peso. Las personas con hipertensión no deben fumar. Se ha demostrado que aumentar la actividad física, en particular el ejercicio de tipo aeróbico, disminuye la presión arterial. La intervención farmacológica puede ser con diuréticos, beta-bloqueadores, antagonistas de los canales de calcio o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE).

Las técnicas de relajación, como la meditación, yoga, hipnosis y biorretroalimentación reducen la presión arterial en algunos individuos. Son útiles en particular para personas con hipertensión en el inicio y como terapia adyunta al farmacológico. La psicoterapia de apoyo, durante la cual el individuo es alentado a expresar sus sentimientos de manera honesta, en particular el enojo, también puede ser útil.

Migraña, Dolor de Cabeza

La palabra *migrana* proviene de la palabra griega *hemicranion* (que significa “mitad del cráneo”). En la migraña, el dolor por lo general afecta un lado de la cabeza, se origina en los músculos faciales, cuello y cabeza; los vasos sanguíneos y la duramadre. Los vasos sanguíneos se dilatan y se congestionan de sangre. El dolor resulta de la presión en los nervios, están dentro o alrededor de los vasos sanguíneos congestionados.

La migraña se presenta a cualquier edad, pero empieza alrededor de los 16 a 30 años de edad. Son más frecuentes en mujeres que en varones y por lo general se relacionan con las diferentes fases del ciclo menstrual. Alrededor de 5% de la población general sufre migraña.

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** Éstos parecen ser un factor importante en la etiología de la migraña. Es común para los individuos de varias generaciones dentro de la misma familia experimentar este trastorno. De manera ocasional, los miembros de una o dos generaciones están libres del padecimiento, pero no es infrecuente encontrar historias de dolores de cabeza en tíos, tíos, primos o abuelos.
- **Factores ambientales.** Algunos alimentos, bebidas y medicamentos pueden precipitar la migraña en ciertos individuos. Estas sustancias incluyen cafeína, chocolate, queso añejo, vinagre, vísceras, bebidas alcohólicas, crema ácida, yogurt, aspartame, frutas cítricas, plátanos, pasas, aguacate, cebolla, carnes ahumadas, glutamato de monosodio y productos preservados con nitritos. Los medicamentos que disminuyen la presión

arterial, en particular la reserpina e hidralazina, también se sabe provocan migraña.

Algunas personas experimentan ataques durante o después de esfuerzo presión física. Esto puede ser causado por cambios químicos o vasos sanguíneos que se presentan mientras se ejerce presión. Varios factores que influyen en el desarrollo de la migraña incluyen fumar, luces brillantes, cambios de clima, lugares elevados, anticonceptivos orales, alteración en los patrones de sueño y saltarse los alimentos.

- **Influencias psicosociales.** Se identifican ciertas características como “la personalidad migrañosa”. Quienes sufren migraña se describen como perfeccionistas, sobreconscientes, y un poco inflexibles. Pueden ser meticulosamente pulcros y ordenados, compulsivos y con frecuencia trabajan mucho. Por lo general son muy inteligentes, precisos y le dan un lugar preciado al éxito, tienen expectativas muy elevadas (en ocasiones no realistas) de sí mismos y de los demás. Delegar responsabilidades es difícil, ya que sienten que son los únicos que lo pueden hacer bien. De manera clásica, hay enojo reprimido o suprimido. El individuo experimenta hostilidad y enojo, pero no pueden expresar sus sentimientos de manera abierta. Algunos investigadores identifican “la personalidad migrañosa” como un clon de la personalidad tipo A (Karren y col, 2002).

Las emociones son importantes en la activación de la migraña, es decir, un individuo que experimenta estrés emocional puede desarrollar migraña, en respuesta a un beneficio secundario de asumir la función de enfermo. Por lo tanto, los dolores de cabeza proporcionan un medio de escapar de la situación estresante. Otros individuos presentan una crisis de migraña sólo después de un evento emocional angustioso. Lo anterior se llama dolor de cabeza reflejo y puede ser uno de los factores de influencia en provocar migraña de fin de semana o de vacaciones, cuando la ansiedad se alivia y el individuo al fin se relaja.

Modalidades de Tratamiento

La modalidad para la intervención farmacológica para la migraña se dirige a prevenir con medicamentos como propranolol, amitriptilina, verapamil, divalproex sódico, topiramato o venlafaxina. Una vez que empieza la migraña, algunos médicos aplican una inyección de meperidina o codeína, que bloquea el dolor y permite que el individuo duerma hasta que disminuya la crisis. Se ha demostrado que una clase nueva de fármacos agonistas de receptores de serotonina (sumatriptán, naratriptán, almotriptán, eletriptán, frovatriptán y rizatriptán) que están disponibles en forma oral, inyectable e inhalada, son eficaces para

interrumpir las crisis de migraña. Varias sustancias relacionadas con el tartrato de ergotamina se prescriben para cuando empieza el dolor de cabeza, pero son ineficaces una vez iniciado. La psicoterapia puede ser necesaria en unos casos para ayudar a resolver el enojo y modificar algunas de las características relacionadas con “la personalidad de migraña”. La biorretroalimentación, ejercicio físico regular (a menos que sepa que inicia las crisis de migraña), entrenamiento de relajación, terapia de comportamiento y modificación de la dieta son útiles para algunos individuos.

Artritis Reumatoide

Es una enfermedad caracterizada por dolor muscular y esquelético por inflamación de las articulaciones (Sadock y Sadock, 2003). Enfermedad *sistémica*, que se puede manifestar por lesiones de los órganos principales. La prevalencia es dos a tres veces más en mujeres que en varones. Afecta 1 a 3% de la población en Estados Unidos, con un aproximado de 200 000 casos diagnosticados al año. Se presenta con períodos de remisión y de exacerbación.

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** La herencia parece influenciar en la predisposición a la artritis reumatoide. La proteína sérica del factor reumatoide se encuentra en por lo menos a la mitad de personas con artritis y con frecuencia en sus familiares cercanos, lo que significa que es una característica hereditaria que aumenta la vulnerabilidad. Aunque el factor reumatoide está presente en pacientes con otras enfermedades inmunitarias, es poco común en la población general. Se considera que esta enfermedad puede ser *autoinmunitaria*. Si ese es el caso, puede estar relacionada con un mecanismo inmunitario disfuncional y se inicia por un proceso infeccioso. Los anticuerpos que se producen como resultado de la infección se dirigen en contra del propio organismo en una respuesta *autoinmunitaria* que causa daño a los tejidos.

- **Influencias psicosociales.** Se piensa que los pacientes con artritis reumatoide se autosacrifican, son masoquistas, conformistas, autoconscientes, inhibidos perfeccionistas, con una incapacidad inherente para expresar enojo (Karren y col, 2002). La idea de que ciertas características de personalidad se relacionan con esta enfermedad ha perdido credibilidad (Levenson, 2003).

Cierta evidencia sugiere que eventos traumáticos emocionales, como la pérdida de una persona impor-

tante por muerte o separación, con frecuencia preceden los primeros síntomas de la artritis reumatoide y precipitan su inicio en algunos individuos. Por lo tanto, la descompensación emocional en individuos predispuestos puede ocasionar la presentación o exacerbación del padecimiento. Levenson (2003) explica:

Aunque la primera visión de artritis reumatoide como un trastorno psicosomático clásico se ha descartado, el consenso en la literatura sobre reumatología es que los factores psicológicos son importantes, pero sus relaciones con artritis reumatoide son complejas (p. 644).

Modalidades de Tratamiento

El tratamiento farmacológico para la artritis reumatoide es: ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroides, fármacos antirreumáticos (p. ej., sales de oro, penicilamina), corticoesteroides (p. ej., prednisona) y medicamentos antineoplásicos (p. ej., metotrexato). Para algunos pacientes puede ser necesaria, en especial para aquellos con graves deformaciones, discapacidades funcionales significativas o poco control del dolor.

La psicoterapia puede ayudar a algunos enfermos a enfrentar y adaptarse a la cronicidad de esta afección. La negación de la enfermedad es una respuesta inicial común al diagnóstico; con el tiempo, se presentan algunos procesos de adaptación, incluso la resignación, enojo episódico, tristeza y ansiedad. Los pacientes se culpan a sí mismos o creen que la enfermedad es el resultado de comportamientos pasados. La depresión puede necesitar ser tratada por separado.

Colitis Ulcerativa

En la colitis ulcerativa inflamatoria crónica es común que se presente diarrea con sangre (Sadock y Sadock, 2003). El índice de prevalencia en Estados Unidos está por debajo de 250 por 100 000 personas (*National Digestive Information Clearinghouse*, 2007). Se puede presentar a cualquier edad, pero es mayor la prevalencia entre los 15 y 35 años. La colitis ulcerativa afecta tanto a varones como mujeres, y es más común en caucásicos que en personas de raza negra y asiáticos estadounidenses; existe una gran incidencia en la población judía (Al-Ataie y Shenoy, 2005).

Influencias Etiológicas

- **Factores hereditarios.** Puede estar involucrado un factor genético en el desarrollo, debido a que las personas que tienen un familiar con colitis ulcerativa están

en mayor riesgo que la población general. Por otra parte, en algunas investigaciones se considera la posibilidad de que sea una enfermedad autoinmunitaria. En algunos pacientes se encontraron índices elevados de anticuerpos anticolon en parientes de personas enfermas, ya que se pueden observar autoanticuerpos en suero y en la mucosa, contra las células epiteliales intestinales. Los individuos con colitis ulcerativa con frecuencia tienen anticuerpos citoplásmicos p-antineutrófilos (Al-Ataie y Shenoy, 2005).

- **Influencias psicosociales.** Sadock y Sadock (2003) explican que “estudios en pacientes con colitis ulcerativa demuestran una predominancia de características obsesivo-compulsivas. Son pulcros, ordenados, puntuales y tienen dificultad en expresar enojo” (p. 827).

El inicio o exacerbación de la colitis ulcerativa se relaciona con los eventos estresantes o trauma psicológico. El estado inmunitario alterado que acompaña al estrés psicológico puede ser un factor de influencia en individuos predispuestos.

Modalidades de Tratamiento

El tratamiento nutricional es un enfoque primario en el tratamiento de la colitis ulcerativa, y aunque no hay restricciones generales en la dieta, los pacientes deben evitar alimentos irritantes. El tratamiento farmacológico puede incluir sulfasalazina, la cual parece tener propiedades antiinflamatorias y antimicrobianas, las formas graves de esta enfermedad son tratadas con corticoesteroides. Los antidiarreicos y antimicrobianos proporcionan alivios sintomáticos. La cirugía puede ser necesaria para retirar el colon o cuando se presentan complicaciones. Debido a que se sabe que las emociones y el estrés tienen una función importante en la exacerbación de este padecimiento, el apoyo psicológico puede ayudar a disminuir la frecuencia de las crisis y a que el paciente reconozca los factores de estrés que precipitan exacerbación e identificar formas de enfrentamiento y de adaptación. La persona con colitis ulcerativa con frecuencia siente una falta de control en su vida, por lo que el apoyo psicológico puede ayudar a enfrentar sentimientos de inseguridad, dependencia y depresión. Es importante para el individuo expresar sentimientos o enojo reprimido.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

El diagnóstico de enfermería se formula a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración y con los antecedentes en relación con las implicaciones etiológicas para el trastorno.

Algunos diagnósticos de enfermería comunes para pacientes con trastornos psicofisiológicos incluyen:

- **Aσma**
 - Ventilación ineficiente de vías respiratorias
 - Intolerancia a la actividad
 - Ansiedad (grave)
- **Cáncer**
 - Miedo
 - Duelo anticipado
 - Imagen corporal alterada
- **Enfermedad coronaria**
 - Dolor
 - Miedo
 - Intolerancia a la actividad
- **Úlcera péptica**
 - Dolor
 - Afección a la integridad del tejido
- **Hipertensión**
 - Riesgo de perfusión tisular alterada
 - Riesgo para la función sexual
- **Migrña**
 - Dolor
 - Rendimiento ineficiente
- **Artritis reumatoide**
 - Dolor
 - Atención personal deficiente
 - Intolerancia a la actividad
- **Colitis ulcerativa**
 - Dolor
 - Diarrea
 - Riesgo de desnutrición

Algunos de los diagnósticos comunes de enfermería para la categoría general de factores psicológicos que afectan la condición médica incluyen:

- Enfrentamiento ineficiente relacionado con ansiedad reprimida y métodos de enfrentamiento inadecuados, que se observan por inicio o exacerbación de la enfermedad física.
- Conocimiento deficiente relacionado con factores psicológicos que afectan la condición médica, que se evidencia por declaraciones como: “No sé por qué el doctor me puso en la unidad psiquiátrica. Tengo un problema físico.”
- Baja autoestima relacionada con la falta de satisfacción de las necesidades de dependencia, que se manifiesta por verbalizaciones de autonegatividad y comportamientos demandantes enfermizos.
- Rendimiento ineficiente relacionado con la enfermedad física que se acompaña por síntomas de incapacidad real o percibida, que se evidencian por cambios en los patrones usuales de responsabilidad.

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en la atención del paciente con un trastorno psicofisiológico:

- Niega sentir dolor o cualquier otra queja de tipo físico.
- Demuestra la capacidad para realizar estrategias de enfrentamiento adaptativas en situaciones de estrés.
- Habla de situaciones de estrés que favorecieron o empeoraron los síntomas físicos en el pasado.
- Habla de un plan para enfrentar situaciones estresantes en un esfuerzo para prevenir la exacerbación de síntomas físicos.
- Realizar actividades de vida diaria de manera independiente.

Planificación/Realización

En el cuadro 18-1 se presentan diagnósticos de enfermería comunes para la categoría general en un plan de atención; además de criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno.

Educación del Paciente y la Familia

La educación del paciente es importante en el área psiquiátrica, como en todas las áreas de enfermería. En el recuadro 18-2 se presenta una lista de temas relevantes para el paciente y la familia para entender los factores psicológicos que afectan la afección médica.

Evaluación

La revaloración se realiza para determinar si las acciones de enfermería tienen éxito en alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con un trastorno psicofisiológico se puede facilitar con la información recopilada con las siguientes preguntas.

- ¿El paciente se queja de dolor o de otros síntomas físicos?
- ¿Los síntomas físicos interfieren con sus responsabilidades?
- ¿Habla de que los síntomas físicos se han aliviado?
- ¿Puede realizar actividades de la vida diaria de manera independiente?
- ¿Es capaz de mencionar estrategias alternativas para lidiar con el estrés?
- ¿Demuestra la capacidad de utilizar estas estrategias de enfrentamiento y de adaptación para lidiar con el estrés?
- ¿Reconoce cuáles son los tipos de situaciones estresantes o de comportamientos de no adaptación que exacerbán los síntomas físicos?

CUADRO 18 – 1 Plan de Atención al Paciente con Desorden Psicofisiológico**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICAZ****RELACIONADO CON:** Ansiedad reprimida y métodos inadecuados de enfrentamiento**EVIDENCIADO POR:** Iniciación o exacerbación de la enfermedad física

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente se siente bien físicamente y demuestra habilidad para prevenir la exacerbación de los síntomas físicos como mecanismos de enfrentamiento en respuesta al estrés.	<ol style="list-style-type: none"> Realice una evaluación física minuciosa. Vigile los resultados de laboratorio, signos vitales, ingestas y eliminaciones y otras evaluaciones. Junto con el paciente, identifique los objetivos de atención y las formas en las que éste cree que podría alcanzar sus objetivos. Es posible que requiera ayuda para la resolución de problemas. Aliente al paciente a hablar de situaciones actuales en su vida que perciba como estresantes, y los sentimientos relacionados con cada una de esas situaciones. Durante la conversación, observe los momentos durante los cuales surgen sentimientos de impotencia o de pérdida de control sobre situaciones en su vida. Céntrese en esos momentos y discuta formas en las que podría mantener un sentimiento de control. A medida que el paciente se vaya sintiendo en confianza para hablar sobre sus sentimientos, ayúdolo de una manera no amenazante, a relacionar ciertos sentimientos con la aparición de los síntomas físicos. Discutan momentos estresantes cuando los síntomas físicos aún no aparecían y las estrategias adaptativas de enfrentamiento que se usaron en esas situaciones. La terapia se facilita al considerar áreas de fortaleza y utilizarlas para beneficio del paciente. Proporcione reforzamiento positivo para mecanismos adaptativos de enfrentamiento identificados o utilizados. Sugiera estrategias de enfrentamiento de alternativas, pero permita determinar cuáles podrían incorporarse de manera más apropiada en su estilo de vida. Ayude a identificar un recurso dentro de la comunidad (amigo, otra persona cercana o grupo) para utilizarlo como sistema de apoyo para la expresión de sentimientos. 	<ol style="list-style-type: none"> La evaluación física es necesaria para determinar el cuidado específico requerido para la afección física. Se requiere para mantener la continuidad de la evaluación. La participación del enfermo en su propio cuidado proporciona un sentimiento de control e incrementa las oportunidades de resultados positivos. La expresión de sentimientos verdaderos en un ambiente no amenazador puede ayudar al paciente a reconciliarse con asuntos sin resolver. Se desarrolla un sentido de la autoestima y se conserva cuando el individuo siente poder sobre sus propias situaciones de la vida. El paciente podría no estar al tanto de la relación entre los síntomas físicos y los problemas emocionales. El refuerzo positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables. El paciente podría requerir ayuda con la resolución de problemas, pero se le debe permitir y alentar tomar decisiones de manera independiente. Un sistema de apoyo positivo puede ayudar a prevenir enfrentamiento no adaptativo a través de la enfermedad física.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: CONOCIMIENTO DEFICIENTE**RELACIONADO CON:** Factores psicológicos que afectan la afección médica**EVIDENCIADO POR:** Frases como “Yo no sé por qué el doctor me colocó en la unidad psiquiátrica. Yo tengo un problema físico”

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente será capaz de expresar los factores psicológicos que le afectan.	<ol style="list-style-type: none"> Considere el grado de conocimiento en lo que se refiere a los efectos de los problemas psicológicos en el organismo. Evalue el nivel de ansiedad del paciente y la buena disposición por aprender. Discutan los reconocimientos físicos y los exámenes de laboratorio que se realizaron. Explique el propósito y resultado de cada uno. 	<ol style="list-style-type: none"> Una base de datos adecuada es necesaria para el desarrollo de un plan de enseñanza eficaz. El aprendizaje no ocurre cuando la ansiedad es grave. El paciente tiene el derecho de saber sobre cualquier tratamiento médico y aceptarlo o rehusarlo.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>4. Explore sentimientos y temores del paciente. Vaya despacio. Esos sentimientos pueden haber sido suprimidos o reprimidos por tanto tiempo que su revelación puede ser una experiencia muy dolorosa. Brinde apoyo.</p> <p>5. Haga que lleve un diario de la presentación, duración e intensidad de los síntomas físicos. También debe mantener un registro separado de situaciones que el paciente encuentre estresantes.</p> <p>6. Ayude a identificar las necesidades que se satisfacen a través de la función del enfermo. Juntos, formulen medios adaptativos para satisfacer esas necesidades. Practiquen los cambios de funciones.</p> <p>7. Proporcione instrucciones en técnicas de aserción, en especial la capacidad de reconocer las diferencias entre comportamientos pasivos, asertivos y agresivos, y la importancia del respeto hacia los derechos de los demás, mientras se protegen los derechos básicos propios.</p> <p>8. Discuta los métodos adaptativos del tratamiento de estrés, tales como técnicas de relajación, ejercicio físico, meditación, ejercicios de respiración y autógenos.</p>	<p>4. La expresión de sentimientos en presencia de alguien de confianza y en un ambiente no amenazante puede alentar al individuo a confrontar sentimientos sin resolver.</p> <p>5. La comparación de esos registros puede proporcionar información objetiva en la cual se puede observar la relación entre los síntomas físicos y el estrés.</p> <p>6. La repetición a través de la práctica sirve para reducir la incomodidad en la situación real.</p> <p>7. Esas habilidades preservan la autoestima, mientras que incrementan su habilidad para formar relaciones interpersonales satisfactorias.</p> <p>8. El uso de esas técnicas adaptativas podría disminuir la presentación de síntomas físicos como respuesta al estrés.</p>

- ¿El paciente correlaciona la presentación de los síntomas físicos con una situación de estrés o de comportamiento de salud de no adaptación?
- ¿Menciona necesidades no satisfechas, las cuales pueden ser compensadas por la enfermedad?
- ¿Es capaz de hablar de formas alternativas para satisfacer sus necesidades?
- ¿Comenta sobre fuentes de apoyo a los que pueda recurrir cuando surge el sentimiento de necesidad en situaciones de estrés?

RECUADRO 18–2 Temas para el Paciente/Educación Familiar Relacionada con los Factores Psicológicos que le Afectan

Naturaleza de la enfermedad

1. Proporcione información sobre procesos específicos de la enfermedad:
 - a. Asma
 - b. Cáncer
 - c. Cardiopatía coronaria
 - d. Úlcera péptica
 - e. Hipertensión esencial
 - f. Migraña
 - g. Artritis reumatoide
 - h. Colitis ulcerativa
 - i. Otras
2. Discuta las implicaciones psicológicas de la exacerbación o el retraso de la mejoría.

Tratamiento de la enfermedad

1. Discuta formas para identificar el inicio de la ansiedad creciente.
2. Discuta alternativas para interrumpir la ansiedad:
 - a. Técnicas asertivas
 - b. Técnicas de relajación

- c. Actividades físicas
- d. Conversar con personas de confianza
- e. Meditación
3. Discuta el manejo del dolor.
4. Comente cómo la familia puede prevenir el reforzamiento de la enfermedad.
5. Farmacología:
 - a. Explique por qué el médico ha prescrito ciertos medicamentos.
 - b. Informe sobre los posibles efectos colaterales de los medicamentos.
 - c. Proporcione información por escrito sobre qué síntomas informar al médico.
6. Discuta modalidades del tratamiento médico.
7. Mencione posibles cambios al estilo de vida relacionados con la enfermedad.

Servicios de apoyo

1. Grupos de apoyo
2. Psicoterapia individual
3. Retroalimentación biológica


**Concepto
Central**

Somatización

El proceso por el cual las necesidades psicológicas se expresan en la forma de síntomas físicos. Se piensa que la somatización está relacionada con ansiedad reprimida.

Valoración de Antecedentes

—Tipos de Trastornos Somatomorfos

Trastorno Somático

Éste es un síndrome de múltiples síntomas somáticos que no se pueden explicar desde el punto de vista médico y se relacionan con angustia psicosocial y búsqueda a largo plazo de ayuda profesional. Los síntomas en su presentación pueden ser indefinidos, dramatizados o exagerados. El trastorno es crónico con síntomas que se iniciaron antes de los 30 años de edad. Éstos se identifican como dolor (por lo menos en cuatro sitios diferentes), síntomas gastrointestinales (p. ej., náusea, vómito, diarrea), sexuales (p. ej., menstruación irregular, disfunción eréctil o eyaculatoria), y los que sugieren una afección neurológica (p. ej., parálisis, ceguera, sordera) (APA, 2000). Con frecuencia se manifiesta ansiedad y depresión, las amenazas y los intentos suicidas no son infrecuentes.

El trastorno por lo general tiene un curso fluctuante, con períodos de remisión y de exacerbación. Los pacientes por lo común reciben atención médica de varios profesionales, algunas veces de manera concurrente, lo que conduce a la posibilidad peligrosa de combinar tratamientos (APA, 2000). Estos pacientes tienden a buscar alivio por medio de sobredosificación con analgésicos prescritos o medicamentos ansiolíticos. El abuso de drogas y la dependencia son complicaciones comunes del trastorno de somatización. Cuando se presenta el suicidio, por lo general es en relación al abuso de sustancias (Sadock y Sadock, 2003).

Se sugiere que en el trastorno de somatización, existe superposición de las características de personalidad y características con trastorno de personalidad histrionica. Estos síntomas incluyen fuerte emoción, pensamientos y discurso sugestionables, seducción, fuertes necesidades de dependencia, y preocupación por los síntomas y por sí mismo.

Trastorno de Dolor (Fibromialgia, Dolor Miofascial)

La característica esencial de este padecimiento es dolor grave y prolongado que causa angustia clínica significativa o alteración del funcionamiento social, ocupacional o en

otras áreas importantes (APA, 2000). El diagnóstico se hace cuando se considera que los factores psicológicos son la principal fuente del inicio, gravedad, exacerbación o mantenimiento del dolor, incluso cuando el examen médico se relaciona con el mismo. Las implicaciones psicológicas en la etiología se hacen evidentes por la correlación de una situación estresante con el inicio del síntoma. Las implicaciones psicológicas adicionales se pueden apoyar por los siguientes hechos: (1) la presentación del dolor incapacita al paciente que evita algunas actividades desagradables (**beneficio primario**) y (2) el dolor promueve el apoyo emocional o atención que el paciente no recibiría de otra forma (**beneficio secundario**). Los comportamientos característicos incluyen visitas frecuentes a los médicos en un esfuerzo por obtener alivio, uso excesivo de analgésicos y peticiones de cirugía (Sadock y Sadock, 2003). Los síntomas de depresión son comunes y con frecuencia lo bastante graves para diagnosticarse como depresión mayor. La dependencia de sustancias adictivas es una complicación común del trastorno de dolor.

Hipocondriasis

Este padecimiento se define como una interpretación no realista e inexacta de síntomas físicos o sensaciones, conducente a la preocupación y miedo de tener una enfermedad grave, al grado que el miedo llega a incapacitar y persiste a pesar de asegurarle de manera apropiada que no se detecta ninguna patología orgánica. En ocasiones la enfermedad médica puede presentarse, pero en el individuo con hipocondriasis, los síntomas son excesivos en relación con el grado de la enfermedad.

La preocupación puede ser específica de un órgano o enfermedad (p. ej., enfermedad cardiaca), con funciones corporales (p. ej., peristaltismo o latidos cardíacos), o incluso con alteraciones físicas menores (p. ej., un dolor leve o una tos ocasional) (APA, 2000). Los individuos con hipocondriasis pueden convencerse que una frecuencia cardíaca acelerada indica una enfermedad cardiaca o que un dolor leve es cáncer de piel. Se preocupan demasiado por sus organismos y están muy conscientes del más ligero cambio en sentimientos o sensaciones. Sin embargo, su respuesta a estos cambios pequeños por lo general no es realista y sí exagerada.

Los pacientes con hipocondriasis con frecuencia tienen una larga historial de “compras de doctor” y están convencidos de que no reciben la atención apropiada. La ansiedad y la depresión son comunes, y con frecuencia se acompañan de características obsesivo-compulsivas. El funcionamiento social y ocupacional se puede alterar por este trastorno.

Los individuos con este padecimiento están convencidos de que sus síntomas se relacionan con patologías

orgánicas que rechazan, y con frecuencia se irritan por cualquier mención de que factores de estrés o psicosociales tienen relación con su afección. Son tan aprehensivos y temerosos que se alarman con el indicio más leve de alguna enfermedad grave. Incluso leer sobre una enfermedad o escuchar que alguien fue diagnosticado con un padecimiento precipita la alarma en ellos.

Trastorno de Conversión

Éste es una pérdida de o cambio en las funciones corporales que resultan de un conflicto psicológico, los síntomas físicos que no se pueden explicar por cualquier trastorno médico conocido o mecanismo fisiopatológico. Los pacientes no están conscientes de la base psicológica y por lo tanto son incapaces de controlar los síntomas.

Los síntomas del trastorno de conversión afectan el funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que sugiere una enfermedad neurológica y por lo tanto algunas veces son llamados síntomas “seudoneurológicos” (APA, 2000). Los ejemplos incluyen parálisis, **afonía**, convulsiones, trastorno de coordinación, dificultad para tragiar, retención urinaria, acinesia, ceguera, sordera, visión doble, **anosmia**, pérdida de la sensación de dolor y alucinaciones. La **seudocesión** (falsa gestación) es un síntoma de conversión y puede representar un fuerte deseo de estar embarazada.

La precipitación de los síntomas de conversión se puede explicar por factores psicológicos, lo que se evidencia por la presencia de beneficios primarios o secundarios. Cuando un individuo obtiene un *beneficio primario*, los síntomas de conversión dan la posibilidad al individuo de evitar situaciones difíciles o actividades desagradables que le provocan ansiedad. Los síntomas de conversión promueven el *beneficio secundario* para el individuo que es una forma de recibir atención o de soportar lo que podría no presentarse.

Por lo general, el síntoma se manifiesta después de una situación que produce extremo estrés psicológico, aparece de manera repentina, y con frecuencia la persona expresa una falta relativa de interés que está lejos de la gravedad de la alteración (APA, 2000). Esta falta de interés se identifica como la **bella indiferencia** y en general es una clave para el médico de que el problema es más psicológico que físico. Otros individuos pueden presentar síntomas en una forma dramática o histriónica (APA, 2000).

Casi todos los síntomas del trastorno de conversión se resuelven en pocas semanas. Alrededor de 75% de las personas que experimentan síntomas de conversión nunca tienen otro episodio, pero 25% tienen episodios adicionales durante períodos de estrés extremo (Sadock y Sadock, 2003). Los síntomas de ceguera, afonía, y parálisis se rela-

cionan con buen pronóstico, mientras que las convulsiones y el temblor se relacionan con mal pronóstico (APA, 2000).

Trastorno Dismórfico Corporal

Este trastorno antes se llamaba *dismorfófobia*, se caracteriza por la creencia exagerada que el organismo está deformado o defectuoso. Las quejas más comunes incluyen defectos imaginados o ligeros de la cara o cabeza, como pelo delgado, acné, arrugas, cicatrices, marcas vasculares, inflamación o asimetría de la cara, o pelo facial excesivo (APA, 2000). Otras quejas tienen que ver con algunos aspectos de nariz, oídos, ojos, boca, labios o dientes. Algunos pacientes pueden presentarse con quejas en partes del organismo, y en algunos casos con un verdadero defecto. La importancia del defecto se exagera y no es realista; sin embargo, el interés de la persona es excesivo.

Los síntomas de depresión y las características relacionadas con la personalidad obsesivo-compulsiva son comunes en individuos con trastorno dismórfico corporal, por otra parte la alteración social y ocupacional se puede presentar por ansiedad extrema en relación al defecto imaginado. La historia clínica puede reflejar numerosas visitas a los cirujanos y dermatólogos en una carrera implacable para corregir el supuesto defecto; incluso puede pasar por procedimientos quirúrgicos no necesarios para alcanzar su objetivo.

La etiología del trastorno dismórfico corporal se desconoce. En algunos pacientes la creencia es que existe otro trastorno psiquiátrico más dominante, como esquizofrenia, trastorno del ánimo o ansiedad. Si el defecto corporal percibido es de intensidad delirante, el diagnóstico apropiado sería de trastorno delirante, tipo somático (APA, 2000).

Implicaciones Etiológicas para Trastornos Somatomorfos

Genéticas

Existen estudios que demuestran una mayor incidencia de trastorno de somatización, trastorno de conversión e hipocondriasis en los familiares de primer grado, lo que implica una posible predisposición heredable (Soares y Grossman, 2005; Yutzy, 2003).

Bioquímicas

Las concentraciones disminuidas de serotonina y endorfinas pueden ser importantes en la etiología del trastorno de dolor. La serotonina es tal vez el principal neurotransmisor involucrado en la inhibición de la activación de las fibras aferentes del dolor. La deficiencia de endorfinas

parecen correlacionarse con un aumento en la recepción de estímulos sensoriales (dolor) (Sadock y Sadock, 2003).

Psicodinámica

Algunos terapeutas de psicodinamia ven la hipocondriasis como un mecanismo de defensa del Yo. Las quejas físicas son la expresión de baja autoestima y sentimientos de minusvalía, debido a que es más fácil sentir que algo está mal en el organismo que sentir que algo está mal con el ser. Otra visión de este padecimiento (como en trastorno de dolor) se relaciona con defensa en contra de la culpa. El individuo se ve a sí mismo como “inferior”, basado en conductas erróneas reales o imaginarias, y el sufrimiento físico representa el castigo merecido para reparar las conductas pasadas.

La teoría psicodinámica del trastorno de conversión propone que las emociones relacionadas con un evento traumático no expresadas son inaceptables moral o éticamente y se “convierten” en síntomas físicos. Las emociones no aceptadas se vuelven a expresar y se transforman en un síntoma histérico somático que es simbólico de alguna forma del trauma emocional original.

Dinámicas Familiares

Algunas familias tienen dificultades para expresar emociones de manera abierta y resolver los conflictos con el diálogo. Cuando ocurre esto, el niño se enferma, y se observa un cambio en el enfoque del conflicto abierto a la enfermedad, lo que deja sin resolver asuntos subyacentes que la familia no puede confrontar. Por lo tanto, la somatización para el niño proporciona cierta estabilidad a la familia, la armonía remplaza la discordia y el bienestar se convierte en el interés común. El niño en cambio recibe reforzamiento positivo para la enfermedad.

Teoría de Aprendizaje

Las quejas somáticas con frecuencia se refuerzan cuando el rol de enfermo alivia al individuo de la necesidad de tratar con una situación de estrés, ya sea dentro de la sociedad o en la familia. El paciente aprende que puede evitar las obligaciones estresantes, pospone los desafíos y se excusa de los deberes problemáticos (**beneficio primario**); se convierte en el foco de atención por la enfermedad (**beneficio secundario**); o alivia el conflicto en la familia al desviar el interés a la persona enferma y se desentienden del problema real (**beneficio terciario**). Estos tipos de reforzamientos positivos garantizan de manera virtual la repetición de la respuesta.

Experiencias anteriores con enfermedades graves o fatales, ya sea personales o de miembros cercanos a la familia pueden predisponer a la hipocondriasis. Una vez

que se experimenta una amenaza a la integridad biológica, se desarrolla miedo a que se repita. El miedo de la enfermedad recurrente genera una respuesta exagerada a cambios físicos menores, conducentes a comportamientos hipocondriacos.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración y con los antecedentes en relación a las implicaciones etiológicas para la enfermedad. Algunos de los diagnósticos comunes de enfermería para los pacientes con trastornos somatomorfos incluyen:

- Enfrentamiento ineficiente relacionado con ansiedad reprimida y necesidades de dependencia insatisfechas, evidenciadas por comentarios de numerosas quejas físicas en ausencia de cualquier evidencia fisiopatológica; se enfoca en sí mismo y en los síntomas físicos (trastorno de somatización).
- El dolor crónico relacionado con ansiedad reprimida y habilidades aprendidas de enfrentamiento inadaptadas, que se observa por quejas de dolor, con evidencia de factores psicológicos presentes, además del uso excesivo de analgésicos (trastorno de dolor).
- El miedo (de padecer una enfermedad grave) relacionado con experiencias anteriores con enfermedades fatales del paciente o alguien importante que se evidencia por la preocupación e interpretación no realista de los signos y sensaciones corporales (hipocondriasis).
- Percepción sensorial alterada relacionada con ansiedad grave reprimida, observada como pérdida o alteraciones en el funcionamiento físico, sin evidencia de patología orgánica; “la bella indiferencia” (trastorno de conversión).
- Imagen corporal alterada relacionada con ansiedad grave reprimida manifiesta por la preocupación con defectos imaginados; comentarios fuera de proporción de cualquier anomalía física real que pudiera existir; y numerosas visitas a cirujanos plásticos o dermatólogos en busca de alivio (trastorno dismórfico corporal).

Se pueden utilizar los siguientes criterios para medir los resultados en la atención del paciente con trastornos somatomorfos:

Paciente:

- Utiliza de manera eficiente estrategias de adaptación durante situaciones de estrés sin recurrir a los síntomas físicos.
- Comenta no sentir dolor y demuestra estrategias de adaptación eficientes durante situaciones de estrés para prevenir el inicio del dolor.

- Interpreta sensaciones corporales de manera racional; entiende la importancia del miedo irracional; y se han disminuido el número y frecuencia de quejas físicas.
- No tiene discapacidades físicas y es capaz de hablar y entender la correlación entre la pérdida o la alteración en la función y el estrés emocional extremo.
- Habla de una percepción realista de su apariencia y de sentimientos que reflejan una imagen corporal positiva.

Planeación y Realización

En el cuadro 18-2 se proporciona un plan de atención para el paciente con un trastorno somatomorfo; diagnósticos de enfermería, además de criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada uno.

ticos de enfermería, además de criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada uno.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia en diagrama de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 18-1 se presenta un ejemplo de un plan de atención de planificación de concepto para un paciente con trastorno somatomorfo.

CUADRO 18 – 2 Plan de Atención para el Paciente con un Desorden Somatomorfo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICAZ

RELACIONADO CON: Ansiedad reprimida y necesidades de dependencia no satisfechas

EVIDENCIADO POR: Expresión de numerosos malestares físicos sin evidencia fisiopatológica; enfoque total en sí mismo y en los síntomas físicos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra la capacidad de enfrentar el estrés de maneras distintas a la preocupación de síntomas físicos.	<ol style="list-style-type: none"> Vigile las evaluaciones del médico, informes de laboratorio y alguna otra información que le asegure la posibilidad de que una patología orgánica está claramente descartada. Repase las conclusiones con el paciente. Reconozca y acepte que la dolencia física es real para el paciente, aunque no se pueda identificar ninguna etiología orgánica. Identifique las ganancias que los síntomas físicos proporcionan para el paciente: dependencia incrementada, atención, distracción de otros problemas. Al inicio, satisfaga las necesidades de dependencia más urgentes del paciente, pero de manera gradual, no ponga atención a los síntomas físicos. Minimice el tiempo dedicado en respuesta a las quejas físicas. Explique al paciente que cualquier queja física nueva será referida al médico y no prestará más atención a ella. Asegure la evaluación del médico a la dolencia. Aliente al paciente a expresar sus temores y ansiedades. Explique que no pondrá atención si comienza la reflexión sobre las quejas físicas. Dé seguimiento. Discuta posibles estrategias de enfrentamiento alternas que el paciente puede utilizar en respuesta al estrés (por ejemplo, ejercicios de relajación, actividades físicas, habilidades asertivas). Ofrezca reforzamiento positivo para el uso de esas alternativas. Ayude al paciente a identificar las maneras de adquirir el reconocimiento de los demás, sin recurrir a los síntomas físicos. 	<ol style="list-style-type: none"> La evaluación médica adecuada es vital para brindar atención adecuada y apropiada. Las explicaciones honestas podrían ayudar al paciente a entender las implicaciones psicológicas. La negación de los sentimientos del paciente no es terapéutico e interfiere con una relación basada en la confianza. La identificación de la motivación subyacente es importante al apoyar al paciente con la resolución de un problema. La ansiedad y los comportamientos no adaptativos aumentan si las necesidades de dependencia son ignoradas al principio. La carencia gradual del reforzamiento positivo desalienta la repetición de los comportamientos no adaptativos. Siempre considerar la posibilidad de una patología orgánica. De otra manera se podría poner en riesgo la seguridad del individuo. Si no hay consistencia en el establecimiento de límites, no se presentan como cambios deseados. El paciente podría necesitar ayuda con la resolución de problemas. El reforzamiento positivo alienta la repetición. El reconocimiento positivo de otras personas aumenta la autoestima y disminuye la necesidad de atención a través de comportamientos no adaptativos.

(continúa)

CUADRO 18 – 2 Plan de Atención al Paciente con un Desorden Somatomorfo (continuación)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DOLOR CRÓNICO****RELACIONADO CON:** Ansiedad reprimida y habilidades aprendidas de enfrentamiento no adaptativo**EVIDENCIADO POR:** Quejas verbales de dolor, evidencia de factores psicológicos contribuyentes y uso excesivo de analgésicos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa alivio del dolor mientras demuestra estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con las situaciones de vida.	<ol style="list-style-type: none"> Continúe la valoración médica y de los resultados de laboratorio. Reconozca y acepte que la dolencia física es real para el paciente, aunque no se pueda identificar ninguna etiología orgánica. Observe y registre la duración e intensidad del dolor. Anote los factores que precipitan el inicio del dolor. Proporcione medicamentos para el dolor como lo prescriba el médico. Brinde comodidad y atención (por ejemplo, masaje de espalda, baños calientes, cojines con calefacción) con un acercamiento práctico sin reforzar el comportamiento del dolor. Ofrezca atención en ocasiones en las que el paciente no se está enfocando en el dolor. Identifique actividades que sirvan como distracción de sí mismo o del dolor. Aliente la expresión de sentimientos. Investigue el significado que el dolor guarda para el paciente. Ayúdelo a conectar los síntomas de dolor en momentos de mayor ansiedad e identifiquen situaciones específicas que ocasionan el aumento de ansiedad. Aliente al paciente a identificar métodos alternativos de enfrentamiento al estrés. Investigue maneras de intervenir cuando los síntomas comienzan a intensificarse (por ejemplo, distracciones visuales o auditivas, imágenes mentales, ejercicios de respiración profunda, aplicación de compresas frías o calientes, ejercicios de relajación). Proporcione reforzamiento positivo en momentos en los que el paciente no se enfoca en el dolor. 	<ol style="list-style-type: none"> Se debe descartar por completo cualquier patología orgánica. La negación de los sentimientos del paciente no es terapéutica y dificulta el desarrollo de una relación basada en la confianza. La identificación del factor precipitante de ansiedad es importante para la evaluación y planeación de la atención. La comodidad y seguridad del paciente son prioridades de enfermería. Las medidas de comodidad pueden proporcionar alivio del dolor. Los beneficios secundarios de los síntomas físicos podrían prolongar comportamientos no adaptativos. El reforzamiento positivo alienta la repetición de comportamientos adaptativos. Estas distracciones sirven de una manera terapéutica como una transición del enfoque en sí mismo y el dolor, hacia el enfoque en situaciones psicológicas sin resolver que pueden estar contribuyendo al dolor. La expresión de los sentimientos en un ambiente no amenazador facilita la expresión y resolución de problemas emocionales que le ocasionan problemas. Las técnicas alternativas para el tratamiento del estrés ayudan a evitar el uso del dolor como una respuesta no adaptativa al estrés. Esas técnicas son maneras adaptativas para evitar que el dolor lo incapacite. El reforzamiento positivo, por la presencia del personal de enfermería y su atención, alienta la continuación de comportamientos más adaptativos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: MIEDO (DE TENER UNA ENFERMEDAD GRAVE)**RELACIONADO CON:** Experiencia anterior con alguna enfermedad peligrosa para la vida de sí mismo o de personas cercanas**EVIDENCIADO POR:** Preocupación e interpretación irreal de signos y síntomas del organismo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresará la irracionalidad del miedo e interpretará las sensaciones de su cuerpo correctamente.	<ol style="list-style-type: none"> Continúe las evaluaciones médicas y los resultados de laboratorio. Refiera todas las quejas físicas nuevas al médico. 	<ol style="list-style-type: none"> Se debe descartar cualquier patología orgánica. El asumir que todas las quejas físicas son hipocondriacas pondría en riesgo la seguridad del paciente.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Evalúe la función que la enfermedad del paciente satisface para él (por ejemplo, necesidades insatisfechas de dependencia, cuidado, atención, o control). 4. Identifique las ocasiones durante las cuales la preocupación por los síntomas físicos empeora. Determine el grado de la correlación de las quejas físicas con los momentos de mayor ansiedad. 5. Exprese empatía. Permita al paciente saber que usted entiende cómo un síntoma específico puede evocar miedos de enfermedades peligrosas anteriores. 6. Al principio permita al paciente una cantidad limitada de tiempo (por ejemplo, 10 minutos cada hora) para discutir sus síntomas físicos. 7. Ayude al paciente a determinar qué técnicas pueden ser más útiles para aplicar cuando el miedo y la ansiedad se exacerbán (por ejemplo, técnicas de relajación, imágenes mentales, técnicas de detención del pensamiento, ejercicio físico). 8. Incremente de forma gradual el límite de la cantidad de tiempo dedicado cada hora en la discusión de síntomas físicos. Si el paciente viola los límites, retire su atención. 9. Aliente al paciente a discutir sus sentimientos relacionados con el miedo de una enfermedad seria. 10. Improvisé el plan del paciente para tratar con el miedo la próxima vez que éste asuma el control y antes de que lo vuelva inútil a través de la exacerbación de los síntomas físicos. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Esta información puede proporcionar un buen entendimiento de las razones del comportamiento no adaptativo y facilita la dirección del planeamiento del cuidado al paciente. 4. El paciente no está al tanto de las implicaciones psicosociales de las quejas físicas. El conocimiento de la relación es el primer paso en el proceso para crear un cambio. 5. La aceptación incondicional y la empatía promueven una relación terapéutica entre personal y paciente. 6. Ya que esto ha sido su método primario de enfrentamiento por tanto tiempo, la prohibición total de esta actividad tal vez elevaría el nivel de ansiedad de manera significativa, lo que aumenta aún más el comportamiento hipocondriaco. 7. Todas esas técnicas son efectivas para reducir la ansiedad, pueden ayudar a la transición de enfocarse en el miedo de la enfermedad física a la discusión de sentimientos honestos. 8. La falta de reforzamiento positivo puede ayudar a eliminar el comportamiento no adaptativo. 9. La expresión de los sentimientos en un ambiente no amenazador facilita la expresión y resolución de problemas emocionales. Cuando el paciente puede expresar sentimientos de manera directa, disminuye la necesidad de expresarlos a través de síntomas físicos. 10. La ansiedad y los miedos se minimizan cuando el paciente ha alcanzado un grado de comodidad a través de practicar un plan para tratar con situaciones estresantes en lo futuro.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN SENSORIAL TRASTORNADA**RELACIONADO CON:** Ansiedad grave reprimida**EVIDENCIADO POR:** Pérdida o alteración del funcionamiento físico, sin evidencia de patología orgánica, “la bella indiferencia”

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra recuperación de las funciones perdidas o alteradas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continúe las valoraciones médicas, los resultados de laboratorio, y otra información que sirva para descartar con certeza cualquier patología orgánica. 2. Identifique los beneficios primarios o secundarios que los síntomas físicos proporcionan para el paciente (por ejemplo, mayor dependencia, más atención, protección de un evento estresante experimentado). 3. No se centre en la discapacidad, y aliente al paciente a ser lo más independiente posible. Intervenga sólo cuando el paciente requiera ayuda. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hacerlo pone en riesgo la seguridad del paciente. 2. Los beneficios primarios y secundarios son factores etiológicos, pueden utilizarse para ayudar a la resolución de un problema. 3. El reforzamiento positivo alentaría el uso continuo de la respuesta no adaptativa por los beneficios secundarios, como la dependencia.

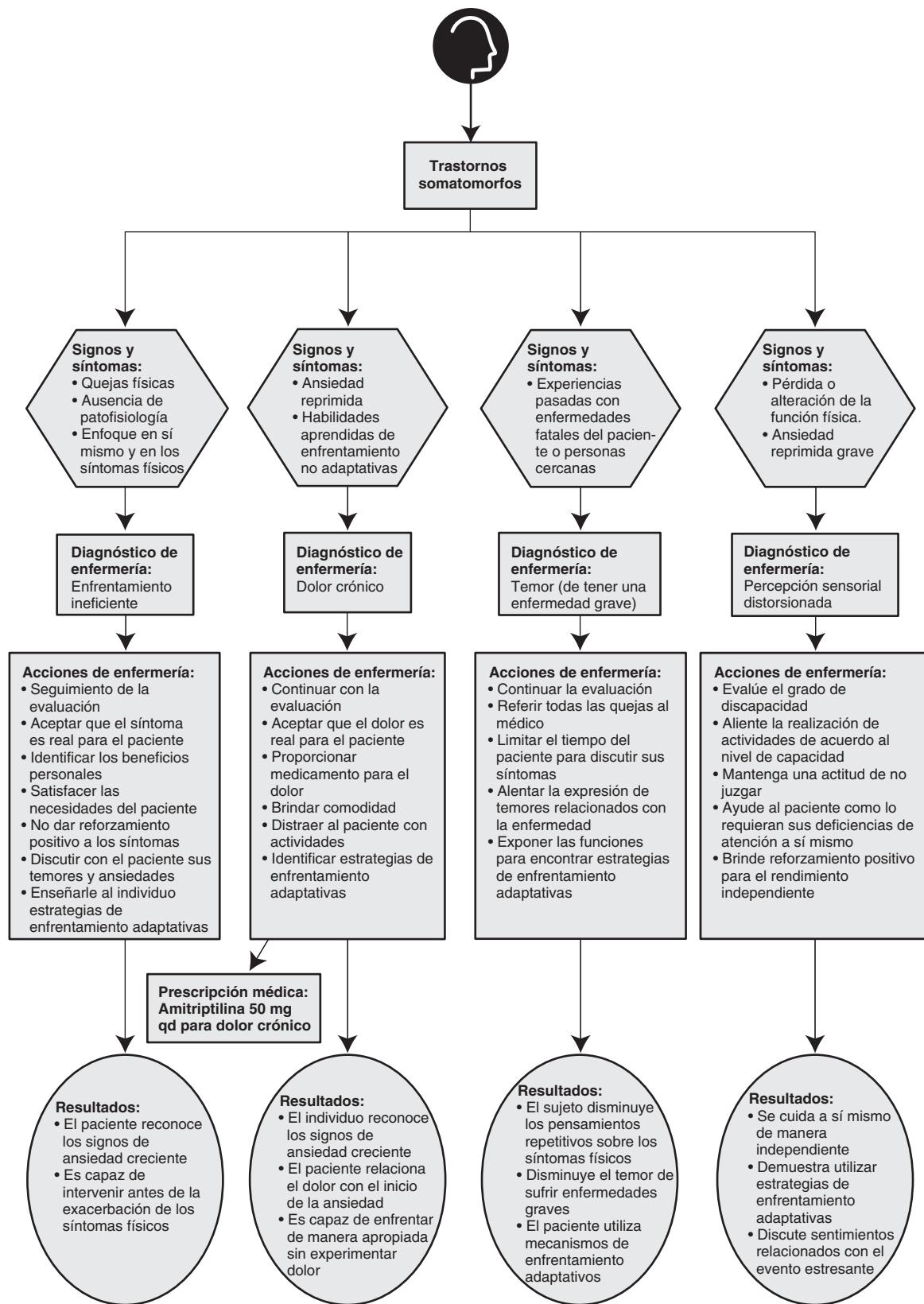
(continúa)

CUADRO 18 – 2 Plan de Atención al Paciente con un Desorden Somatomorfo (continuación)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>4. No permita que el paciente utilice su discapacidad como una herramienta manipulativa para evitar la participación en las actividades terapéuticas. No preste atención si el paciente continúa enfocándose en las limitaciones físicas.</p> <p>5. Aliente al individuo a expresar sus temores y ansiedades. Ayude a identificar los síntomas físicos como un mecanismo de enfrentamiento que se utiliza en momentos de estrés extremo.</p> <p>6. Ayude al paciente a identificar mecanismos de enfrentamiento que puede utilizar cuando se enfrenta a situaciones estresantes, en vez de retirarse de la realidad con una discapacidad física.</p> <p>7. Proporcione un reforzamiento positivo para la identificación o demostración de estrategias de enfrentamiento alternativas adaptativas.</p>	<p>4. La falta de reforzamiento ayuda a eliminar la respuesta no adaptativa.</p> <p>5. Los pacientes con desorden de conversión no están al tanto de las implicaciones psicológicas de su enfermedad.</p> <p>6. Necesita ayuda con la resolución de problemas en este nivel tan grave de ansiedad.</p> <p>7. El reforzamiento positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IMAGEN CORPORAL ALTERADA**RELACIONADO CON:** Ansiedad reprimida grave**EVIDENCIADO POR:** Preocupación con defecto imaginado, expresiones que están fuera de proporción a cualquier anomalía física actual que pueda existir, y numerosas visitas a cirujanos plásticos o dermatólogos en busca de alivio

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa la percepción realista de la apariencia de su organismo.	<p>1. Evalúe la percepción del paciente de su imagen corporal. Tenga en mente que esta imagen es real.</p> <p>2. Ayude al paciente a ver que su imagen corporal está distorsionada o fuera de proporción en relación con la importancia de un defecto físico real.</p> <p>3. Aliente la expresión de miedos y ansiedades con situaciones de vida estresantes identificadas. Discutan estrategias alternativas de enfrentamiento adaptativo.</p> <p>4. Involucre al paciente en actividades que refuerzen un sentido positivo de sí mismo no basado en la apariencia.</p> <p>5. Haga referencias a grupos de apoyo a individuos con historias similares (por ejemplo, hijos adultos de alcohólicos, víctimas de incesto, sobrevivientes de suicidio, adultos abusados cuando niños).</p>	<p>1. La información de evaluación es necesaria para el desarrollo de un plan adecuado de atención. La negación de los sentimientos del paciente dificulta el desarrollo de una relación terapéutica basada en la confianza.</p> <p>2. El reconocimiento de que existe una falsa percepción es necesario antes de que el paciente pueda aceptar la realidad y reducir la importancia del defecto imaginado.</p> <p>3. La expresión de sentimientos en un ambiente no amenazador puede ayudar a llegar a los términos con asuntos sin resolver. Es posible que el conocimiento de estrategias de enfrentamiento alternativas ayude a responder al estrés en una forma adaptativa en el futuro.</p> <p>4. Cuando el paciente es capaz de desarrollar satisfacción personal basada en logros y aceptación incondicional, la importancia del defecto imaginado o la anomalía física de menor importancia disminuye.</p> <p>5. Tener un grupo de ayuda y compañeros empáticos pueden ayudar al paciente a aceptar la realidad de la situación, a corregir las percepciones distorsionadas, y a hacer cambios de vida adaptativos.</p>



Evaluación

La revaloración se realiza para determinar si las acciones de enfermería han tenido éxito para alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con trastorno somatomorfo se puede facilitar obteniendo información a partir de las siguientes preguntas:

- ¿El paciente puede reconocer los signos y síntomas de ansiedad creciente?
- ¿Puede intervenir con estrategias de enfrentamiento para interrumpir la escalada de ansiedad, antes de que se exacerben los síntomas?
- ¿Puede hablar de que entiende la correlación entre los síntomas físicos y los momentos en que se presenta la ansiedad?
- ¿El individuo tiene un plan para tratar con el estrés para prevenir la exacerbación de los síntomas físicos?
- ¿Muestra disminución de la repetición de pensamientos sobre los síntomas físicos?
- ¿Los temores de sufrir una enfermedad grave disminuyeron?
- ¿El paciente demuestra recuperación completa por la pérdida previa o la alteración del funcionamiento físico?
- ¿Comenta sobre una percepción realista y aceptación satisfactoria de su apariencia personal?

Modalidades de Tratamiento para Trastornos Somatomorfos

Psicoterapia individual

El objetivo de psicoterapia es ayudar a los pacientes a desarrollar comportamientos saludables y de adaptación, alentarlos a trascender la somatización, y manejar sus vidas de manera efectiva. El enfoque es sobre las dificultades personales y sociales que tiene en la vida diaria, además de encontrar soluciones prácticas para estas dificultades.

El tratamiento se inicia con un examen físico completo para descartar patología orgánica. Una vez hecho el diagnóstico diferencial, el profesionista atiende los problemas sociales y personales para eliminar quejas somáticas.

Grupo de Psicoterapia

Este tipo de tratamiento puede ayudar para los trastornos somatomorfos ya que proporciona un escenario en el cual los pacientes pueden compartir sus experiencias de la enfermedad, aprender a expresar pensamientos y sentimientos, y ser confrontados por los miembros del grupo y los líderes cuando rechazan la responsabilidad de comportamiento no adaptativos. Se menciona que el trata-

miento es de elección para trastorno de somatización e hipocondriasis, en parte debido a que proporciona apoyo social y a la interacción que estos pacientes necesitan.

Terapia de Comportamiento

Este tipo de terapia es más exitoso en casos en los cuales el beneficio secundario es dominante. Esto puede incluir el trabajo con la familia del paciente y otras personas cercanas que puedan perpetuar los síntomas físicos por recompensar la pasividad y la dependencia, además de ser solícito y útil. La terapia de comportamiento se enfoca en enseñarles a recompensar la autonomía, la autosuficiencia e independencia. Este proceso es más difícil cuando el paciente es muy regresivo y está bien establecido el papel de enfermo.

Psicofarmacología

Los antidepresivos, como los tricíclicos y los ISRS, se utilizan con frecuencia para el trastorno de dolor somatomorfo (fibromialgia, dolor miofascial). Entre los tricíclicos que tienen un efecto analgésico están amitriptilina, nortriptilina, imipramina, desipramina, clomipramina y doxepina (King, 2003); con frecuencia proporcionan alivio para el dolor en dosis menores de las recomendadas para tratar la depresión. Los inhibidores de recaptación selectiva de serotonina, paroxetina, fluoxetina, sertralina, y fluvoxamina se estudiaron por sus efectos analgésicos, pero se ha encontrado que son menos eficaces cuando fueron comparados con los tricíclicos (King, 2003).

Los anticonvulsivos como la fenitoína, carbamazepina y clonazepam son eficaces para el tratamiento de dolor neuropático y neuralgias, por cortos períodos. Pero su eficacia en otros trastornos de dolor somatomorfos no es muy clara.

La terapia farmacológica también parece ser eficaz en el tratamiento de trastorno dismórfico corporal. Algunos médicos creen que este padecimiento puede ser una variante del trastorno obsesivo-compulsivo, y por lo tanto prescriben tratamiento similar (Andreasen y Black, 2006). Se observan respuestas positivas con clomipramina y con SSRI. En formas muy graves del trastorno, se obtiene mejoría con la adición de un antipsicótico, además de los SSRI.

Valoración de Antecedentes —Tipos de Trastornos Disociativos

Amnesia Disociativa

Este trastorno es la incapacidad para recordar información personal importante, por lo general de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado extensa para

Concepto Central

Amnesia

Pérdida patológica de la memoria, un fenómeno en el cual un área de experiencia se vuelve inaccesible al recuerdo consciente. La pérdida puede ser orgánica, emocional, disociativa, o de origen mixto, y puede ser permanente o limitada a un periodo exacto.

explicarse por olvido ordinario y no se debe a los efectos directos de uso de sustancias o ninguna otra afección médica neurológica o general (APA, 2000). Se describen cinco tipos para esta alteración. En los siguientes ejemplos, el individuo está involucrado en un accidente automovilístico en el cual falleció una persona querida.

1. Amnesia localizada. La incapacidad para recordar todos los incidentes relacionados con el evento traumático por un tiempo específico después del suceso (por lo general pocas horas o días).

EJEMPLO:

El individuo no puede recordar los sucesos del accidente automovilístico y lo ocurrido después de éste (por algunas horas o días).

2. Amnesia selectiva. Incapacidad para recordar sólo ciertos incidentes relacionados con el evento por un periodo específico después de éste.

EJEMPLO:

El sujeto no puede recordar lo que condujo al impacto del accidente, pero puede acordarse de ser llevado en la ambulancia.

3. Amnesia continua. No recuerda los sucesos que se presentan después de un tiempo específico hasta el momento presente.

EJEMPLO:

El paciente no recuerda situaciones del accidente automovilístico ni cualquier otra cosa que haya sucedido desde entonces. O sea, no tiene nuevos recuerdos, aunque en apariencia está alerta y consciente.

4. Amnesia generalizada. Es un fenómeno raro de no tener ningún recuerdo de lo que ha sucedido durante toda la vida del paciente, incluso su identidad personal.

5. Amnesia sistematizada. No puede recordar eventos que relatan una categoría específica de información (p. ej., de la familia) o una persona en particular o evento.

El paciente con amnesia por lo general parece estar alerta y no hay indicaciones de que algo está mal, aunque en el inicio del episodio puede haber un periodo de desorganización o confusión de la conciencia (Sadock y Sadock, 2003). Las personas que sufren de amnesia, con frecuencia son llevadas al área de urgencias de los hospitales generales por la policía por haber sido encontrados deambulando confundidos en las calles.

El inicio de un episodio amnésico por lo general es posterior a estrés psicosocial grave. La terminación es repentina, y el paciente se recupera por completo y las recaídas son inusuales.

Fuga Disociativa

La principal característica de este trastorno es un viaje repentino e inesperado del hogar o de algún lugar donde se realizan actividades diarias, con la incapacidad de recordar parte o todo el pasado (APA, 2000). El individuo no recuerda su identidad personal y con frecuencia asume una nueva. Sadock y Sadock (2003) mencionan:

Durante (la fuga), tienen amnesia completa para sus vidas pasadas y relaciones, pero a diferencia de los pacientes con amnesia disociativa, estos individuos por lo general no están conscientes de que han olvidado todo. Sólo cuando regresan de manera repentina a su personalidad anterior pueden recordar el tiempo antes del inicio de la fuga, pero permanecen amnésicos por el periodo de fuga (p. 680).

Los individuos con este trastorno no parecen comportarse de manera fuera de lo ordinario, aunque los contactos con otras personas son mínimos. Asumen la identidad de manera simple e incompleta o compleja y elaborada. Si se establece una identidad compleja, la persona puede crear actividades interpersonales y ocupacionales intrincadas. Maldonado y Spiegel (2003) mencionan una percepción divergente en relación a asumir una nueva identidad en la fuga disociativa:

Se pensaba que la suposición de una nueva identidad era típica de la fuga disociativa. Sin embargo, se documenta que en el mayor número de los casos hay pérdida de la identidad personal, pero no una clara suposición de una nueva identidad (p. 718).

Los pacientes con fuga disociativa con frecuencia son recogidos por la policía cuando los encuentran deambulando un poco confundidos y asustados, después de salir de la fuga en alrededores no familiares. Por lo general,

son presentados en las unidades de urgencia de hospitales generales. En la valoración, son capaces de proporcionar detalles de su situación de vida anterior, pero no recuerdan a partir del inicio del estado de fuga. La información de otras fuentes revela que se presentó una situación de estrés psicológico grave o el uso excesivo de alcohol que precipitó el comportamiento.

La duración por lo común es breve —horas a días o con menos frecuencia, meses— y la recuperación es rápida y completa. Las recaídas no son usuales.

Trastorno de Identidad Disociativa

El trastorno de identidad disociativa (DID) antes se conocía como *trastorno de personalidad múltiple*; se caracteriza por la existencia de dos o más personalidades en un solo individuo. Sólo una de las personalidades es evidente en un momento determinado, y una de ellas es dominante casi todo el tiempo a lo largo del curso del trastorno. Cada personalidad es única y está compuesta de una serie compleja de recuerdos, patrones de comportamiento, y relaciones sociales que surgen durante un intervalo dominante. La transición de una personalidad a otra en general es repentina, con frecuencia dramática y se precipita por estrés. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) establece:

El tiempo requerido para el cambio de una identidad a la otra por lo general es de segundos, pero con menos frecuencia, puede ser gradual. El comportamiento que puede ser relacionado con la identidad que cambia incluye parpadeo rápido, cambios faciales, cambios en la voz o comportamiento, interrupción en los pensamientos del individuo (p. 527).

Antes de la terapia, la personalidad original por lo general no tiene conocimiento de las otras personalidades, pero cuando hay dos o más subpersonalidades, unas están conscientes de la existencia de las otras. Con mayor frecuencia, las diferentes subpersonalidades tienen diferentes nombres, pero pueden no ser nombradas por ser de sexo, raza y edad diferentes, casi siempre son muy dispares y de hecho pueden ser opuestas a la personalidad original. Por ejemplo, un cónyuge normalmente tímido, retraído y fiel se puede convertir en un mujeriego gregario y bebedor con la emergencia de otra personalidad.

Por lo general, hay amnesia para los eventos que tuvieron lugar cuando otra personalidad estaba en posición dominante. Sin embargo, es usual que el estado de una personalidad no esté unido a la amnesia y esté consciente de la existencia, cualidades y actividades de las otras personalidades (Sadock y Sadock, 2003). Las subpersonalidades que son amnésicas para las otras experimentan períodos, en que las otras personalidades son dominantes, como “tiempo perdido” o desmayos. Pueden “surgir” en

situaciones no familiares sin saber dónde están, cómo llegaron ahí, o quiénes son las personas que las rodean. Con frecuencia son acusadas de mentir cuando niegan recordar o ser responsables por eventos o acciones que ocurrieron cuando otra personalidad controlaba su organismo.

El trastorno de identidad disociativa no siempre es incapacitante. Algunos individuos con este trastorno conservan posiciones responsables, están graduados, y son cónyuges y padres exitosos antes del diagnóstico y durante el tratamiento. Antes de ser diagnosticados con trastorno de identidad disociativa (DID), muchos individuos fueron diagnosticados con depresión, trastornos de personalidad límitrofe y antisocial, esquizofrénica, epilepsia o trastorno bipolar.

Trastorno de Despersonalización

Se caracteriza por un cambio temporal en la calidad de conciencia de sí mismo, lo cual por lo general toma la forma de sentimientos de irrealidad, cambios en la imagen corporal, sentimientos de distanciamiento del ambiente, o una sensación de observarse a sí mismo desde fuera del cuerpo. La despersonalización (una alteración en la percepción de sí mismo) es diferente de la **desrealización**, que describe un cambio en la percepción del ambiente externo. Ambos fenómenos ocurren en varias enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia, depresión, estados de ansiedad y trastornos mentales orgánicos. Como se mencionó con anterioridad, el síntoma de despersonalización es muy común; se considera que alrededor de la mitad de todos los adultos experimentan episodios pasajeros de despersonalización (APA, 2000). El diagnóstico de este trastorno sólo se hace si el síntoma causa angustia o alteraciones en el funcionamiento.

El *DSM-IV-TR* describe este trastorno como la persistencia o recurrencia de episodios de despersonalización caracterizados por sentimientos de distanciamiento o desapego de sí mismo (APA, 2000). Puede haber una sensación mecánica o semejante al sueño o una creencia de que las características físicas del organismo han cambiado. Si se presenta la desrealización, los objetos en el ambiente se perciben como alterados en tamaño y forma. Otras personas en el ambiente parecen ser autómatas o mecánicas.

Estas percepciones alteradas se experimentan como perturbadoras, y es común que vayan acompañadas de ansiedad, depresión, miedo de volverse loco, pensamientos obsesivos, quejas somáticas y una alteración en el sentido subjetivo del tiempo (APA, 2000). El trastorno se presenta por lo menos dos veces más en mujeres que en varones, y es un trastorno de personas jóvenes, pocas veces ocurre en individuos mayores de 40 años de edad (Andreasen y Black, 2006).

Implicaciones Etiológicas para los Trastornos Disociativos

Genéticas

El *DSM-IV-TR* sugiere que los trastornos disociativos son más comunes en los parientes de primer grado que en la población general. El trastorno con frecuencia es visto en más de una generación de la familia.

Neurobiológicas

Algunos médicos sugieren una correlación posible entre las alteraciones neurológicas y trastornos disociativos. Aunque la información disponible es inadecuada, es posible que la amnesia y la fuga disociativa se relacionen a disfunción neurofisiológica. Las áreas del cerebro que están vinculadas con la memoria incluyen el hipocampo, amígdala, fórnix, cuerpos mamilares, tálamo y corteza frontal. Brunet, Holowka y Laurence (2001):

Dada la relación entre disociación, memoria y traumatismo, los investigadores estudian las estructuras cerebrales y sistemas neuroquímicos que regulan las funciones. Varias sustancias como lactato sódico, yohimbina y metaclorofenilpiperazina provocan síntomas disociativos en pacientes con síndrome de estrés postraumático o trastorno de pánico, pero no en controles normales. Tales hallazgos sugieren participación del locus ceruleus/sistema noradrenérgico, que participan en la regulación del miedo y excitación, e influyen en cierto número de estructuras corticales como la corteza prefrontal, sensorial y parietal, el hipocampo, hipotálamo, amígdala y médula espinal. No obstante la relación entre la exposición al trauma, el cortisol, daño al hipocampo, memoria y disociación es inconclusa, es necesario continuar con las investigaciones (p. 26).

Algunos estudios sugieren un posible vínculo entre trastorno disociativo y ciertas afecciones neurológicas, tales como la epilepsia de lóbulo temporal y graves dolores de cabeza. Se pueden ver anomalías electroencefalográficas en pacientes con trastorno disociativo.

Teoría Psicodinámica

Freud (1962) creía que los trastornos disociativos se presentaban cuando los individuos reprimían el contenido mental angustioso de la conciencia. Pensaba que la inconsciencia era una entidad dinámica en la cual el contenido mental reprimido se almacenaba y no era posible recordarlo de manera consciente. Las explicaciones psicodinámicas presentes de la disociación se basan en los conceptos de Freud. La represión del contenido mental se percibe como un mecanismo de enfrentamiento para proteger al paciente de dolor emocional, que surge ya sea de circun-

tancias externas perturbadoras o impulsos y sentimientos que provocan ansiedad (Maldonado y Spiegel, 2003). En el caso de despersonalización, el dolor y la ansiedad se expresan como sentimientos de irrealidad o distanciamiento del ambiente de la situación dolorosa.

Trauma Psicológico

Una creciente cantidad de evidencia señala la etiología de este padecimiento como una serie de experiencias traumáticas que abruman la capacidad del individuo para enfrentar el trauma por cualquier otro medio que no sea la disociación. Estas experiencias por lo general son abuso físico grave, sexual o psicológico por uno de los padres o por una persona importante en la vida del niño. La explicación más aceptada para este padecimiento es que se origina como una estrategia de sobrevida y sirve para ayudar a los niños a enfrentar el terrible abuso sexual, físico o psicológico. En este ambiente traumático, el niño al utilizar la disociación se convierte en una víctima pasiva de la indeseable y cruel experiencia. Crea un nuevo ser que es capaz de soportar el dolor excesivo de la realidad, mientras el ser primario puede escapar de la conciencia del dolor. Cada personalidad nueva tiene como núcleo un intento medio de responder sin ansiedad y angustia a varios estímulos dolorosos o peligrosos.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración y con los antecedentes de las implicaciones etiológicas para el trastorno. Algunos diagnósticos de enfermería comunes para pacientes con trastornos disociativos incluyen:

- Los procesos alterados del pensamiento relacionados con estrés psicológico grave y la represión de la ansiedad, evidenciados por pérdida de memoria (amnesia disociativa).
- El enfrentamiento ineficiente relacionado a un factor estresante psicosocial o abuso de sustancias y la ansiedad grave reprimida, que se observa por escapar de manera repentina de casa con incapacidad para recordar la identidad previa (fuga disociativa).
- La identidad personal alterada se relaciona con el trauma/abuso de la niñez y se manifiesta por la presencia de una o más personalidades (trastorno de identidad disociativa).
- La percepción sensorial alterada (visual/cinestésica) relacionada con estrés psicológico grave y la represión de ansiedad evidenciado por alteración en la percepción o experiencia del ser o el ambiente (trastorno de despersonalización).

Los siguientes criterios se pueden utilizar para medir los resultados en la atención de pacientes con trastorno disociativo:

Paciente:

- Puede recordar eventos relacionados con una situación traumática o estresante.
- Es capaz de hablar de todos los sucesos de su vida pasada.
- Discute sobre la ansiedad extrema que precipita la disociación.
- Demuestra estrategias de adaptación para evitar los comportamientos disociativos al enfrentar ansiedad grave.
- Entiende de la existencia de las personalidades múltiples y sus propósitos.
- Es capaz de mantener un sentido de la realidad durante situaciones estresantes.

Planeación/Realización

En el cuadro 18-3 se proporciona un plan de atención para el paciente con un trastorno disociativo. Se presentan diagnósticos de enfermería, criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos.

El plan de atención de organización de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 18-2 se presenta un ejemplo de plan de atención de organización de concepto para un paciente con trastorno disociativo.

Evaluación

La revaloración se realiza para determinar si las acciones de enfermería han tenido éxito para alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con trastorno disociativo puede facilitarse por la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente recuperó la memoria?
- ¿Puede relacionar la presentación del estrés psicológico a la pérdida de memoria?
- ¿El individuo discute los miedos y ansiedades con el personal para encontrar la solución?
- ¿Habla sobre la presencia de varias personalidades en sí mismo?
- ¿Es capaz de comentar por qué existen estas personalidades?
- ¿Puede relatar las situaciones que precipitaron la transición de una personalidad a otra?

- ¿El paciente puede mantener un sentido de realidad durante situaciones estresantes?
- ¿Discute la correlación entre las situaciones de estrés y el inicio de los comportamientos de despersonalización?
- ¿Demuestra tener estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con el estrés sin activar la disociación?

Modalidades de Tratamiento para Trastornos Disociativos

Amnesia Disociativa

Muchos casos de este padecimiento se resuelven de manera espontánea cuando el individuo se retira de la situación estresante. Para otros, en afecciones refractarias, es útil la aplicación intravenosa de amobarbital para recuperar recuerdos perdidos. La mayoría de los médicos recomienda psicoterapia de apoyo para reforzar los ajustes al impacto psicológico de la memoria recuperada y las emociones relacionadas con ésta.

En algunos casos, se utiliza psicoterapia como el tratamiento primario. Las técnicas de persuasión y asociación libre o dirigida se utilizan para ayudar al paciente a recordar. En otros casos, puede ser necesaria la hipnosis para remover recuerdos. Una vez que éstos se recuperan por medio de hipnosis, la psicoterapia se puede emplear para ayudar al paciente a integrar los recuerdos en su estado consciente (Sadock y Sadock, 2003).

Fuga Disociativa

La recuperación de este trastorno es rápida, espontánea y completa. En algunos casos, la manipulación del ambiente o apoyo psicoterapéutico disminuye el estrés o ayuda al paciente a adaptarse para el estrés en lo futuro. Cuando se prolonga la fuga, las técnicas de alejar de manera gentil, persuasión o asociación dirigida pueden ser útiles, ya sea por sí solas o en combinación con hipnosis o con amobarbital. Ford-Martin (2001) explica:

El tratamiento para la fuga disociativa se debe enfocar en ayudar al paciente a lidiar con el suceso traumático o el factor estresante que causó el trastorno. Esto se puede llevar a cabo por medio de varias terapias interactivas que exploran el trauma y trabajan en construir los mecanismos de defensa para prevenir la recurrencia.

La terapia cognitiva puede ser útil para cambiar los patrones inapropiados o irracionales de pensamiento. Las terapias creativas (p. ej., arte, de música) también son constructivas para que expresen y exploren sus pensamientos y emociones en formas “seguras” (Ford-Mar-

CUADRO 18 – 3 Plan de Atención al Paciente con un Desorden Disociativo**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PROCESOS DEL PENSAMIENTO ALTERADOS****RELACIONADO CON:** Tensión psicológica grave y represión de la ansiedad**EVIDENCIADO POR:** Pérdida de memoria

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente se recupera de la pérdida de memoria y desarrolla mecanismos de enfrentamiento adaptativos para tratar con la tensión.	<ol style="list-style-type: none"> Obtenga la mayor información sobre el paciente, los familiares y otras personas cercanas. Considere gustos, aversiones, personas importantes, actividades, música y mascotas. No sature al paciente con información relacionada con su pasado. En cambio, expóngalo a estímulos que representen experiencias placenteras de su pasado tales como aromas relacionados con actividades agradables, mascotas queridas, música conocida y agradable. A medida que la memoria comience a regresar, ocupe al paciente con actividades que puedan proporcionarle estimulación adicional. Aliente al paciente a discutir situaciones que han sido estresantes y que explore sentimientos relacionados con esos momentos. Identifique conflictos específicos que permanezcan sin solución, y ayude a identificar posibles opciones. Proporcione instrucciones respecto a maneras adaptativas para responder a la ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> Una evaluación extensa es importante para el desarrollo de un plan de cuidado eficaz. Los individuos que son expuestos a información dolorosa de la cual la amnesia los protege pueden descompensar aún más dentro de un estado psicótico. El recuerdo puede ocurrir durante actividades que estimulen las experiencias de vida. La expresión de sentimientos en un ambiente no amenazador puede ayudar al paciente a llegar a los términos con asuntos sin resolver que puedan contribuir al proceso disociativo. A menos que esos conflictos subyacentes sean resueltos, cualquier mejoría en comportamientos de enfrentamiento deben ser vistos como temporales.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICAZ**RELACIONADO CON:** Factor de ansiedad psicosocial grave o abuso de sustancias y ansiedad grave reprimida**EVIDENCIADO POR:** Desplazamiento repentino fuera de casa con incapacidad de recordar la identidad anterior

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra maneras adaptativas de enfrentamiento en situaciones estresantes en lugar de recurrir a la disociación.	<ol style="list-style-type: none"> Tranquilice al paciente proporcionando seguridad y protección a través de su presencia. Los comportamientos disociativos podrían asustar al paciente. Identifique el factor que precipitó la ansiedad grave. Investigue los sentimientos que el paciente experimenta en respuesta al factor de ansiedad. Ayúdolo a entender que el desequilibrio es aceptable en momentos de tensión grave. A medida que el nivel de ansiedad disminuye y la memoria regresa, utilice la exploración y un ambiente de aceptación no amenazador para alentar al paciente a identificar experiencias traumáticas reprimidas que contribuyan a una ansiedad crónica. Que el paciente identifique métodos de enfrentamiento con tensión en el pasado y determine si la respuesta fue adaptativa o no. 	<ol style="list-style-type: none"> La presencia de un individuo de confianza proporciona sentimientos de seguridad y garantiza que no se sienta amenazado. Esta información es necesaria para el desarrollo de un plan eficaz de cuidado al paciente y resolución de problemas. La autoestima del paciente se preserva por el conocimiento de que los demás puedan experimentar esos comportamientos bajo circunstancias similares. El paciente debe confrontar y lidiar con situaciones dolorosas para resolver la situación. En momentos de ansiedad extrema es incapaz de evaluar la conveniencia de su reacción. Esta información es necesaria para desarrollar un plan de acción para el futuro.

(continúa)

CUADRO 18 – 3 Plan de Atención al Paciente con un Desorden Disociativo (continuación)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>6. Ayude a definir estrategias de enfrentamiento adaptativas. Haga sugerencias de alternativas. Examine los beneficios y consecuencias de cada alternativa. Apoye en la selección de las que son más apropiadas para él o ella.</p> <p>7. Proporcione reforzamiento positivo para los intentos de cambio.</p> <p>8. Identifique los recursos de la comunidad a los cuales el individuo puede acudir por ayuda si los patrones de enfrentamiento no adaptativo regresan.</p>	<p>6. Dependiendo del nivel actual de ansiedad, podría requerir ayuda con la resolución de problemas y la toma de decisiones.</p> <p>7. El reforzamiento positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables.</p> <p>8. El simple conocimiento de que existe este tipo de ayuda puede proporcionar un sentimiento de seguridad. El uso de estos recursos podría ayudar a alejar al paciente de la descompensación.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IDENTIDAD PERSONAL ALTERADA**RELACIONADO CON:** Abuso/trauma en la niñez**EVIDENCIADO POR:** La presencia de más de una personalidad dentro del individuo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresará entendimiento sobre la existencia de múltiples personalidades en sí mismo, la razón de su existencia, y la importancia de la integración eventual de las personalidades en una sola.	<p>1. El personal de enfermería debe desarrollar una relación basada en la confianza con la personalidad original y con cada una de las subpersonalidades.</p> <p>2. Ayude al paciente a entender la existencia de subpersonalidades y la necesidad a que cada una sirve en la identidad personal del individuo.</p> <p>3. Ayude a identificar situaciones estresantes que precipiten la transición de una personalidad a otra. Observe con cuidado y registre esas transiciones.</p> <p>4. Utilice intervenciones de enfermería necesarias para tratar con comportamientos no adaptativos relacionados con las subpersonalidades. Por ejemplo, si una personalidad es suicida, se deben tomar precauciones para protegerlo de sí mismo. Si otra tiene tendencias hacia hostilidad física, se deben tomar precauciones para proteger a los demás.</p> <p>5. Ayude a las subpersonalidades a entender que su "existencia" no será destruida, sino integrada a una identidad unificada dentro del individuo.</p> <p>6. Proporcione apoyo durante la revelación de experiencias dolorosas y consuelo cuando se desaliente con el tratamiento prolongado.</p>	<p>1. La confianza es la base de una relación terapéutica. Cada una de las personalidades se ve a sí misma como una entidad separada y al inicio debe ser tratada como tal.</p> <p>2. Al principio, el paciente podría no estar al tanto de la respuesta disociativa. El conocimiento de las necesidades de cada personalidad es el primer paso en el proceso de integración.</p> <p>3. La identificación de los factores de ansiedad es necesaria para ayudar a responder de una manera adaptativa y a eliminar la necesidad de transición a otra personalidad.</p> <p>4. La seguridad del paciente y de otras personas es una prioridad de enfermería.</p> <p>5. Ya que las subpersonalidades funcionan como entidades separadas, la idea de una eliminación total genera miedo e indefensión.</p> <p>6. El reforzamiento positivo puede alentar la repetición de comportamientos deseables.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN SENSORIAL ALTERADA (VISUAL/CINESTÉSICA)**RELACIONADO CON:** Tensión psicológica grave y represión de la ansiedad**EVIDENCIADO POR:** Alteración en la percepción o experimentación de sí mismo o del ambiente

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente muestra la capacidad de percibir los estímulos de forma correcta y mantiene un sentido de la realidad durante situaciones estresantes.	<p>1. Proporcione apoyo y estímulo durante momentos de despersonalización. Los pacientes, al manifestar esos síntomas, pueden expresar miedo y ansiedad al experimentar tales comportamientos. Ellos no entienden la respuesta y están con el temor de volverse locos.</p>	<p>1. El apoyo y estímulo de un individuo de confianza proporciona un sentimiento de seguridad cuando los miedos y las ansiedades se manifiestan.</p>

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>2. Explique comportamientos de despersonalización.</p> <p>3. Explique la relación entre la ansiedad grave y los comportamientos de despersonalización. Ayude a relacionar esos comportamientos con momentos de tensión psicológica grave que el paciente ha experimentado.</p> <p>4. Investigue experiencias pasadas y posibles situaciones dolorosas reprimidas, tales como traumas o abusos.</p> <p>5. Discuta esas experiencias dolorosas, y aliéntelo a tratar con los sentimientos relacionados con esas situaciones. Trabajen para resolver los conflictos que esos sentimientos reprimidos han ocasionado.</p> <p>6. Discutan maneras en las que podría responder de forma adaptativa a la tensión, y utilice la improvisación para practicar, utilizando esos nuevos métodos.</p>	<p>2. Este conocimiento ayuda a minimizar los miedos y ansiedades relacionados con el acontecimiento.</p> <p>3. El paciente podría no estar al tanto de que la incidencia de comportamientos de despersonalización está relacionada a la ansiedad grave. El conocimiento de esta relación es el primer paso en el proceso de cambio de comportamiento.</p> <p>4. Experiencias traumáticas pueden predisponer a los individuos a desórdenes disociativos.</p> <p>5. La resolución de conflictos sirve para disminuir la necesidad de la respuesta disociativa a la ansiedad.</p> <p>6. Con la improvisación se prepara al paciente a enfrentar situaciones estresantes al utilizar esos nuevos comportamientos cuando éstas ocurran en la vida real.</p>

tin, 2001). La terapia de grupo sirve para proporcionar apoyo continuo de sus pares; las sesiones de terapia familiar se utilizan para explorar el trauma que precipitó el episodio de fuga y educar a la familia sobre el trastorno disociativo.

Trastorno de Identidad Disociativa

El objetivo de la terapia es optimizar la función y potencial del paciente. El logro de **integración** (la unión de todas las personalidades en una) se considera deseable, pero algunos pacientes eligen no continuar con el esquema terapéutico. En estos casos la resolución, o una pequeña colaboración entre las subpersonalidades, pueden no ser realistas.

La psicoterapia prolongada e intensa con pacientes con identidad disociativa se enfoca al descubrimiento de los conflictos psicológicos subyacentes, que lo ayuden a tener una introspección de dichos conflictos, y en el esfuerzo por integrar las diferentes posibilidades en una personalidad integrada. Se les ayuda a recordar traumas pasados en detalle; deben reexperimentar mentalmente el abuso que causó la enfermedad. Este proceso, llamado **abreacción**, o “recordar con sentimiento”, es tan doloroso que los pacientes lloran, gritan y sienten el sufrimiento que experimentaron en el momento del abuso.

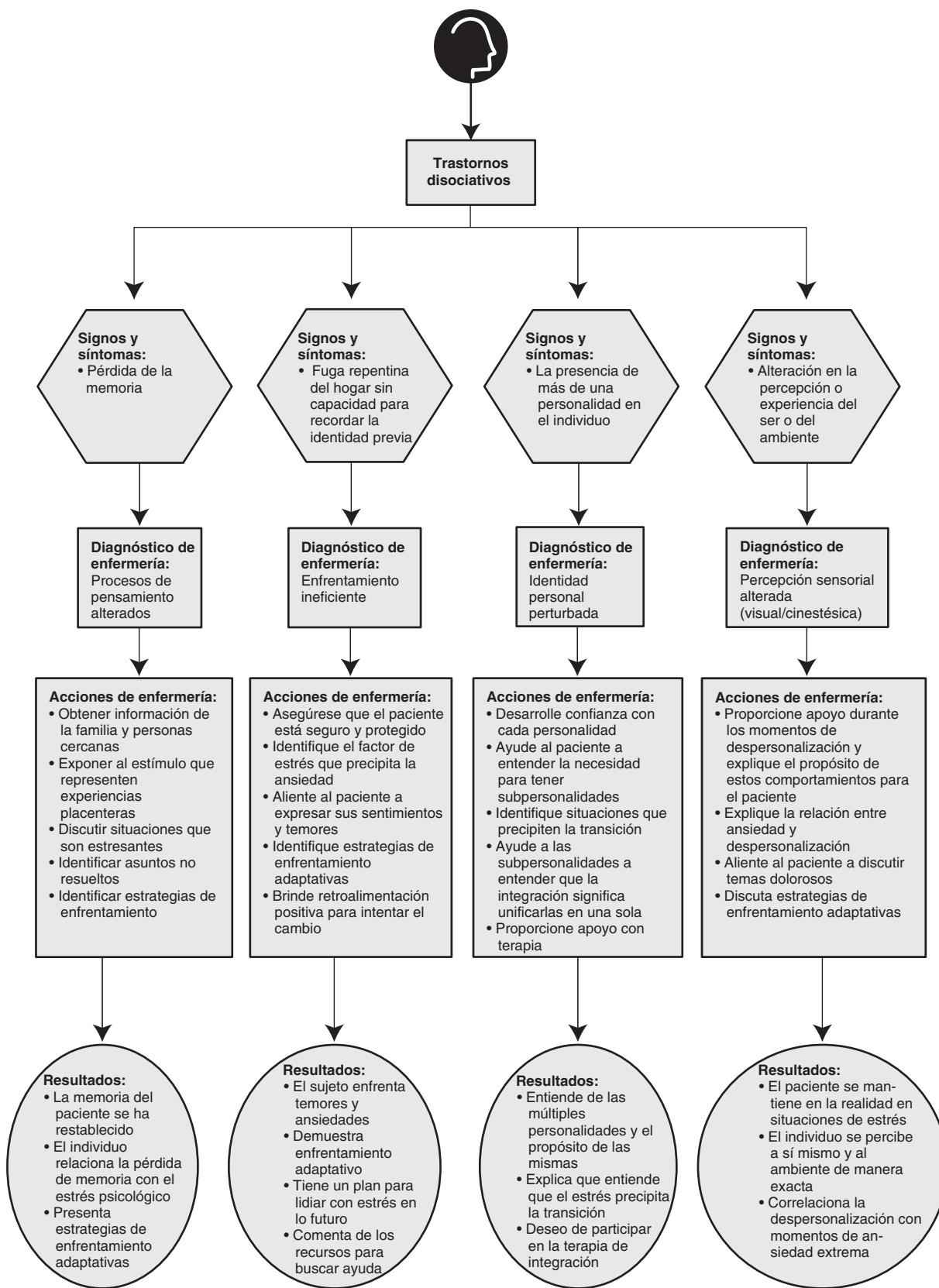
Durante la terapia, cada personalidad se explora de manera activa y se alienta a que se haga consciente de las otras, a través de las barreras amnésicas previas. Los recuerdos traumáticos relacionados con las diferentes manifestaciones de personalidad se examinan, en especial los referidos con el abuso infantil. El curso del tratamiento

con frecuencia es difícil y provoca ansiedad en el individuo y en el terapeuta, en especial cuando las personalidades agresivas o suicidas están en la función dominante. En estos casos, pueden ser necesarios como una medida de apoyo periodos breves de hospitalización.

Cuando se consigue la integración, el individuo se convierte en un total de todos los sentimientos, experiencias, recuerdos, cualidades y talentos que estuvieron bajo el dominio de las diferentes personalidades. Aprende cómo funcionar de manera eficiente sin la necesidad de crear nuevas personalidades para enfrentar la vida. Esto es posible sólo después de años de psicoterapia intensa, incluso entonces, la recuperación con frecuencia es incompleta.

Trastorno de Despersonalización

La información sobre el tratamiento del trastorno de despersonalización es escasa y no concluyente. Se han intentado varios tratamientos, aunque ninguno ha sido exitoso; por ejemplo, los ansiolíticos proporcionan alivio sintomático, si la ansiedad es un elemento importante de la afección clínica (Andreasen y Black, 2006). Si se manifiesta otro trastorno psiquiátrico como esquizofrenia, también se debe tratar con fármacos. Un estudio realizado por Simeon, Stein y Hollander (1998) explica que el antidepresivo clomipramina es un fármaco prometedor para el trastorno primario de despersonalización. Para pacientes con conflicto intrapsíquico evidente, se utiliza psicoterapia de introspección orientada de manera analítica. Investigaciones clínicas más extensas son necesarias para conocer las recomendaciones específicas para el tratamiento del trastorno de despersonalización.



RESUMEN

Los trastornos psicofisiológicos, somatomorfos disociativos se relacionan con la ansiedad que se presenta de grado moderado a grave, en cuyo caso ésta se reprime y se manifiesta en la forma de síntomas y comportamientos vinculados con estos trastornos.

Los trastornos psicofisiológicos son aquellos que contribuyen al inicio o exacerbación de la afección física. Existe evidencia de patología orgánica demostrable o un proceso fisiopatológico demostrable. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) identifica esta categoría como “factores psicológicos que afectan una entidad médica”. Los tipos de factores psicológicos identificados por el *DSM-IV-TR* incluyen trastornos mentales, síntomas psicológicos, características de personalidad o estilos de enfrentamiento, comportamientos de inadaptación, respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés y otros.

Casi cualquier trastorno se puede considerar psicofisiológico. Se discutieron los siguientes en este capítulo:

- Asma
- Cáncer
- Enfermedad coronaria
- Úlcera péptica
- Hipertensión arterial esencial
- Dolor de cabeza, migraña
- Artritis reumatoide
- Colitis ulcerativa

Los trastornos somatomorfos, conocidos desde el punto de vista histórico como histeria, afectan alrededor de 1 a 2 % de la población femenina. Los diferentes tipos de estos padecimientos incluyen trastorno de somatización, de dolor (fibromialgia, dolor miofascial), hipocondriasis, de conversión y dismórfico corporal.

El trastorno de somatización se manifiesta por síntomas que pueden ser imprecisos, dramatizados o exagerados. No hay evidencia de patología orgánica. En la fibromialgia o dolor miofascial, el síntoma predominante es el dolor, para el que puede haber explicación médica o el síntoma está fuera de proporción de la reacción esperada. La hipocondriasis es una preocupación no realista con miedo de tener una enfermedad grave. Este trastorno puede ser posterior a una experiencia personal o de un familiar cercano, con enfermedades graves o fatales.

La persona con trastorno de conversión experimenta una pérdida o alteración en el funcionamiento corporal,

sin explicación fisiopatológica o médica. Los factores psicológicos son evidentes por los beneficios primarios o secundarios que el individuo obtiene de las manifestaciones fisiológicas. Hay una falta de interés en relación al síntoma que se identifica como “la bella indiferencia”.

Trastorno dismórfico corporal, antes llamado dismorfofobia, es la creencia exagerada de que el organismo es deforme o defectuoso. Puede relacionarse con enfermedades psiquiátricas graves.

Se describe una respuesta disociativa como mecanismo de defensa para proteger el Yo al enfrentar ansiedad abrumadora. Las respuestas asociativas resultan en una alteración en las funciones integrativas de manera normal de identidad, memoria o conciencia. La clasificación de los trastornos disociativos incluye amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de identidad disociativa y trastorno de despersonalización.

La persona con amnesia disociativa es incapaz de recordar información personal importante que es demasiado extensa para ser explicada por olvidos ordinarios. La fuga disociativa se caracteriza por un viaje repentino e inesperado con incapacidad para recordar el pasado, incluso la identidad personal. La duración de la fuga por lo general es breve, y una vez que el individuo recobra la memoria de su vida pasada, el periodo de la fuga es amnésico. La característica dominante de trastorno de identidad disociativa (DID) es la existencia de dos o más personalidades en un solo individuo. Una persona puede tener muchas personalidades, cada cual sirve al propósito de soportar estímulos dolorosos que la personalidad original es demasiado débil para enfrentarlos. El trastorno de despersonalización se caracteriza por una alteración en la percepción de sí mismo (algunas veces descrito como una sensación de estar separado del cuerpo y observar las actividades que realiza a distancia).

La atención de enfermería en los individuos con trastornos relacionados con ansiedad se realiza con los pasos del proceso de enfermería. Se presentan la valoración de los antecedentes, además de los diagnósticos de enfermería comunes para cada enfermedad; intervenciones apropiadas para cada diagnóstico de enfermería y los criterios de resultados relevantes para cada uno. También se discuten las modalidades de tratamiento.

El personal de enfermería puede ayudar a que los pacientes entiendan su problema, e identifiquen y establezcan patrones de comportamiento nuevos y adaptativos.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Relacione cada uno de los siguientes trastornos psicofisiológicos para el perfil psicosocial con el cual coincide:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Asma
<input type="checkbox"/> 2. Cáncer
<input type="checkbox"/> 3. Enfermedad coronaria
<input type="checkbox"/> 4. Úlcera péptica
<input type="checkbox"/> 5. Hipertensión esencial
<input type="checkbox"/> 6. Migraña, dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> 7. Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> 8. Colitis ulcerativa | a) Competitivo; agresivo; ambicioso; sin tiempo libre; nunca satisfecho con sus logros; hostil.
b) Obsesivo-compulsivo por naturaleza; ansioso; rígido; pulcro en exceso; enojo reprimido; depresión es frecuente.
c) Necesidades de dependencia insatisfechas; ansiedad y depresión son comunes; temeroso e inestable.
d) Autosacrificio; inhibido; perfeccionista; enojo reprimido; depresión es común.
e) Necesidades de dependencia insatisfechas; ansiedad suprimida; resentimiento y frustración que provocan aumento de la secreción gástrica.
f) Perfeccionista; un poco rígido; compulsivo; serie de expectativas no realistas; enojo reprimido.
g) “El tipo chistoso”; enojo reprimido, baja autoestima; la depresión es común; sentimientos de desesperanza. |
|--|---|

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas.

Situación: Lorraine es un visitante frecuente de la clínica como paciente externo. Se le diagnosticó trastorno de somatización.

9. ¿Cuál de los siguientes perfiles de síntomas se esperarían en la valoración?
 - a. Múltiples síntomas somáticos en varios sistemas corporales.
 - b. Miedo de tener una enfermedad grave.
 - c. Pérdida de alteración en el funcionamiento sensorial y motor.
 - d. Cree que su organismo es deforme o defectuoso.
10. La atención de enfermería para Lorraine se enfocaría en ayudarla a:
 - a. Eliminar el estrés.
 - b. Acabar con sus quejas físicas.
 - c. Tomar sus medicamentos como se le prescribieron nada más.
 - d. Aprender estrategias de enfrentamiento adaptativas.
11. Lorraine le dice al personal de enfermería sobre un dolor en su costado. Ella dice que no lo había sentido antes. ¿Cuál es la respuesta más apropiada del personal de enfermería?
 - a. “No quiero escuchar ninguna otra queja física. Usted sabe que todo está en su cabeza. Es hora para la terapia de grupo.”
 - b. “Vamos a sentarnos juntas y me cuenta de ese nuevo dolor que siente. Sólo hoy se perderá de su terapia de grupo.”
 - c. “Le voy a avisar a su médico de este dolor. Mientras, su terapia de grupo empieza en 5 min. Debe irse ahora para llegar a tiempo.”
 - d. “Voy a llamar a su médico y ver si le prescribe un nuevo medicamento para el dolor. El que recibe ahora no parece aliviarla. ¿Por qué no descansa un poco ahora?”

Situación: Ellen, de 32 años de edad, se le diagnosticó trastorno de identidad disociativa (DID) a los 28 años. Desde entonces recibe terapia con un psiquiatra, que le detectó 12 personalidades e identificó una historia de abuso infantil. El día de ayer, Beth, la personalidad con ideas de suicidio, se tomó 20 pastillas de alprazolam. La compañera de cuarto de Ellen la encontró cuando regresó de trabajar y llamó al servicio de urgencia médica. Fue estabilizada y 48 h más tarde fue transferida a la unidad psiquiátrica.

12. El diagnóstico de enfermería primario para Ellen sería:
 - a. Identidad personal alterada con abuso infantil.
 - b. Percepción sensorial alterada con ansiedad reprimida.
 - c. Procesos de pensamiento alterados con deficiencia de la memoria.
 - d. Riesgo de suicidio relacionado con duelo sin resolver.
13. Para establecer confianza con Ellen, el personal de enfermería debe:
 - a. Tratar de relacionarse con Ellen como si no tuviera personalidades múltiples.
 - b. Establecer una relación con cada una de las múltiples personalidades.
 - c. Ignorar los comportamientos que Ellen le atribuye a Beth.
 - d. Explicarle a Ellen que van a trabajar sólo si se mantiene en el estado de la personalidad primaria.
14. El principal objetivo de la terapia de Ellen es:
 - a. La integración de las personalidades en una.
 - b. Para ella, tener la capacidad de cambiar de personalidad a otra de manera voluntaria.
 - c. Para ella, seleccionar la personalidad que ella quiere como dominante.
 - d. Para ella, reconocer que existen varias personalidades.
15. ¿Cuál de las siguientes es una intervención de enfermería apropiada para controlar el comportamiento de la “personalidad suicida”, Beth?
 - a. Cuando surge Beth, poner al paciente bajo sujeción.
 - b. Mantener a Ellen en aislamiento durante su hospitalización.
 - c. Hacer contrato verbal con Ellen para que Beth no se lastime.
 - d. Provocar la ayuda de la personalidad más fuerte para controlar el comportamiento de Beth.

Pruebe sus HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Sam fue admitido en la unidad psiquiátrica de urgencias de un hospital general en Midwest. El dueño de un bar local llamó a la policía cuando Sam, de manera repentina, “perdió el control. Se volvió una bala”. La policía informó que Sam no sabía dónde estaba o a dónde ir. Sólo repetía: “Soy John Brown y vivo en Filadelfia.” Cuando la policía revisó su tarjeta de identidad, encontraron que efectivamente era John Brown y que vivía en Filadelfia y que su esposa lo había reportado como perdido hace un mes. La señora Brown explicó 12 meses antes de su desaparición, su marido era jefe de taller de una fábrica, que ha tenido muchas dificultades en el trabajo. No recibió una promoción y su supervisor criticó su desempeño. Varios compañeros del personal dejaron la compañía por otros trabajos, y sin ayuda, Sam no ha podido cumplir con las fechas límite. El estrés en el trabajo le ha hecho muy difícil convivir con él en

casa. Antes era un hombre de fácil trato, extrovertido, pero se convirtió en una persona retraída y en extremo crítica con su esposa y los niños. Después de su desaparición, tuvo una discusión violenta con su hijo de 18 años de edad, quien lo llamó “perdedor” y salió de casa para quedarse con unos amigos. El día después de la pelea Sam desapareció. Los psiquiatras le diagnosticaron fuga disociativa.

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Sam:

1. Describa la intervención de enfermería prioritaria con Sam cuando fue admitido en la unidad psiquiátrica.
2. ¿Cuál es el mejor acercamiento para ayudar a Sam con su problema?
3. ¿Cuál es el objetivo a largo plazo de la terapia de Sam?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Wulsin, L.R., y Singal, B.M. (2003). ¿Los síntomas depresivos aumentan el riesgo del inicio de enfermedad coronaria? Una revisión cuantitativa sistemática. *Psychosomatic Medicine*, 65, 201-210.

Descripción del estudio: Los objetivos de este estudio fueron revisar de manera sistemática las investigaciones recientes de la contribución de problemas depresivos en el inicio de enfermedad coronaria y valorar la magnitud del riesgo de la depresión en este padecimiento cardiaco. La muestra incluyó estudios que (1) examinaron poblaciones sin enfermedad cardiaca clínica, (2) valoraron la depresión por medio de un cuestionario de autoinforme o entrevista estructurada, (3) condujeron a un seguimiento de cuatro años o más después del inicio, (4) controlados por otros factores que se relacionaron con enfermedad coronaria y depresión (p. ej., fumar, hipertensión, enfermedades físicas e inactividad física), y (5) informaron un grupo de depresión en relación al riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas. Fuera de 500 citas, 10 estudios encontraron un criterio de inclusión. Siguiendo los métodos para el metaanálisis de estudios epidemiológicos, se utilizó un modelo de efectos al azar para calcular los riesgos relativos combinados.

Resultados del estudio: Como un grupo, estos 10 estudios sugieren que la depresión contribuye a un riesgo independiente significativo para el desarrollo de enfermedad coronaria en las muestras de la comunidad sin enfermedad cardiaca clínica.

Se encontró que la depresión puede predecir los problemas coronarios con un efecto colateral mayor que fumar de forma pasiva, pero menos que fumar activamente. Los autores enlistan los puntos fuertes de estos estudios, el tamaño de las muestras, la selección de los sujetos sin enfermedad cardiaca, duración del seguimiento y controles. Identifican las limitantes de este estudio como es la heterogeneidad de los métodos entre los estudios y la posibilidad de tendencias de publicación.

Implicaciones para la práctica en enfermería: Este estudio sugiere que la depresión puede tener una función importante como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria. Esto no transmite qué tan importante es esta participación para otros factores de riesgo, o cómo la depresión puede tener este efecto. Algunos de los estudios también señalan que la depresión con frecuencia coexiste con otros factores psicosociales que contribuyen al riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, como la ansiedad, características de personalidad hostil, aislamiento social y estrés crónico. Este estudio refuerza la importancia de valorar los factores psicosociales en la historia del paciente como un potencial factor de riesgo para enfermedad coronaria en particular, y para muchos otros trastornos psicofisiológicos. Esta es una implicación crítica para enfermería, la cual con frecuencia realiza la valoración inicial de los pacientes que ingresan al sistema de atención a la salud.

REFRENCIAS

- Al-Ataie, M.B. & Shenoy, V.N. (2005). Ulcerative colitis. Retrieved March 26, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic2336.htm>
- American Cancer Society (ACS). (2007). *Cancer Facts & Figures 2006*. Retrieved March 26, 2007 from <http://www.cancer.org>
- American Heart Association (2007). *Blood pressure levels and blood pressure statistics*. Retrieved March 26, 2007 from <http://216.185.112.5/presenter.jhtml?identifier=4450>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) *Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Brunet, A., Holowka, D.W., & Laurence, J.R. (2003). Dissociation. In M.J. Aminoff & R.B. Daroff (Eds.), *Encyclopedia of the neurological sciences* (vol. 2). New York: Elsevier.
- Centers for Disease Control (CDC). (2007). *Asthma*. National Center for Health Statistics. Retrieved March 26, 2007 from <http://www.cdc.gov/>
- Dawson, S.G. (2003). Nursing care of patients with upper gastrointestinal disorders. In L.S. Williams & P.D. Hopper (Eds.), *Understanding medical-surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- DeMartinis, J.E. (2005). Management of clients with hypertensive disorders. In J.M. Black & J.H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 343-357.
- Fanning, M.F. & Lewis, D. (2003). Nursing care of patients with hypertension. In L.S. Williams & P.D. Hopper (Eds.), *Understanding medical-surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Ford-Martin, P. (2001). Fugue. *Gale Encyclopedia of Psychology*. Retrieved March 26, 2007 from http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2699/is_0004/ai_2699000474/print
- Hopper, P.D. (2003). Nursing care of patients with lower respiratory tract disorders. In L.S. Williams & P.D. Hopper (Eds.), *Understanding medical surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Karren, K.J., Hafen, B.Q., Smith, N.L., & Frandsen, K.J. (2002). *Mind/body health: The effects of attitudes, emotions, and relationships* (2nd ed.). San Francisco: Benjamin Cummings.
- King, S. A. (2003). Pain disorders. In R.E. Hales and S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Levenson, J.L. (2003). Psychological factors affecting medical conditions. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Maldonado, J.R., & Spiegel, D. (2003). Dissociative Disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- McKechnie, R. & Mosca, L. (2003). Physical activity and coronary heart disease: Prevention and effect on risk factors. *Cardiology in review*, 11(1), 21-25.
- Mensah, G.A., Mokdad, A.H., Ford, E.S., Greenlund, K.J., & Croft, J.B. (2005). State of disparities in cardiovascular health in the United States. *Circulation*, 111, 1233-1241.
- Murphy-Blake, E.A., & Hawks, J.H. (2005). Management of clients with digestive disorders. In J.M. Black & J.H. Hawks (Eds.),

- Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- National Digestive Diseases Information Clearinghouse. (2007). *Digestive diseases statistics*. Retrieved March 26, 2007 from <http://digestive.niddk.nih.gov/statistics/statistics.htm>
- Pelletier, K.R. (1992). *Mind as healer, mind as slayer*. New York: Dell.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shahrokh, N.C., & Hales, R.E. (2003). *American Psychiatric Glossary* (8th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Soares, N., & Grossman, L. (2005, September 21). Somatoform disorder: Conversion. *Emedicine Journal*, 2(9). Retrieved March 26, 2007 from <http://www.emedicine.com/PED/topic2780.htm>
- Tazbir, J. & Keresztes, P.A. (2005). Management of clients with functional cardiac disorders. In J.M. Black & J.H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Yutzy, S.H. (2003). Somatoform disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Freud, S. (1962). The neuro-psychoses of defense. In J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 3. London: Hogarth Press. (Original work published 1984).
- Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf.
- Peplau, H. (1963). A working definition of anxiety. In S. Burd & M. Marshall (Eds.), *Some clinical approaches to psychiatric nursing*. New York: Macmillan.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.



R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastornos psicofisiológicos en:

- <http://www.nci.nih.gov>
- <http://www.cancer.org>
- <http://www.americanheart.org/>
- <http://www.headaches.org/>
- <http://www.docguide.com/news/content.nsf/PatientResAllCateg/Asthma?OpenDocument>
- <http://www.gastro.org/>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000153.htm>
- <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/colitis/index.htm>
- <http://www.arthritis.org/>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastorno somatomorfo en:

- <http://www.psyweb.com/Mdisord/somatd.html>

- http://www.uib.no/med/avd/med_a/gastro/wilhelms/hypochon.html
- <http://www.emedicine.com/EMERG/topic112.htm>
- http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2601/is_0012/ai_2601001276

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastornos disociativos en:

- <http://www.human-nature.com/odmh/dissociative.html>
- <http://www.nami.org/helpline/dissoc.htm>
- <http://www.issd.org/>
- http://www.findarticles.com/cf_dis/g2601/0004/2601000438/p1/article.jhtml
- <http://www.mental-health-matters.com/disorders/>
- <http://www.emedicine.com/med/topic3484.htm>

19

CAPÍTULO

TRASTORNOS DE SEXUALIDAD

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

TRASTORNOS SEXUALES

VARIACIONES EN ORIENTACIÓN SEXUAL

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

anorgasmia
dispareunia
exhibicionismo
fetichismo
froteurismo
homosexualidad
lesbianismo

masoquismo
orgasmo
parafilia
pedofilia
eyaculación precoz
eyaculación retardada
sadismo

foco sensato
transexualismo
fetichismo trávesco
vaginismo
voyeurismo

CONCEPTO CENTRAL

sexualidad

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Describir los procesos de desarrollo relacionados con la sexualidad.
2. Discutir aspectos históricos y epidemiológicos de las parafilias y trastornos de disfunción sexual.
3. Identificar varios tipos de parafilias y trastornos de disfunción sexual.
4. Discutir implicaciones etiológicas de parafilias y trastornos disfuncionales sexuales.
5. Describir la fisiología de la respuesta sexual.
6. Conducir una historia sexual.
7. Formular diagnósticos de enfermería apropiados y objetivos de atención para pacientes con trastornos sexuales.
8. Identificar intervenciones de enfermería apropiadas para pacientes con trastornos sexuales.

9. Identificar los temas de educación relevantes para el paciente y la familia sobre trastornos sexuales.
 10. Evaluar la atención de pacientes con trastornos sexuales.
 11. Describir varias modalidades de tratamiento médico para pacientes con trastornos sexuales.
-
12. Discutir variaciones en la orientación sexual.
 13. Identificar varios tipos de enfermedades de transmisión sexual y discutir las consecuencias de cada una.

INTRODUCCIÓN

Los humanos son seres sexuales. La sexualidad al ser una necesidad básica y una parte de la personalidad influye en los pensamientos, acciones e interacciones, además de estar involucrada en aspectos de salud física y mental.

La actitud de la sociedad hacia la sexualidad está cambiando, es decir, las personas son más abiertas a buscar ayuda en materia de sexualidad. Aunque no todo el personal de enfermería necesita tener preparación como terapeutas sexuales, pueden integrar información sobre este tema en la atención que dan con un enfoque de prevención, y educación para ayudar a las personas a encontrar, recuperar o mantener el bienestar sexual.

Este capítulo se enfoca en los trastornos relacionados con el funcionamiento y la identidad sexual. En principio se consideran las categorías de parafilia y disfunción sexual como se clasifican en el *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association*, [APA], 2000). Se presenta una revisión del desarrollo sexual a lo largo de la vida; se incluyen información histórica y epidemiológica relacionada con trastornos sexuales; factores predisponentes implicados en la etiología que proporcionan un marco para estudiar las dinámicas de estos trastornos. Se exploran varias modalidades de tratamiento, además de discutir las variaciones de la orientación sexual. Por último, se describen varios tipos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y una explicación de las consecuencias de cada una.

La sintomatología de cada trastorno se presenta como antecedente para valorar a los pacientes con trastornos de sexualidad; una herramienta para realizar una historia sexual. La atención de enfermería se describe en el contexto del proceso de enfermería.

Concepto Central

Sexualidad

Sexualidad es la constitución y vida de un individuo en relación a las características que conciernen a la intimidad. Refleja la totalidad de la persona y no se relaciona de manera exclusiva con los órganos sexuales o comportamiento sexual.

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

Del Nacimiento a los 12 Años de Edad

Aunque la identidad sexual de un niño se determina antes del nacimiento por factores cromosómicos y la aparición de los genitales, los factores posnatales tienen gran influencia en la forma en que se desarrolla la percepción sexual sobre sí mismos. La masculinidad y feminidad, como también las funciones de género, se definen por la cultura; por ejemplo, la diferenciación de funciones se puede iniciar al nacimiento al pintar la habitación de rosa o azul y vestir al niño con adornos, vestidos delicados o toscos, y resistentes.

Es común que los lactantes toquen y exploren sus genitales. De hecho, las investigaciones en sexualidad en niños indican que tanto varones como mujeres son capaces de sentir excitación sexual y **orgasmo** (Berman y Berman, 2001).

A la edad de 2 a 2.5 años, los niños saben cuál es su género, también saben que son como el padre del mismo género y diferentes del padre y otros niños del sexo opuesto; es decir, se vuelven muy conscientes de las diferencias anatómicas de género durante este tiempo.

Cuando cumplen 4 o 5 años de edad, los niños se sienten atraídos por el juego heterosexual. “Jugar al doctor” puede ser muy popular. De esta forma, los niños se forman un concepto del matrimonio con un miembro del sexo opuesto.

Los niños adquieren experiencia con la masturbación durante la niñez; aunque es cierto que no todos los niños se masturban durante este periodo, la mayoría empieza la autoexploración y la autoestimulación genital entre los 15 a 19 meses de edad (King, 2005).

La última etapa de la niñez y en la preadolescencia se puede caracterizar por el juego heterosexual y homosexual. En general, la actividad sólo incluye tocar los genitales del otro, aunque también puede contener varios comportamientos sexuales (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Los niños de esta edad se interesan en la menstruación, y ambos sexos en aprender sobre fertilidad, gestación y el nacimiento; también aumenta el interés por el género opuesto. Las niñas de esta edad se vuelven conscientes de sus cuerpos y de su atractivo físico.

Los niños de 10 a 12 años de edad se preocupan por los cambios de la pubertad y se inician las atracciones románticas con el género opuesto. Los varones prepúberes se involucran en actividades sexuales de grupo como exhibición de genitales o masturbación en grupo. El juego sexual homosexual no es poco frecuente. Por su parte, las niñas pueden hacer exhibiciones de genitales, pero por lo general no se preocupan por ellos como los niños de esta edad.

Adolescencia

Esta etapa representa una aceleración en términos de cambios biológicos, además del desarrollo psicosocial y sexual. Esta fase llena de confusión se alimenta por la activación del sistema endocrino y una nueva serie de tareas psicosociales a realizar (Bell, 1998). Entre éstas se encuentran los temas relacionados con la sexualidad, como la de lidiar con nuevos o más poderosos sentimientos sexuales, si participa en varios tipos de comportamiento sexual, cómo reconocer el amor, la prevención de una gestación no deseada, y definir las funciones sexuales apropiadas a su edad.

Desde el punto de vista biológico, la pubertad se inicia cuando en las niñas adolescentes aumenta el tamaño de las mamas, se ensanchan las caderas, y crece el vello púbico y axilar; el inicio de la menstruación por lo general ocurre entre los 11 y 13 años de edad. En los varones adolescentes, el crecimiento del vello público y el agrandamiento de los testículos empiezan entre los 12 y 16 años de edad: el crecimiento del pene y la capacidad de eyacular por lo común empieza de los 13 a 17 años. Se observa crecimiento corporal entre la edad de 11 y 17, que se acompaña de la presencia de pelo corporal y facial, mayor masa muscular y la voz se hace más grave.

La sexualidad se desarrolla con más lentitud en mujeres que en los varones adolescentes. Las mujeres muestran mayor interés en la respuesta sexual que alcanza su máximo entre los 20 y 30 años. La madurez sexual en los varones se alcanza antes de los 20 años, pero su vigor sexual permanece alto en su juventud (Murray y Zentner, 2001). La masturbación durante la adolescencia es una actividad común en ambos géneros.

Muchos individuos tienen su primera relación sexual en los años de adolescencia. Aunque los estudios indican gran variedad de estadísticas relacionadas con la incidencia del coito adolescente, son evidentes tres tendencias durante las dos pasadas décadas. Según Sadock y Sadock (2003), las tendencias son las siguientes:

1. Un mayor número de adolescentes se involucra en relaciones sexuales premaritales.
2. La incidencia de relaciones premaritales en las mujeres ha aumentado.
3. La edad promedio para la primera relación sexual está disminuyendo.

La cultura estadounidense tiene sentimientos ambivalentes hacia la sexualidad adolescente. Se desea el desarrollo psicosexual, pero la mayoría de los padres quieren evitar cualquier cosa que aliente el sexo en sus hijos. El creciente número de casos de enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales son fatales, también contribuye a los temores relacionados con actividad sexual sin protección en todos los grupos.

En junio de 2006, la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó Gardasil, la primera vacuna desarrollada para prevenir el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades causadas por ciertos tipos de virus del papiloma humano (HPV). Si se administra antes de la exposición a virus transmitidos por vía sexual, la vacuna puede proteger a la mujer de desarrollar cáncer de cuello uterino; esta vacuna es recomendada por el fabricante para mujeres de 9 a 26 años de edad, también propone que sea obligatoria para niñas desde los 9 a los 12 años, y se pretende que sea aprobada en algunas legislaturas estatales. Sin embargo, algunos padres creen que este tipo de leyes abusan de sus derechos, y que envían un mensaje para que las jóvenes se protejan y por consiguiente se vuelvan promiscuas. En la actualidad, la controversia continúa, con personas que apoyan una orden que tiene una rara oportunidad para pelear contra un cáncer que mata alrededor de 3 700 mujeres estadounidenses cada año, y se debe aplicar antes que la infección se presente. Quienes se oponen dicen que los estados y los padres deben tratar de prevenir el sexo premarital en lugar de promover una vacuna con la suposición de lo que va a suceder. Se espera que este año salga una segunda vacuna, Cervarix.

Aduldez

Este periodo del ciclo de vida empieza alrededor de los 20 años de edad y continúa hasta los 65 años. La sexualidad relacionada con los 65 años en adelante se discute en el capítulo 24.

Sexo Marital

Elegir un compañero marital o desarrollar una relación sexual con otro individuo es una de las principales tareas en los primeros años de esta etapa de la vida. La perspectiva cultural presente refleja que la institución del matrimonio ha sobrevivido, lo que significa que alrededor del 80 a 90% de las personas en Estados Unidos se casan, y de los que se divorcian, se vuelven a casar. La intimidad en el matrimonio es una de las formas comunes de expresión sexual para los adultos. La pareja promedio estadounidense tiene relaciones dos a tres veces por semana cuando los individuos están en los 20 años, la frecuencia disminuye de manera gradual a una vez a la semana para quienes tienen 45 años en adelante. Muchos adultos continúan

masturbándose aun cuando están casados y tienen acceso a sexo heterosexual. Este comportamiento es perfectamente normal, aunque con frecuencia provoca sentimientos de culpa y se mantiene en secreto.

Sexo Extramarital

Existen varios estudios que presentan resultados variados en sus investigaciones sobre sexo extramarital. Los resultados indican que de 25 a 50% de los varones y mujeres casados tienen sexo extramarital en algún momento durante sus matrimonios (King, 2005). Aunque la incidencia de sexo extramarital para los hombres parece ser constante, hay datos que sugieren que la incidencia para las mujeres aumenta.

Aunque las actitudes hacia el sexo premarital han cambiado de manera sustancial durante las últimas décadas, las ideas hacia el sexo extramarital permanecen igual. La mayoría de las mujeres y hombres dicen que creen que la exclusividad sexual debe ser un objetivo en el matrimonio, aunque tienen menos certeza sobre lo que sucedería si su pareja no comparte la idea. Algunos estudios establecen la incidencia de divorcio causada por la infidelidad o adulterio alrededor de 20% de los casos de divorcio.

Sexo y la Persona Soltera

Las actitudes sobre la intimidad sexual entre solteros —no casados, divorciados o viudos— varía de un individuo a otro. Algunas personas solteras se involucran en cualquier clase de relación, casual o de compromiso, que piensan enriquecen sus vidas. Otros individuos niegan cualquier deseo de casarse o de intimidad sexual, en cambio anhelan disfrutar de la independencia de no estar “atado”. De hecho, otros buscan con urgencia una pareja, y la desesperación aumenta conforme pasa el tiempo.

La mayoría de mujeres y varones divorciados vuelven a tener una vida sexual activa después de la separación. Los hombres viudos, más que las viudas, regresan a la actividad después de perder a sus compañeras. Esto puede ser en parte por el hecho de que los varones eligen mujeres más jóvenes que ellos, y los viudos sobrepasan a las viudas por cuatro a uno por lo menos (*Administration on Aging*, 2005).

Edad adulta/Madurez 40 a 65 Años

Con la llegada de la edad adulta, la disminución en la producción de hormonas inicia varios cambios en los órganos sexuales, como también en el resto del organismo. La edad promedio de la menopausia en las mujeres es alrededor de los 50, aunque se observan casos de los 40 a los 60 años de edad; alrededor del 1% de las mujeres experimenta síntomas desde los 35 años (Murray y Zentner, 2001). La disminución en la cantidad de estrógenos puede provocar pérdida de la lubricación de la vagina, lo que provo-

ca dolor durante la relación, otros síntomas incluyen insomnio, “bochornos”, dolor de cabeza, palpitaciones y depresión. Los suplementos hormonales pueden aliviar algunos de los síntomas, aunque existe controversia entre la comunidad médica en relación a la seguridad del tratamiento de remplazo hormonal.

Con la disminución de la producción de andrógenos durante estos años, los varones también experimentan cambios sexuales. La cantidad de eyaculado puede disminuir, y la eyaculación puede ser menos potente. Los testículos disminuyen de tamaño, y la erección es menos frecuente y menos rígida. Alrededor de los 50 años de edad, aumenta el periodo refractario, y se pueden necesitar de 8 a 24 h después del orgasmo antes de tener otra erección.

El vigor biológico disminuye, al igual que el interés en la actividad sexual puede disminuir durante esta etapa. Aunque los hombres necesitan más estimulación para alcanzar el orgasmo y la intensidad del placer disminuye, las mujeres se estabilizan al mismo nivel de actividad sexual de la etapa previa del ciclo de vida, y con frecuencia tienen mayor capacidad para tener orgasmos que las mujeres jóvenes (Sadock y Sadock, 2003). Murray y Zentner (2001) comentan:

El placer de las relaciones sexuales en los años de juventud, más que la frecuencia, es un factor clave para mantener el deseo y la actividad en las mujeres, mientras que la frecuencia de las relaciones y el placer son factores importantes en los varones. (p. 690)

TRASTORNOS SEXUALES

Parafilia

El término **parafilia** se utiliza para identificar fantasías sexuales repetitivas o preferidas, o comportamientos que incluyen cualquiera de las siguientes características:

- La preferencia por el uso de un objeto no humano.
- Actividad sexual repetitiva con humanos que incluye sufrimiento o humillación real o simulada.
- Actividad repetitiva con parejas sin consentimiento.

El *DSM-IV-TR* especifica que estas fantasías o comportamientos sexuales son recurrentes por un periodo de al menos seis meses y causan angustia clínica significativa al individuo, o alteración de funcionamiento social, ocupacional o en cualquier otra área importante de su vida (APA, 2000).

Aspectos Históricos

De manera histórica, siempre han existido algunas restricciones en la expresión sexual. Bajo el código del judaísmo ortodoxo, la masturbación se castiga con la muerte.

En el catolicismo antiguo se consideraba un pecado carnal. A finales del siglo XIX, la masturbación era vista como una causa importante de locura.

La explotación sexual de los niños era condenada en las culturas antiguas, como en la actualidad. El incesto sigue siendo tabú que traspasa las barreras culturales. Se castigaba con la muerte en Babilonia, Judea y la China antigua, y los transgresores recibían la pena de muerte a finales de 1650 en Inglaterra.

Los contactos oral-genital, anal, homosexual y animal fueron vistos por la iglesia cristiana como no naturales, y de hecho, se consideraban transgresiones mayores que la actividad sexual extramarital, debido a que no conducen a la reproducción biológica. En la actualidad, de estos comportamientos condenados por la iglesia, sólo el sexo con animales (zoofilia) conserva su clasificación como una parafilia en el *DSM-IV-TR*.

Estadísticas Epidemiológicas

Existen pocos datos sobre la prevalencia o curso de las parafilias. La información disponible se ha obtenido de estudios con delincuentes sexuales encarcelados. Otra fuente de información son los servicios de psiquiatría de pacientes externos para personas con estos trastornos fuera del sistema de justicia criminal.

Debido a que pocas personas con parafilia experimentan angustia personal con su comportamiento, la mayoría busca tratamiento por la presión de sus compañeros o autoridades (Becker y Johnson, 2003). Los datos sugieren que la mayoría de los individuos con parafilia que buscan tratamiento como paciente externo es por: **pedofilia** (45%), **exhibicionismo** (25%) o **voyeurismo** (12%).

La mayoría de las personas con este tipo de trastorno son varones, y el comportamiento se establece, en general en la adolescencia (Andreasen y Black, 2006). La conducta alcanza su máximo entre los 15 a 25 años de edad y disminuye de manera gradual en adelante; a la edad de 50, la presencia de actos parafílicos es muy baja, excepto por los comportamientos que ocurren en aislamiento o con una pareja que coopere. Algunos individuos con estos trastornos experimentan múltiples parafilias.

Tipos de Parafilias

Los siguientes tipos de parafilias se identifican en el *DSM-IV-TR*:

Exhibicionismo

Se caracteriza por impulsos, comportamientos sexuales recurrentes e intensos, o fantasías de excitación sexual de por lo menos seis meses de duración, que incluyen la exposición de los genitales propios a un extraño inesperado (APA, 2000). Puede presentarse la masturbación

durante el exhibicionismo. En casi 100% de los casos, los perpetradores son varones y las víctimas mujeres (King, 2005).

Los impulsos por la exposición de los genitales se intensifican cuando el exhibicionista tiene mucho tiempo libre o está bajo estrés significativo. Casi todos los individuos con este comportamiento tienen relaciones sexuales satisfactorias con parejas adultas, pero de manera concomitante se exponen a otras personas.

Fetichismo

Esta parafilia incluye impulsos o comportamientos sexuales recurrentes e intensos, o fantasías de excitación sexual, de por lo menos seis meses de duración, en el que se utilizan objetos inanimados (APA, 2000). El foco sexual es por lo general un objeto muy relacionado con el cuerpo humano (p. ej., zapatos, guantes, medias). Por lo común, el objeto se utiliza durante la masturbación o se incorpora a la actividad sexual con otra persona con el fin de producir excitación sexual.

Cuando el fetichismo incluye trasvestirse, el desorden se llama **fetichismo trasvestista**. El sujeto es heterosexual, pero tiene una colección de vestidos de mujer que utiliza de manera intermitente cuando está solo. La excitación sexual se puede producir al acompañar la fantasía de ser mujer con genitales femeninos, o sólo por verse vestido como mujer sin atención a los genitales (APA, 2000).

Los requerimientos de objeto fetichista para la excitación sexual puede ser tan intensa en algunos individuos, que estar sin éste puede provocar impotencia. El inicio por lo general se presenta en la adolescencia.

El trastorno es crónico, y las complicaciones surgen cuando el individuo de manera progresiva se excita por comportamientos sexuales que excluyen a una pareja sexual. La persona con el fetiche y su pareja se vuelven tan distantes que de manera eventual termina la relación.

Froteurismo

En esta parafilia existe una preocupación recurrente con impulsos, comportamientos o fantasías sexuales intensos que incluyen tocar y frotarse contra una persona sin su consentimiento, el trastorno dura por lo menos seis meses. La excitación sexual se deriva del toque o frotamiento real, no de la naturaleza coercitiva del acto. Casi sin excepción, el género del *frotteur* es masculino.

El individuo por lo general elige realizar el acto en lugares con mucha gente, como autobuses o tren subterráneo durante las horas pico. De esta forma, puede dar una explicación para su comportamiento, en caso de que alguien se queje, y puede escapar con facilidad de ser arrestado. El froteurista espera entre la multitud hasta que identifica una víctima, entonces la sigue y permite

que la gente lo empuje contra ella. Fantasea una relación con su víctima mientras frota sus genitales o pechos con sus manos. Con frecuencia escapa de ser detectado porque la impresión inicial de la víctima y la negación del acto se comete en un lugar público.

Pedofilia

El *DSM-IV-TR* describe la característica esencial de la pedofilia como impulsos, comportamientos o fantasías sexuales recurrentes, de por lo menos seis meses de duración, que incluyen actividad sexual con un niño prepúber. La edad del abusador por lo menos debe ser de 16 años, y debe ser alrededor de cinco años mayor que el niño. Esta categoría de parafilia es la más común de los asaltos sexuales.

Casi todos los abusos en niños incluyen acariciar los genitales o sexo oral. La penetración vaginal o anal del menor es el caso más frecuente del incesto. Otros se pueden limitar a desvestir al niño y mirar, exponerse ellos mismos, masturarse en presencia de, o tocar con gentileza y acariciar al niño (APA, 2000). El inicio por lo general ocurre durante la adolescencia, y el trastorno con frecuencia es de curso crónico, en particular los pedófilos varones que demuestran preferencia por niños pequeños.

Masoquismo Sexual

La característica clave del **masoquismo** es presentar impulsos, comportamientos intensos y recurrentes, o fantasías de excitación sexual, de por lo menos 6 meses de duración, que incluyen el acto (real, no simulado) de ser humillado, golpeado, obligado, o de otra manera hacer que sufra (APA, 2000). Estas actividades masoquistas pueden ser fantasías (p. ej., ser violado) y se puede realizar solo (p. ej., dolor autoinflictedo) o con una pareja (p. ej., ser amarrado, recibir nalgadas, o ser golpeado por el compañero). Algunas actividades masoquistas provocan la muerte, en particular de aquellos en las que para alcanzar la excitación sexual se privan de oxígeno. El trastorno por lo general es crónico y puede progresar al punto en el cual el individuo no puede satisfacerse sexualmente sin fantasías o actividades masoquistas.

Sadismo Sexual

El *DSM-IV-TR* identifica la característica esencial del **sadismo** sexual como impulsos, comportamientos sexuales recurrentes e intensos, o fantasías de excitación sexual, de por lo menos 6 meses de duración, que incluye actos (reales, no simulados) en los cuales el sufrimiento psicológico o físico (incluso humillación) de la víctima excita a la persona (APA, 2000). Las actividades sádicas pueden ser fantasías o actuadas con o sin consentimiento de la pareja.

En todos los casos, la excitación sexual es la respuesta al sufrimiento de la víctima. Los ejemplos de actos sádicos incluyen amarrar, quemar, violar, cortar, torturar e incluso matar.

El curso del trastorno es en general crónico, la gravedad de los actos sádicos con frecuencia va en aumento conforme pasa el tiempo. Las actividades sexuales sin consentimiento de sus parejas es usual que terminen en alguna situación legal.

Voyeurismo

Este trastorno se identifica por impulsos, comportamientos sexuales intensos y recurrentes, o fantasías de excitación sexual, de por lo menos seis meses de duración, incluyen el acto de observar a una persona desnuda, en el proceso de desvestirse, o en actividad sexual. (APA, 2000). La excitación sexual se obtiene a través de la observación, pero no del contacto con la persona observada. Por lo general, la “ojeada por la ventana” se acompaña de masturbación, pero puede ocurrir más tarde cuando el individuo fantasea sobre el acto voyeurista.

El inicio del comportamiento voyeurista en general se presenta antes de los 15 años de edad, el trastorno con frecuencia es crónico. La mayoría de éstos disfrutan relaciones sexuales satisfactorias con una pareja adulta. Se presentan pocas quejas con la justicia porque muchas víctimas de voyeuristas no se dan cuenta de que son observadas.

Implicaciones Etiológicas de Parafilias

Factores Biológicos

En la etiología de las parafilias se incluyen varios factores orgánicos. Se demostró que la destrucción de partes del sistema límbico en animales causa comportamiento hipersexual (Becker y Johnson, 2003). Tumores en el lóbulo temporal o convulsiones psicomotoras se consideran la causa en algunos individuos con parafilias. Las concentraciones anormales de andrógenos también pueden contribuir a la excitación sexual inapropiada. El mayor número de estudios se realizó con delincuentes sexuales violentos, y los resultados no se pueden generalizar con exactitud.

Teoría Psicoanalítica

El acercamiento psicoanalítico define a un parafílico como el que no tuvo en su proceso de desarrollo normal el ajuste heterosexual necesario (Sadock y Sadock, 2003). Esto sucede cuando el individuo fracasa en resolver la crisis de Edipo y se identifica con el padre del género opuesto o selecciona un objeto inapropiado para catexis libidinal (dotarlo de energía psíquica de libido). Becker y Johnson (2003) ofrecen la siguiente explicación:

La ansiedad de castración grave durante la fase de Edipo del desarrollo, conduce a la sustitución de un objeto simbólico (inanimado o una parte anatómica) por la madre, como en el fetichismo o trasvestismo. De manera similar, la ansiedad por la excitación hacia la madre puede llevar a elegir lo “seguro”, parejas sexuales inapropiadas, como en la pedofilia y zoofilia, o comportamientos sexuales seguros en los cuales no hay contacto sexual, como en el exhibicionismo y voyeurismo (p. 758).

Teoría del Comportamiento

Este modelo de conducta considera que si un individuo se involucra o no en un comportamiento parafiliaco depende del tipo de reforzamiento que recibe después. El acto inicial puede ser cometido por varias razones. Algunos ejemplos incluyen recuerdos de experiencias de la vida temprana (en especial de la primera experiencia sexual compartida), el comportamiento modelo de otras personas que han realizado actos de parafilia, imitar conductas sexuales descritas en los medios, y recordar traumas pasados como abusos del individuo mismo (Sadock y Sadock, 2003).

Una vez que el acto inicial se ha cometido, el individuo evalúa de manera consciente y decide si lo repite o no. El miedo a ser castigado o la percepción de daño o lesionar a la víctima, o falta de placer derivada de la experiencia, pueden extinguir el comportamiento. Sin embargo, cuando las consecuencias negativas no se presentan, el acto en sí es muy placentero, o cuando la persona con la parafilia escapa de manera inmediata y, por lo tanto, evita cualquier consecuencia negativa experimentada por la víctima, es probable que la acción se repita.

Integración Teórica

Es probable que un solo modelo no sea suficiente para explicar la etiología de las parafilias, o sea, es factible que la integración de las experiencias de aprendizaje, factores socioculturales, y procesos biológicos se deben presentar para explicar estos comportamientos sexuales desviados. Tal vez una combinación de factores biológicos, psicosociales, junto con aspectos del paradigma de aprendizaje antes descrito, proporcione la explicación etiológica comprensible para las parafilias en la actualidad.

Modalidades de Tratamiento

Tratamiento Biológico

El tratamiento biológico de individuos con parafilias se enfoca en bloquear o disminuir la concentración de andrógenos circulantes. Los medicamentos antiandrógenos más utilizados son los derivados de la progestina que inhibi-

ben la síntesis de testosterona o los receptores de andrógenos (Becker y Johnson, 2003). No influyen en la dirección del vigor sexual hacia parejas adultas apropiadas, en cambio disminuyen la libido, y rompen el patrón que tiene el individuo de comportamiento sexual extrañado (Becker y Johnson, 2003). No significa que sean la única fuente de tratamiento y funcionan mejor cuando se administran en conjunción con la participación del individuo o psicoterapia de grupo.

Terapia Psicoanalítica

En el tratamiento de las parafilias se han tratado los acercamientos psicoanalíticos. En este tipo de terapia, el profesionista ayuda al paciente a identificar conflictos no resueltos y traumas de la niñez. La terapia se enfoca en ayudar a solucionar estos conflictos, por lo que se alivia la ansiedad que previene relaciones sexuales apropiadas. En cambio el individuo no tiene la necesidad de fantasías parafílicas.

Terapia de Comportamiento

Se utilizan técnicas de aversión para modificar el comportamiento indeseable. Los métodos para el tratamiento de las parafilias incluyen hacer pares de estímulos nocivos, como descargas eléctricas y malos olores, con el impulso, el cual disminuye. La terapia de comportamiento también incluye entrenamiento de habilidades y reestructuración cognitiva en un esfuerzo por cambiar las creencias no adaptativas del individuo (Becker y Johnson, 2003).

Otros acercamientos de comportamiento para disminuir la excitación sexual inapropiada consideran la sensibilización encubierta y la saciedad. Con la sensibilización encubierta, el individuo combina fantasías sexuales inapropiadas con escenas repulsivas que provocan ansiedad bajo la guía del terapeuta (Becker y Johnson, 2003). La saciedad es una técnica en la cual el individuo posorgásmico fantasea de manera repetida los comportamientos indeseados, hasta saturarse del estímulo desviado, por consiguiente las fantasías y el comportamiento dejan de ser excitantes.

La Función del Personal de Enfermería

El tratamiento de la persona con una parafilia con frecuencia es muy frustrante, tanto para el paciente como para el profesionista. La mayoría de los individuos con parafilias niegan tener un problema y buscan ayuda psiquiátrica sólo porque su comportamiento llama la atención de otras personas. A manera de prevención, el enfoque es diagnosticar y tratar el problema lo más pronto posible, para disminuir las dificultades. Estos individuos deben ser referidos con el especialista.

El personal de enfermería puede involucrarse en el proceso primario de prevención. El enfoque de dicho proceso en los trastornos sexuales es intervenir en la vida hogareña o en otras facetas de la niñez para prevenir los problemas del desarrollo. Un interés adicional de prevención primaria es ayudar en las estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con situaciones de estrés.

Los tres principales componentes del desarrollo se identifican como sigue: (1) identidad de género (una sensación de masculinidad o femineidad), (2) sensibilidad sexual (excitación por el estímulo apropiado), y (3) capacidad de establecer relaciones con otras personas. Una alteración en uno o más de estos componentes pueden conducir a una variedad de desviaciones sexuales.

Los diferentes componentes de desarrollo parecen alterarse en varias desviaciones sexuales. Por ejemplo, la identidad de género puede trastornarse en **trasvestismo o transexualismo**. El segundo componente, la sensualidad sexual por estímulos apropiados, cambia en el caso del fetichismo. En el caso del exhibicionismo o el *frotteur*, la capacidad para formar relaciones puede estar alterada.

Las enfermeras pueden participar en la evaluación regular de estos mecanismos de desarrollo, para asegurar que conforme los niños maduran, el progreso de cada uno de estos tres componentes sea saludable; por lo tanto, se previenen conductas sexuales desviadas. Las enfermeras que trabajan en pediatría, psiquiatría, salud pública, clínicas ambulatorias, escuelas y cualquier otra institución que requiere contacto con los niños deben tener conocimiento del desarrollo sexual. La valoración exacta y la intervención temprana pueden contribuir en gran medida a la prevención primaria de los trastornos sexuales.

Disfunciones Sexuales

Ciclo de la Respuesta Sexual

Debido a que las disfunciones se presentan como perturbaciones en cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual, el entendimiento de la anatomía y fisiología es un prerequisito para las consideraciones de la enfermedad-tratamiento.

- **Fase I. Deseo.** Durante esta fase, el deseo de tener actividad sexual ocurre en respuesta a estimulación verbal, física o visual. Las fantasías sexuales pueden también provocar este deseo.
- **Fase II. Excitación.** Fase de excitación sexual y placer erótico. Se manifiestan los cambios fisiológicos. El varón responde con tumescencia del pene y erección. Los cambios femeninos incluyen vasocongestión en la pelvis, lubricación y expansión de la vagina e inflamación de los genitales externos (APA, 2000).

● **Fase III. Orgasmo.** Éste se identifica como el máximo placer sexual, con la liberación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del periné y los órganos reproductivos (APA, 2000). El orgasmo en las mujeres se manifiesta por contracciones rítmicas simultáneas del útero, el tercio inferior de la vagina, y el esfínter anal. En el varón, se presenta la emisión de semen en respuesta a los espasmos rítmicos de la próstata, vesículas seminales, vasos sanguíneos y uretra (APA, 2000; King, 2005).

● **Fase IV. Resolución.** Si se presenta el orgasmo, esta fase se caracteriza por la expulsión de sangre de los genitales (detumescencia), lo que provoca una sensación de relajación general, bienestar y relajación muscular. Si no hay orgasmo, la resolución puede tomar 2 a 6 h y se relaciona con irritabilidad e incomodidad (Sadock y Sadock, 2003).

Después del orgasmo, los hombres experimentan un periodo refractario que puede tardar algunos minutos a muchas horas, durante el cual no pueden ser estimulados para otro orgasmo. Por lo común, la duración del periodo refractario aumenta con la edad. Las mujeres no experimentan periodos de refracción y pueden responder a una estimulación adicional casi de manera inmediata (APA, 2000).

Aspectos Históricos y Epidemiológicos Relacionados con la Disfunción Sexual

A la par de los cambios culturales que ocurrieron durante la revolución sexual de 1960 y 1970 se produjo un crecimiento en la investigación científica sobre fisiología sexual y disfunciones sexuales. Masters y Johnson (1966, 1970) fueron los pioneros en este trabajo con sus estudios sobre la respuesta sexual y el tratamiento de las disfunciones sexuales. Spear (2001) informa:

La terapia sexual y el tratamiento de los trastornos sexuales, ha evolucionado desde los primeros estudios hace 50 años. Durante esos años, el acercamiento a la terapia sexual ha cambiado inmensamente. Cuando William Masters y Virginia Johnson publicaron *Human Sexual Inadequacy* (Insuficiencia Sexual Humana) en 1970, la revolución sexual, nacida en 1960, no había llegado al máximo. Debido en parte al desarrollo de la anticoncepción oral conocida como "la píldora" y el surgimiento de políticas de feminismo, la sociedad empezó a tener puntos de vista diferentes y más abiertos sobre la sexualidad. El ascenso en la terapia sexual dirigida a temas sexuales no había sido considerado con anterioridad en la privacidad del consultorio médico.

La disfunción sexual consiste en la alteración o trastorno de cualquiera de las fases del ciclo de respuesta sexual. Nadie sabe con exactitud cómo es que tantas personas

CUADRO 19 – 1 Índices de Prevalencia para las Disfunciones Sexuales*

Dispareunia	Varones (%)	Mujeres (%)
Dispareunia	3	15
Problemas orgásmicos	10	25
Deseo sexual hipoactivo	—	33
Eyaculación precoz	27	—
Problemas de excitación	—	20
Dificultades de erección	10	—

*Los índices de prevalencia se refieren a un porcentaje del número de personas que tienen un trastorno en un momento determinado.

Fuente: Adaptado de *DSM-IV-TR* (APA, 2000).

experimentan disfunciones sexuales. El conocimiento existe sólo sobre los que buscan alguna clase de tratamiento para el problema, y son muy pocos, comparados con los que tienen alguna disfunción, pero sufren de forma callada y nunca buscan tratamiento.

En 1970, Masters y Johnson informaron que 50% de todas las parejas estadounidenses sufrían de algún tipo de disfunción sexual. En 1984, Robins y colaboradores estimaron que 24% de la población de Estados Unidos experimentarían una disfunción sexual en algún momento de sus vidas. El *DSM-IV-TR* presenta una actualización de la investigación accesible sobre una muestra representativa de la población de Estados Unidos entre las edades de 18 y 59 años, en relación con la prevalencia de varias disfunciones sexuales. Estos datos se presentan en el cuadro 19-1.

Tipos de Disfunción Sexual

Trastornos del Deseo Sexual

TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) define este trastorno como una deficiencia persistente o recurrente o ausencia de fantasías sexuales y de deseo para la actividad sexual. Para dar un diagnóstico de deficiencia o ausencia, el médico considera factores que afecten el funcionamiento sexual, como edad y contexto de la vida de la persona.

Un nivel absoluto de deseo sexual en un individuo puede de no ser el problema; pero sí la discrepancia entre las parejas. El conflicto puede ocurrir si un miembro de la pareja quiere tener relaciones sexuales con más frecuencia que su compañero/a. Se debe tener cuidado de calificar a la conducta de la persona como patológica cuando en realidad el problema es de diferencia de deseo entre éstos.

Alrededor de 20% de la población total tiene trastorno de deseo sexual hipoactivo (Sadock y Sadock, 2003). La queja es más común en mujeres que en varones.

TRASTORNO DE AVERSIÓN SEXUAL. Se caracteriza por una extrema aversión persistente o recurrente hacia, o evitan todo contacto sexual genital con una pareja sexual (APA, 2000). Mientras que los individuos que presentan deseo hipoactivo, con frecuencia son neutrales o indiferentes hacia la interacción sexual, la aversión implica ansiedad, miedo o disgusto por las situaciones sexuales.

Trastornos de Excitación Sexual

TRASTORNO DE EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO. El *DSM-IV-TR* identifica este padecimiento como una incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener hasta que se complete la actividad sexual, y una respuesta de lubricación/inflamación adecuada de la excitación sexual.

TRASTORNO ERECTIL MASCULINO. Se caracteriza por incapacidad persistente o recurrente para alcanzar, o mantener hasta que se complete la actividad sexual (APA, 2000). La *disfunción eréctil primaria* se refiere a casos en los cuales el varón nunca ha sido capaz de tener una relación sexual; la *disfunción eréctil secundaria* se refiere a casos en los cuales hay dificultad en alcanzar o mantener una erección, pero no es capaz de realizar la penetración vaginal o anal ni una vez.

Trastornos Orgásmicos

TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO. Éste se define por el *DSM-IV-TR* como el retraso persistente o recurrente en, o ausencia de orgasmo después de la fase de excitación sexual normal. Esta afección algunas veces se llama **anorgasmia**. Las mujeres pueden alcanzar el orgasmo por estimulación del clítoris, no necesariamente coital, pero son incapaces de experimentarlo durante el coito en ausencia de estimulación clitoral manual no se categorizan como anorgásmicas.

Una mujer es diagnosticada con *disfunción orgásmica primaria* cuando nunca ha experimentado un orgasmo por cualquier clase de estimulación. Existe la *disfunción orgásmica secundaria* si la mujer ha experimentado al menos un orgasmo, sin considerar los medios de estimulación, pero no volvió a suceder.

TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO. Este padecimiento, que algunas veces es llamado **eyaculación retardada**, se caracteriza por retraso persistente o recurrente en, o ausencia de, orgasmo seguido de una fase de excitación sexual normal durante la actividad sexual que el médico, tomando en cuenta la edad de la persona, trata de darle el enfoque adecuado, intensidad y duración (APA, 2000). Con este trastorno el individuo es incapaz de eyacular, aun con una erección firme, y con una buena esti-

mulación. La gravedad del problema puede variar de dificultades ocasionales para eyacular (*trastorno secundario*) a una historia de nunca haber experimentado un orgasmo (*trastorno primario*). En la mayoría de los casos, el individuo no puede eyacular durante el coito, pero es capaz de hacerlo como resultado de otros tipos de estimulación.

EYACULACIÓN PRECOZ. El *DSM-IV-TR* describe este trastorno de eyaculación persistente o recurrente con mínima estimulación sexual previa, o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee. El diagnóstico tiene que considerar factores que afectan la duración de la fase de excitación, como edad, novedad de la pareja sexual o la situación, y frecuencia reciente de la actividad sexual (APA, 2000).

Se piensa que 27% de la población tiene esta disfunción, y 35 a 40% de los individuos tratados por trastornos sexuales tienen eyaculación precoz como queja principal (Becker y Johnson, 2003; Sadock y Sadock, 2003). Es común en jóvenes con vigor sexual alto y que no aprenden a controlar la eyaculación.

Trastornos de Dolor Sexual

DISPAREUNIA. Este trastorno es recurrente o persistente durante el coito en un hombre o mujer (APA, 2000). No es causada por **vaginismo**, falta de lubricación, otra afección general, o efectos fisiológicos del uso de sustancias. En mujeres, el dolor puede sentirse en la vagina, alrededor de la entrada de ésta y el clítoris, o en la pelvis. En varones, el dolor se siente en el pene. La disparesunia hace que la relación sexual sea muy desagradable, e incluso puede llevar a la abstinencia de la actividad sexual.

Los estudios de prevalencia de disparesunia proporcionan cálculos de 15% en mujeres y 3% en hombres (APA, 2000). En varones este trastorno se relaciona frecuentemente con infecciones de vías urinarias, cuando el dolor se experimenta al orinar y durante la eyaculación.

VAGINISMO. Este trastorno es una contracción involuntaria de tercio externo de la vagina que evita la inserción del pene y el coito (APA, 2000). El vaginismo tiene menos prevalencia que el trastorno orgásmico femenino, y se presenta en alrededor del 2% de las mujeres (King, 2005). Se considera que 12 a 17% se quejan de vaginismo (Leiblum, 1999).

DISFUCIÓN SEXUAL POR UNA AFECCIÓN MÉDICA GENERAL Y DISFUCIÓN SEXUAL INDUCIDA POR SUSTANCIAS.

En estos casos el problema se presenta por efectos fisiológicos directos de alguna enfermedad o fármacos, y puede incluir dolor, deseo alterado, excitación trastornada u orgasmo alterado. Las afecciones médicas relacionadas con disfución sexual incluyen trastornos neurológicos (p. ej., esclerosis múltiple, neuropatía

tía), endocrino (p. ej., diabetes mellitus, disfunciones tiroideas), vascular (p. ej., ateroesclerosis) y genitourinario (p. ej., enfermedad testicular, infecciones uretrales o vaginales). Algunas sustancias que interfieren con el funcionamiento sexual incluyen el alcohol, anfetaminas, cocaína, opioides, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, antidepresores, antipsicóticos, antihipertensores y otros.

Implicaciones Etiológicas para Disfución Sexual

Factores Biológicos

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL. Existen estudios que correlacionan menores concentraciones de testosterona sérica en hombres con deseo sexual hipoactivo. También hay evidencia que sugiere una relación entre la testosterona sérica y menor libido en mujeres (Leiblum, 1999); por otra parte, la reducción en la libido se observa en varones y mujeres con concentraciones elevadas de prolactina sérica (Shenenberger y Knee, 2005). Varios medicamentos se vinculan con la etiología de este trastorno, algunos ejemplos incluyen los antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos y anticonvulsivos. El alcohol y la cocaína también se relacionan con deseo alterado, en especial después del uso crónico.

TRASTORNOS DE EXCITACIÓN SEXUAL. Las mujeres posmenopáusicas requieren de un periodo más prolongado de estimulación para que ocurra la lubricación vaginal, y hay menos trasudado después de la menopausia (Altman y Hanfling, 2003). Varios medicamentos, en particular los que tienen propiedades antihistamínicas y anti-colinérgicas, también pueden contribuir a disminuir la capacidad de excitación en mujeres. La arterioesclerosis es una causa común de disfución eréctil, como resultado de insuficiencia arterial (Brosman y Leslie, 2006). Ciertos trastornos neurológicos también pueden provocarla. El más común, basado en alteraciones neurológicas puede ser diabetes, que aumenta el riesgo de neuropatía (Brosman y Leslie, 2006). Otros incluyen epilepsia de lóbulo temporal y esclerosis múltiple. Traumatismo (p. ej., lesión de médula espinal, cirugía de cáncer pélvico). Otros medicamentos que se vinculan con la etiología de este padecimiento son los antihipertensivos, antipsicóticos y ansiolíticos. El uso crónico de alcohol ha demostrado que es un factor contribuyente a la enfermedad.

TRASTORNOS ORGÁSMICOS. Algunas mujeres comentan disminución en la capacidad de alcanzar orgasmos después de la hysterectomy. De manera inversa, algunos reportan incremento en la actividad sexual y decremento de la disfución sexual después de la hiperecetomía (Rhodes y col, 1999). Estudios sobre el uso de tes-

tosterona transdérmica para la disfunción sexual en mujeres después de la histerectomía revelan resultados variados (Nappi y col, 2005). Algunos medicamentos (p. ej., inhibidores selectivos de recaptura de serotonina) pueden inhibir el orgasmo. Las afecciones como depresión, hipotiroidismo y diabetes mellitus, pueden causar disminución de la excitación sexual y del orgasmo.

Factores biológicos relacionados con la inhibición del orgasmo masculino incluyen cirugía de tracto genitourinario (p. ej., prostatectomía), algunos padecimientos neurológicos (p. ej., enfermedad de Parkinson) y otras enfermedades (p. ej., diabetes mellitus), así como opioides, antihipertensivos, antidepresivos y antipsicóticos (Altman y Hanfling, 2003). Es posible que se presenten casos pasajeros del trastorno por ingestión excesiva de alcohol.

Aunque la eyaculación precoz por lo común es causada por factores psicosociales, las afecciones médicas generales o el uso de sustancias también son posibles contribuyentes. En el caso de disfunción secundaria, en la cual el individuo tuvo control eyaculario y después lo perdió, puede ser por factores físicos. Los ejemplos son infección local como prostatitis o trastorno neural degenerativo como esclerosis múltiple.

TRASTORNOS POR DOLOR SEXUAL. Algunos factores orgánicos que contribuyen a las relaciones sexuales dolorosas en mujeres, incluyen himen intacto, cicatriz de episiotomía, infección de la vagina o del aparato urinario, lesiones en los ligamentos, endometriosis, quistes o tumores ováricos. Las relaciones dolorosas en varones pueden ser causadas por varios factores orgánicos; por ejemplo, infección causada por higiene deficiente debajo del prepucio en no circuncidados; fimosis, afección en la cual el prepucio no puede retraerse, reacción alérgica a varios espermicidas vaginales o irritación provocada por infecciones vaginales y problemas prostáticos.

Factores Psicosociales

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL. Phillips (2000) identificó factores individuales y de las relaciones que pueden contribuir a este trastorno. Las causas individuales consideran ortodoxia religiosa; conflictos de identidad sexual; abuso sexual pasado; financiero, familiar o de trabajo; depresión; y los relacionados con la edad (p. ej., cambios en apariencia física). En el caso de relaciones, las causas son conflictos interpersonales; abuso sexual, verbal o físico; asuntos extramaritales; y deseo o prácticas que difieren de las del compañero.

En relación al trastorno de aversión sexual, Leiblum (1999) establece:

Muchos clínicos creen que este trastorno puede verse como fobia y no considerarlo dentro de la categoría del deseo

sexual. En general, la aversión sexual se relaciona con una historia pasada de trauma sexual o ginecológico.

TRASTORNOS DE EXCITACIÓN SEXUAL. Algunos factores psicológicos se citan como posibles impedimentos de la excitación femenina. Incluyen dudas, culpa, miedo, ansiedad, vergüenza, conflicto, timidez, tensión, disgusto, irritación, resentimiento, duelo, hostilidad hacia el compañero, y crianza puritana o moralista. Está bien documentado que el abuso sexual es un factor de riesgo importante para los trastornos de deseo y excitación en mujeres (Lieblum, 1999).

Los problemas de excitación sexual masculina se relacionan con estrés crónico, ansiedad o depresión. Los factores de desarrollo que dificultan la capacidad de intimar, que llevan a un sentimiento de ser inadecuados o desconfiados, o a desarrollar una sensación de no ser amados también pueden provocar impotencia. Los factores de relación que pueden afectar la función eréctil incluyen falta de atracción por la pareja, o enojo hacia la misma, o estar en una relación que no se caracteriza por la confianza (Altman y Hanfling, 2003). Desafortunadamente, sin considerar la etiología de la impotencia, una vez que se presenta, el individuo puede sentir mucha ansiedad con respecto a su siguiente relación sexual; esta ansiedad anticipatoria por tener y mantener una erección puede perpetuar el problema.

TRASTORNOS ORGÁSMICOS. Los numerosos factores psicológicos se relacionan con el orgasmo femenino inhibido. Incluyen temor de quedar embarazada, rechazo por la pareja sexual, lesiones en la vagina, hostilidad hacia los hombres y sentimientos de culpa en relación a los impulsos sexuales (Sadock y Sadock, 2003). El condicionamiento cultural negativo (“las chicas buenas no disfrutan del sexo”) también pueden influir en la respuesta sexual de mujeres adultas. También hay varios factores de desarrollo que tienen relevancia en la disfunción orgásmica. Los ejemplos incluyen la exposición a rigidez religiosa, actitudes familiares negativas hacia la desnudez y el sexo, y experiencias traumáticas durante la niñez o la adolescencia, como incesto o violación (Clayton, 2002; Phillips, 2000).

Los factores psicológicos también se relacionan con la inhibición del orgasmo masculino. En el trastorno primario (en el cual el hombre nunca ha tenido un orgasmo), con frecuencia tiene antecedentes rígidos y puritanos, por lo que percibe el sexo como pecaminoso y los genitales como sucios, puede tener deseos conscientes o inconscientes de incesto y culpa (Sadock y Sadock, 2003). En el caso de trastorno secundario (que antes experimentaba orgasmos) por lo general están implicadas dificultades interpersonales. Puede haber cierta ambivalencia sobre tener relaciones, miedo de un embarazo u hostilidad sin expresar.

La eyaculación precoz se puede relacionar con la falta de conciencia física por parte de un individuo sin experiencia sexual. La capacidad de controlar la eyaculación se presenta como un proceso gradual de maduración con una pareja sexual y en una relación que se propone el juego de “dar y recibir”, y no como una meta orientada sólo a un objetivo. El sujeto empieza a estar consciente de sus sensaciones y aprende a retrasar el momento en que la eyaculación es inevitable. Los problemas en la relación como matrimonio estresante, condicionamiento cultural negativo, ansiedad sobre la intimidad y falta de comodidad en la relación sexual también pueden contribuir a este trastorno.

TRASTORNOS POR DOLOR SEXUAL. El vaginismo puede ocurrir en respuesta a una experiencia de dispareunia (penetración dolorosa) por varias razones orgánicas mencionadas bajo el título de “factores biológicos”. La constricción involuntaria en la vagina ocurre en respuesta a dolor anticipado, lo que hace imposible la penetración. El diagnóstico no se aplica si la causa del vaginismo se determina como orgánica. Existen varios factores psicosociales, que incluyen condicionamiento negativo en la niñez de que el sexo es sucio, pecaminoso y vergonzoso. Primeras experiencias sexuales traumáticas (p. ej., incesto o violación). Otros factores que son importantes en la etiología del vaginismo son orientación homosexual, experiencia traumática con un examen pélvico temprano, fobia al embarazo, aversión a las enfermedades de transmisión sexual o al cáncer (King, 2005; Phillips, 2000; Leiblum, 1999; Dreyfus, 1998; Sadock y Sadock, 2003).

Aplicación del Proceso de Enfermería a los Trastornos Sexuales

Valoración

La mayor parte de las herramientas de valoración para hacer la historia general de enfermería tiene preguntas sobre sexualidad. Muchas enfermeras se sienten incómodas para obtener información del paciente. Sin embargo, se deben obtener datos exactos para identificar los problemas y encontrar soluciones. La salud sexual es una parte integral del bienestar físico y emocional.

De hecho, la mayoría de las enfermeras no necesitan obtener una historia sexual de manera tan profunda como se presenta en este capítulo. Sin embargo, ciertos pacientes requieren una historia sexual más extensa que la incluida en la de enfermería general, como aquellos con procedimientos quirúrgicos o problemas médicos que pueden afectar su sexualidad; problemas de infertilidad; enfermedades de transmisión sexual, o quejas de ser sexualmente inadecuados, embarazadas o con problemas ginecológicos; que buscan información sobre el aborto o

planeación familiar; e individuos en orientación prematrimonial, matrimonial y psiquiátrica.

El mejor acercamiento para realizar una historia sexual es de manera indirecta; o sea, lo ideal es utilizar un resumen de la historia sexual como una directriz, pero permitir que la entrevista progrese de una forma menos restrictiva de lo que permite una historia (con una pregunta después de otra). El orden de las preguntas se debe ajustar según como el paciente intercale información relacionada con sentimientos o intereses sobre su sexualidad.

El lenguaje utilizado debe ser entendible; si utiliza terminología que no le es familiar, pregunte para aclarar. Tome en cuenta el nivel de educación y las influencias culturales.

La actitud del personal de enfermería debe transmitir calidez, apertura, honestidad y objetividad. Los sentimientos personales y valores deben ser claros y no interferir con la aceptación al individuo. El personal de enfermería debe permanecer sin juzgar. Esto es conveniente para escuchar de una manera interesada y pragmática sin sobrereaccionar a ninguna información que le manifieste el paciente.

No se pretende que el contenido en resumen para una historia sexual presentado en el recuadro 1 sea utilizado como un cuestionario rígido, sino como una guía para la cual el personal de enfermería pueda seleccionar temas apropiados para reunir información sobre la sexualidad del paciente. La guía debe ser individualizada según las necesidades del paciente.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería se formulan a partir de los datos obtenidos durante la fase de valoración y con los antecedentes en relación con los factores predisponentes para el trastorno. Los siguientes diagnósticos se pueden utilizar para el paciente con trastornos sexuales:

- La disfunción sexual relacionada con depresión y conflicto en la relación o ciertos factores biológicos o psicológicos que contribuyen con la presentación del trastorno se evidencian por pérdida del deseo sexual o capacidad para realizar actividad sexual.
- Patrones de sexualidad ineficientes relacionados con conflictos de orientación sexual o variaciones en las preferencias, que se observan por expresiones de insatisfacción con los comportamientos sexuales (p. ej., voyeurismo, trasvestismo).

Se pueden utilizar los siguientes criterios para medir los resultados en la atención del paciente con trastornos sexuales.

Paciente:

- Puede correlacionar situaciones estresantes que disminuyen el deseo sexual.

RECUADRO 19–1 Historia Sexual: Esquema de Contenido

- I. Datos de identificación
 - A. Paciente
 - 1. Edad
 - 2. Sexo
 - 3. Estado civil
 - B. Padres
 - 1. Edades
 - 2. Fechas de muerte y edades de muerte
 - 3. Lugar de nacimiento
 - 4. Estado civil
 - 5. Religión
 - 6. Educación
 - 7. Ocupación
 - 8. Compatibilidad
 - 9. Demostraciones de afecto
 - 10. Sentimientos hacia los padres
 - C. Hermanos (la misma información que el punto anterior)
 - D. Cónyuge (la misma información que el punto anterior)
 - E. Hijos
 - 1. Edades
 - 2. Sexo
 - 3. Fortalezas
 - 4. Problemas identificados
- II. Sexualidad en la infancia
 - A. Actitudes de la familia hacia el sexo
 - 1. Apertura de los padres hacia el sexo
 - 2. Actitudes de los padres hacia la desnudez
 - B. Aprendiendo sobre el sexo
 - 1. Preguntas hacia los padres sobre sexo
 - 2. Información proporcionada por los padres
 - 3. A qué edad y cómo fue que el paciente aprendió sobre: embarazo, nacimiento, acto sexual, masturbación, emisiones nocturnas, menstruación, homosexualidad, enfermedades de transmisión sexual
 - C. Actividad sexual de la infancia
 - 1. Primera vista de un cuerpo desnudo:
 - a. Mismo sexo
 - b. Sexo contrario
 - 2. Primera autoestimulación genital
 - a. Edad
 - b. Sentimientos
 - c. Consecuencias
 - 3. Primera exploración sexual en el juego con otro niño
 - a. Edad (de sí mismo y del otro niño)
 - b. Sexo del otro niño
 - c. Naturaleza de la actividad
 - d. Sentimientos y consecuencias
 - 4. Actividad sexual con personas mayores
 - a. Edad (de sí mismo y de la otra persona)
 - b. Sexo de la otra persona
 - c. Naturaleza de la actividad
 - d. Disposición del paciente a participar
 - e. Sentimientos y consecuencias
 - D. ¿Alguna vez vio a sus padres (o a otras personas) en el acto sexual? Describa sus sentimientos.
 - E. Teorías o mitos sexuales de la infancia:
 - 1. Ideas sobre la concepción y el nacimiento
- III. Inicio de la adolescencia
 - A. En las niñas:
 - 1. Información sobre la menstruación:
 - a. Cómo se recibió: de quién
 - b. Edad en que se recibió
 - c. Sentimientos
 - 2. Edad:
 - a. Del primer periodo
 - b. Cuando comenzó el desarrollo de senos
 - c. De la aparición de vello púbico y axilar
 - 3. Menstruación
 - a. Regularidad, incomodidad, duración
 - b. Sentimientos sobre el primer periodo
 - B. En los niños:
 - 1. Información sobre la pubertad:
 - a. Cómo se recibió: de quién
 - b. Edad en que se recibió
 - c. Sentimientos
 - 2. Edad
 - a. De la aparición de vello público y axilar
 - b. Cambio de voz
 - c. Primer orgasmo (con o sin eyaculación); reacción emocional
- IV. Experiencias orgásmicas
 - A. Emisiones nocturnas (hombre) u orgasmos (mujer) durante el sueño.
 - 1. Frecuencia
 - B. Masturbación
 - 1. Edad en que comenzó; ¿hubo castigo?
 - 2. Frecuencia; métodos utilizados
 - 3. Conocimiento del cónyuge
 - 4. ¿Práctica con otras personas? ¿Con el cónyuge?
 - 5. Reacciones emocionales
 - 6. Fantasías que acompañaron
 - C. Besuqueo y caricias (“representando”)
 - 1. Edad en que se comenzó
 - 2. Frecuencia
 - 3. Número de compañeros
 - 4. Tipo de actividades
 - D. Acto sexual premarital
 - 1. Frecuencia
 - 2. Número de compañeros y relación con ellos
 - 3. Anticonceptivos utilizados
 - 4. Sentimientos
 - E. Frecuencia orgásmica
 - 1. Pasado
 - 2. Presente
- V. Sentimientos sobre sí mismo como hombre/mujer
 - A. El paciente masculino
 - 1. ¿Se siente masculino?
 - 2. ¿Es aceptado por sus homólogos?
 - 3. ¿Sexualmente adecuado?
 - 4. Sentimientos/inquietudes sobre su cuerpo:
 - a. Talla
 - b. Apariencia
 - c. Función

- B. La paciente femenina
1. ¿Se siente femenina?
 2. ¿Es aceptada por sus homólogas?
 3. ¿Sexualmente adecuada?
 4. Sentimientos/inquietudes sobre su cuerpo:
 - a. Talla
 - b. Apariencia
 - c. Función
- VI. Fantasías y sueños sexuales
- A. Naturaleza de los sueños sexuales
 - B. Naturaleza de las fantasías
 1. Durante la masturbación
 2. Durante el acto sexual
- VII. Citas
- A. Edad y sentimientos sobre:
 1. Primera cita
 2. Primer beso
 3. Primer caricia o “representación”
 4. Primer salida formal
- VIII. Compromiso
- A. Edad
 - B. Actividad sexual durante el periodo de compromiso:
 1. Con el (la) prometido/prometida
 2. Con otras personas
- IX. Matrimonio
- A. Fecha en que se casaron
 - B. Edad en que se casaron: Cónyuge:
 - C. Ocupación del cónyuge
 - D. Matrimonios previos: Cónyuge:
 - E. Causas de finalización de matrimonios previos:

Paciente:	Cónyuge:
-----------	----------
 - F. Hijos de matrimonios previos:

Paciente:	Cónyuge:
-----------	----------
 - G. Viaje de bodas (luna de miel):
 1. ¿Lugar?
 2. ¿Agradable o desagradable?
 3. ¿Factores sexuales importantes?
 - H. Sexo en el matrimonio:
 1. Satisfacción/insatisfacción general
 2. Ideas sobre la satisfacción/insatisfacción general del cónyuge
 - I. Embarazos
 1. Cantidad: Edades de la pareja:
 2. Resultados (parto natural, cesárea, aborto espontáneo, aborto provocado)
 3. Planeado o no planeado
 4. Efectos sobre el ajuste sexual
 5. Sexo de hijos deseados o no deseados
 - X. Sexo extramarital
- A. Apego emocional
 1. Número, frecuencia, sentimientos
 - B. Acto sexual
 1. Número, frecuencia, sentimientos
 - C. Masturbación posmarital
 1. Frecuencia, sentimientos
 - D. Homosexualidad posmarital
 1. Frecuencia, sentimientos
 - E. Sexo múltiple (“swinging”)
 1. Frecuencia, sentimientos
- XI. Sexo después de viudez, separación o divorcio:
- A. Canalización
 1. Orgasmos durante el sueño
 2. Masturbación
 3. Caricias
 4. Acto sexual
 5. Homosexualidad
 6. Otros
 - B. Frecuencia, sentimientos
- XII. Cambios en la orientación sexual:
- A. Homosexualidad
 1. Primera experiencia, describa las circunstancias
 2. Frecuencia desde la adolescencia
- XIII. Parafilia
- A. Contacto sexual con animales
 1. Primera experiencia, describa la naturaleza del contacto
 2. Frecuencia y contacto más reciente
 3. Sentimientos
 - B. Voyeurismo
 1. Describa el tipo de observaciones experimentadas
 2. Sentimientos
 - C. Exhibicionismo
 1. ¿Hacia quién? ¿Cuándo?
 2. Sentimientos
 - D. Fetichismo, trasvestismo
 1. Naturaleza del fetiche
 2. Naturaleza de la actividad trasvesti
 3. Sentimientos
 - E. Sadomasoquismo
 1. Naturaleza de la actividad
 2. Respuesta sexual
 3. Frecuencia, cercanía
 4. Consecuencias
 - F. Seducción y violación
 1. ¿Seducción/violación por parte del paciente?
 2. ¿Seducción/Violación hacia el paciente?
 - G. Incesto
 1. Naturaleza de la actividad sexual
 2. ¿Con quién?
 3. ¿Cuándo ocurrió? Frecuencia, cercanía
 4. Consecuencias
- XIV. Prostitución
- A. ¿El paciente ha aceptado/pagado dinero por sexo?
 - B. Tipo de actividad sexual involucrada
 - C. Sentimientos sobre la prostitución
- XV. Ciertos efectos sobre las actividades sexuales
- A. Enfermedades de transmisión sexual
 1. Edad en la que se aprendió sobre enfermedades de transmisión sexual
 2. Tipo de enfermedad sexualmente contraída
 3. Edad y tratamiento recibido
 - B. Embarazo ilegítimo
 1. ¿A qué edad (edades)?
 2. Resultado del embarazo (embarazos)
 3. Sentimientos
 - C. Aborto
 1. ¿Por qué se realizó?
 2. ¿A qué edad (edades)?

(continúa)

RECUADRO 19-1 Historia Sexual: Esquema de Contenido (continuación)

- | | |
|---|---|
| 3. ¿Cuántas veces?
4. ¿Antes o después del matrimonio?
5. Circunstancias: ¿Quién, dónde, cómo?
6. Sentimientos sobre el aborto: en el momento, en retrospección, la reacción en su aniversario

XVI. Utilización de material erótico
A. Reacción personal al material erótico | 1. Placer sexual-excitación
2. Placer leve
3. Desinterés, disgusto
B. Utilización en conexión con la actividad sexual
1. Tipo y frecuencia de uso
2. Para acompañar qué tipo de actividad sexual |
|---|---|

Fuente: Adaptado de un esquema preparado por el Grupo para el Avance de la Psiquiatría, basado en el Cuestionario de Evaluación para la Interpretación Sexual del Concilio Matrimonial de Filadelfia. Utilizado con permiso.

- Es capaz de comunicarse con su pareja sobre situaciones sexuales sin incomodidad.
- Puede hablar acerca de formas para aumentar el deseo sexual.
- Comenta sobre su actividad sexual a nivel satisfactorio para sí mismo y su pareja.
- Correlaciona variantes de comportamiento con momentos de estrés.
- Exterioriza sus temores sobre la anomalía y lo inapropiado de los comportamientos sexuales.
- Expresa el deseo de cambiar la variante de comportamiento sexual.
- Participa y coopera con el plan extendido de modificación de comportamiento.
- Comenta su satisfacción con el propio patrón de sexualidad.

Planeación y Realización

En el recuadro 19-2 se proporciona un plan de atención para el paciente con trastornos sexuales; los diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos.

El plan de atención de planificación de concepto es un nuevo acercamiento para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre diagnóstico médico, de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 19-1 se muestra un ejemplo de un plan de atención de organización de concepto para un paciente con trastorno sexual.

Educación del Paciente y la Familia

La función de educación es importante en el área psiquiátrica, como en todas las de enfermería. En el recuadro 19-2 se enlistan los temas relevantes para el paciente y la familia sobre trastornos sexuales.

Evaluación

La revaloración es necesaria para determinar si las intervenciones seleccionadas tienen éxito para ayudar al

paciente a resolver los problemas con el funcionamiento sexual. La evaluación puede facilitarse con la información obtenida de las siguientes preguntas.

Para el Paciente con Disfunción Sexual:

- ¿Identifica las situaciones de vida que promueven sentimientos de depresión y disminución del deseo sexual?
- ¿Puede explicar las formas de lidiar con el estrés?
- ¿Se comunica de manera satisfactoria con su pareja sexual sobre el problema?
- ¿El paciente y su pareja identifican formas de aumentar el deseo sexual y obtener la satisfacción para ambos?
- ¿La pareja busca ayuda para sus conflictos?
- ¿Ambos miembros de la pareja están de acuerdo en cuál es el principal problema? ¿Tienen la motivación para intentar cambios?
- ¿La pareja habla de aumentar la satisfacción sexual?

Para el Paciente con Variantes de Comportamientos Sexuales:

- ¿El individuo puede relacionar un aumento en la variante de comportamiento sexual en momentos de estrés intenso?
- ¿Es capaz de identificar las situaciones estresantes y hablar de formas alternativas de lidiar con ellas?
- ¿El paciente expresa un deseo de cambiar la variante de comportamiento y tiene voluntad para cooperar con la terapia en extensión?
- ¿Entiende la normalidad de los sentimientos sexuales, aparte de lo inadecuado de su comportamiento?
- ¿Las expresiones de mayor autoestima son evidentes?

Modalidades de Tratamiento para Disfunciones Sexuales

Trastornos del Deseo Sexual

TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO. Este trastorno se ha tratado en ambos géneros con testosterona. Los efectos colaterales masculinizantes de este

CUADRO 19 – 2 Plan de Atención al Paciente con un Desorden Sexual**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** DISFUCIÓN SEXUAL

RELACIONADO CON: Depresión y conflictos en la relación; factores biológicos o psicológicos contribuyentes al desorden

EVIDENCIADO POR: Pérdida de deseo sexual o habilidad para demostrarlo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente identifica factores de ansiedad que contribuyen a la pérdida de deseo o función sexual. Reanuda su actividad sexual a un nivel satisfactorio para sí mismo y su pareja.	<ol style="list-style-type: none"> Evalúe la historia sexual del paciente y los niveles previos de satisfacción en la relación sexual. Evalúe la percepción del paciente sobre el problema. Ayude al paciente a determinar la dimensión de tiempo asociada con el inicio del problema y discuta lo que sucedía en su vida en ese tiempo. Evalúe el nivel de energía del paciente. Revise el esquema de medicamentos; observe efectos colaterales. Proporcione información respecto a la sexualidad y al funcionamiento sexual. Remita al paciente para orientación adicional o terapia sexual si es necesario. 	<ol style="list-style-type: none"> El historial del paciente establece una base de datos desde la cual trabaja y proporciona fundamentos para establecer metas. La idea del paciente de lo que constituye un problema podría diferir de la de enfermería. Es en la percepción del paciente en la que las metas del cuidado deben establecerse. La tensión en todas las áreas de la vida afectará el funcionamiento sexual. El paciente podría no estar al tanto de la correlación entre la tensión y la disfunción sexual. El cansancio disminuye el deseo y entusiasmo del paciente por participar en actividades sexuales. Algunos medicamentos pueden afectar la libido. La evaluación de la sustancia y la respuesta individual son importantes para establecer si el medicamento es responsable del problema. El conocimiento cada vez mayor y la corrección de los conceptos erróneos pueden disminuir los sentimientos de impotencia y ansiedad y facilitar la resolución del problema. Es posible que el paciente y su pareja necesiten ayuda adicional o más profundizada si los problemas en la relación sexual empeoran o permanecen sin solución.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PATRONES INEFICACES DE SEXUALIDAD

RELACIONADO CON: Conflictos con la orientación sexual o con preferencias variables

EVIDENCIADO POR: Insatisfacción expresada sobre comportamientos sexuales (por ejemplo, voyeurismo, travestismo)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresará satisfacción con sus propios patrones sexuales.	<ol style="list-style-type: none"> Tome el historial sexual, notando la expresión del paciente sobre áreas de insatisfacción con los patrones sexuales. Evalúe áreas de tensión en la vida del paciente y examine la relación con la pareja sexual. Observe factores culturales, sociales, étnicos, raciales y religiosos que puedan contribuir a los conflictos respecto a las prácticas sexuales variables. Sea accesible y no juzgue. Ayude al terapeuta en el plan de modificación de comportamiento para apoyar al paciente a disminuir los comportamientos variables. ENSEÑE AL PACIENTE QUE LA SEXUALIDAD ES UNA RESPUESTA HUMANA NORMAL Y NO ES SINÓNIMO DE CUALQUIER ACTO SEXUAL, QUE ESTO REFLEJA LA TOTALIDAD DE LA PERSONA Y NO SE RELACIONA DE MANERA EXCLUSIVA A LOS ÓRGANOS SEXUALES O AL COMPORTAMIENTO SEXUAL. EL PACIENTE DEBE ENTENDER QUE ESTOS SENTIMIENTOS SON SENTIMIENTOS HUMANOS. 	<ol style="list-style-type: none"> El conocimiento de lo que el paciente entiende como el problema, es esencial para proporcionar el tipo de ayuda correcta. Los comportamientos sexuales variables son usualmente asociados con tensión agregada a la vida del paciente. Es posible que el paciente no esté al tanto de la influencia que esos factores ejercen en la creación de sentimientos de culpa o vergüenza. La sexualidad es un tema muy personal y sensible. Es más probable que el paciente comparta esta información si no siente miedo de ser juzgado por la persona que lo atiende. Los individuos con parafilia son tratados por especialistas con experiencia en la modificación de comportamientos sexuales variables. Los enfermeros pueden intervenir con la implementación del plan de modificación de comportamientos. Si el paciente se siente anormal o diferente a los demás, es probable que el concepto de sí mismo sea muy bajo o incluso sin ningún valor. Ayudarlo (a) a ver que esos sentimientos y motivaciones son comunes, aun cuando el comportamiento sea variable, podría ser útil para incrementar los sentimientos de valor propio y deseo de cambio en el comportamiento.

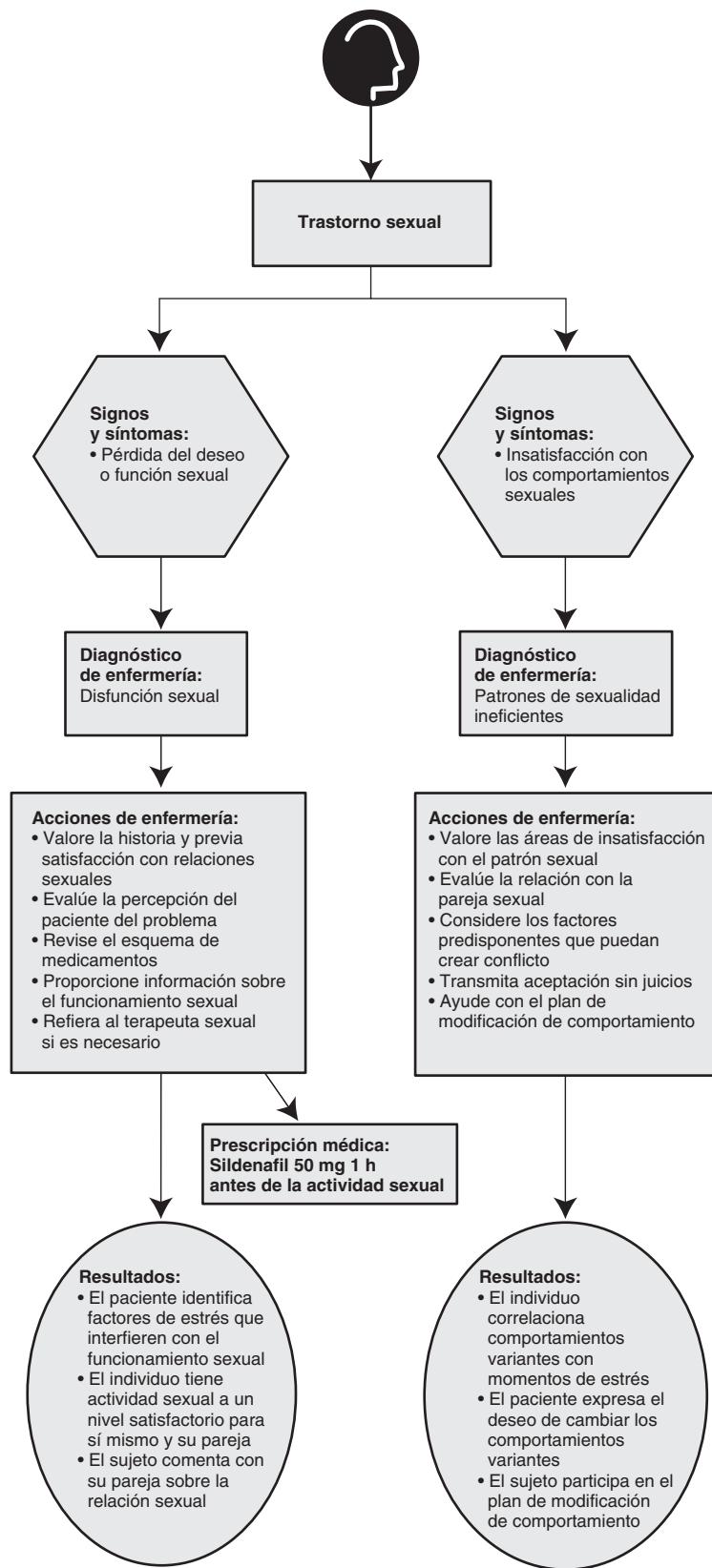


FIGURA 19-1 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno sexual.

RECUADRO 19–2 Temas para la Educación del Paciente y la Familia Relacionados con los Trastornos Sexuales

Naturaleza de la enfermedad

1. El ciclo de la respuesta sexual
2. ¿Qué es “normal” y “anormal”?
3. Tipos de disfunciones sexuales
4. Causas de disfunciones sexuales
5. Tipos de parafilias
6. Causas de parafilias
7. Síntomas relacionados con las disfunciones sexuales y parafilias

Manejo del trastorno

1. Enseñar prácticas y formas de expresión sexual
2. Enseñar técnicas de relajación
3. Explicar los efectos colaterales de los medicamentos que pueden contribuir a la disfunción sexual
4. Explicar los efectos del consumo de alcohol en el funcionamiento sexual
5. Hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual (ver cuadro 19–3)

Servicios de apoyo

1. Proporcionar referencias apropiadas para ayuda de terapeuta sexual
2. Una asociación a la cual recurrir con terapeutas calificados es: *American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists*
435 N. Michigan Avenue, Suite 1717
Chicago, IL 60611-4067
(312) 644-0828

tratamiento lo hace inaceptable en mujeres, y la evidencia de que aumente la libido en varones no es concluyente. Becker y Johnson (2003) describen que el tratamiento más efectivo es una combinación de terapia cognitiva para lidiar con las creencias de inadaptación; tratamiento de comportamiento, como ejercicios para aumentar el placer y la comunicación sexual; y terapia en relaciones para lidiar con el uso por parte del individuo del sexo como un método de control.

El poco deseo sexual con frecuencia es resultado de incompatibilidad con el compañero. Si este es el caso, el terapeuta puede elegir cambiar del tema sexual y ayudar a la pareja en la identificación y lidiar con la incompatibilidad.

TRASTORNO DE AVERSIÓN SEXUAL. La desensibilización sistemática (ver capítulo 17) con frecuencia es el tratamiento de elección para reducir el temor y rechazo del paciente al sexo (Becker y Johnson, 2003). La exposición gradual, en afecciones de relajación, a situaciones sexuales imaginadas y reales disminuye la ansiedad generada por estas experiencias. Se menciona que ha sido exitoso

el tratamiento de las fobias sexuales con medicamentos tricíclicos y terapia psicosexual para ayudar al desarrollo de la introspección en conflictos inconscientes.

Trastornos de Excitación Sexual

TRASTORNO DE EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO.

El objetivo del tratamiento para esta alteración es reducir la ansiedad relacionada con la actividad sexual. Masters y Johnson (1979) mencionan resultados exitosos con el uso de ejercicios **focus sensato** orientado al comportamiento. El objetivo es reducir las demandas dirigidas a un objetivo de la relación sexual en ambos géneros, por lo que se reducen las presiones de rendimiento y la ansiedad relacionada con posibles fallas. Altman y Hanfling (2003) explican:

La pieza clave de la terapia sexual es una serie de ejercicios de comportamiento llamados focus sensato. Estas actividades de tocar muy estructuradas se diseñan para ayudar a superar la ansiedad por el rendimiento y aumentar la comodidad con la intimidad física. En el inicio, la pareja acuerda refrenar la relación sexual o la estimulación sexual hasta las últimas etapas del tratamiento. Esto ayuda a disipar la ansiedad que se crea con respecto al rendimiento sexual y permite establecer nuevos patrones de relación (pp. 38-39).

Se instruye a la pareja para que tome turnos para acariciar el cuerpo del otro. En un principio, evitan tocarse los pechos y los genitales, y se enfocan en las sensaciones de ser tocado. Las caricias progresan hasta incluir tocar pechos y genitales mutuamente y de manera simultánea, por último se realiza la penetración. Estos ejercicios no orientados a un objetivo promueven el lado sensual de la interacción sexual en una forma no apresurada y sin evaluaciones (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

TRASTORNO ERÉCTIL. El focus sensato se utiliza de manera eficaz para este trastorno. Los clínicos concuerdan que cuando se identifican factores orgánicos, los psicológicos también pueden presentarse y se deben considerar en el tratamiento.

La terapia de grupo, hipnoterapia y desensibilización sistemática también se pueden utilizar con buenos resultados para reducir la ansiedad que contribuye a las dificultades de erección. Las intervenciones psicodinámicas pueden aliviar los conflictos intrapsíquicos que intervienen en la angustia por rendimiento (Becker y Johnson, 2003).

Varios medicamentos, incluso la testosterona y yohimbina se han utilizado para disfunción eréctil. Las inyecciones de papaverina o prostaglandina en el pene se utilizan para producir una erección que dura de una a cuatro horas. Sin embargo, este tratamiento es inaceptable para

muchos hombres debido al dolor de la inyección y efectos colaterales, como priapismo y ganglios fibróticos en el pene (Becker y Johnson, 2003).

Varios medicamentos nuevos fueron aprobados recientemente por la FDA para el tratamiento de la disfunción eréctil, incluyen sildenafil, tadalafil y vardenafil. Estos fármacos bloquean la acción de la fosfodiesterasa (PDE5), una enzima que degrada la guanosina monofosfato cíclica (GMPc), un compuesto necesario para producir la erección. Esta acción sólo ocurre en presencia de óxido nítrico (NO), que se libera durante la excitación sexual. Los inhibidores de PDE5 no actúan en la excitación sexual, sino que participan en la erección del pene cuando se manifiesta la excitación. Los efectos adversos incluyen dolor de cabeza, enrojecimiento facial, indigestión, congestión nasal, vértigo y cambios visuales (tintes de color leve y visión borrosa) (Noviasky, Masood y Lo, 2004). En 2005, la FDA ordenó que los fabricantes de estos medicamentos agregaran una advertencia en la etiqueta. Esta acción se llevó a cabo en respuesta a 43 casos de pérdida repentina de la visión. No es posible saber si los medicamentos son responsables de neuropatía óptica isquémica no arterítica (NOINA), una afección en la cual el flujo de sangre al nervio óptico se bloquea.

Otros dos medicamentos orales, la apomorfina y fentolamina se están investigando para disfunción eréctil. La fentolamina se ha utilizado con papaverina en forma inyectable. Ambos medicamentos aumentan el flujo sanguíneo en el pene, lo que provoca la erección.

Para disfunción eréctil refractaria a otros tratamientos se pueden implantar prótesis en el pene. En la actualidad existen dos tipos un implante flexible de silicona y un dispositivo inflable. El implante flexible requiere de una técnica quirúrgica de inserción relativamente sencilla de barras de silicona en las áreas eréctiles del pene. Esto provoca un estado perpetuo de semierrección. La prótesis inflable produce una erección sólo cuando se desea, y la apariencia del pene en ambos estados, tanto flácido como eréctil, es normal por completo. Los candidatos potenciales para el implante de pene deben pasar por un examen psicológico y físico cuidadoso. Aunque los implantes no capacitan al individuo para recuperar su capacidad de eyaculación o de tener orgasmos, los hombres con dispositivos prostéticos informan satisfacción con su subsecuente funcionamiento sexual (Becker y Johnson, 2003).

TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO. Debido a que la ansiedad puede contribuir con la falta de capacidad orgásmica en mujeres, con frecuencia se aconseja el foco sensato para reducir la ansiedad, aumentar la conciencia de las sensaciones físicas y transferir habilidades de comunicación del dominio verbal al no verbal. Phillips (2000) proporciona la siguiente descripción de terapia para la mujer anorgásica:

El tratamiento se basa en maximizar la estimulación y disminuir la inhibición. La estimulación puede incluir la masturbación con estimulación prolongada (en principio más de una hora) o el uso de vibrador cuando sea necesario, y control muscular de la tensión sexual (alternando contracción y relajación durante la máxima excitación). Este último es similar a los ejercicios Kegal. Los métodos para reducir la inhibición incluyen la distracción por “spectatoring” (observarse a sí mismo desde la perspectiva de un tercero), fantasear o escuchar música (p. 135).

El tratamiento para la anorgasmia secundaria (en la cual el paciente ha tenido orgasmos en el pasado, pero ahora no) se enfoca en la pareja y en la relación. La terapia con ambas personas es esencial para solucionar el trastorno.

TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO. El tratamiento para este padecimiento es muy similar al descrito para la mujer anorgásica. Una combinación de foco sensato y entrenamiento masturbatorio se utilizan con gran éxito en la clínica de Masters y Johnson. El tratamiento de trastorno orgásmico masculino casi siempre incluye a la pareja sexual.

Eyaculación Precoz. Masters, Johnson y Kolodny (1995) explican que la técnica que ellos sugieren es muy exitosa. Se utiliza el focus sensato, con progreso a la estimulación genital. Cuando el individuo alcanza el punto de inminente eyaculación, se instruye a la mujer para que aplique la técnica de “apretar”: aplicar presión en la base del glande con el pulgar y los primeros dos dedos. Se mantiene la presión por cuatro segundos y después la libera. Esta técnica se continúa hasta que el varón está en el punto de la eyaculación; se practica durante subsecuentes períodos de estimulación sexual.

Trastornos de Dolor Sexual

DISpareunia. El tratamiento para el dolor de la relación sexual empieza con un examen completo físico y ginecológico. Cuando la patología se descarta, se investigan los temores y ansiedades que subyacen en el funcionamiento sexual (Becker y Johnson, 2003). Se utiliza con éxito la desensibilización sistemática para disminuir dichos temores y ansiedades relacionados con el dolor durante las relaciones sexuales.

VAGINISMO. Para tratar este trastorno se empieza con la educación de la mujer y su pareja sexual en relación a la anatomía y fisiología del trastorno (p. ej., que ocurre de manera exacta durante el reflejo del vaginismo y las posibles etiologías). La naturaleza involuntaria del trastorno aumenta el estrés en un esfuerzo por aliviar la percepción de la pareja sexual en donde esta manifestación es un acto de retención voluntaria por parte de la mujer.

La segunda fase del tratamiento incluye la desensibilización sistemática. Se le enseña al paciente una serie de ejercicios para tensar y relajar los músculos pélvicos, en seguida se incluye un procedimiento que consiste en la inserción sistemática de dilatadores de diferentes tamaños hasta que la mujer es capaz de aceptar el pene en la vagina sin incomodidad. Este tratamiento físico, combinado con el de cualquier problema identificado en la relación, son utilizados con éxito en la clínica Masters y Johnson (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

VARIACIONES EN ORIENTACIÓN SEXUAL

Homosexualidad

La actividad sexual se presenta en todas las culturas conocidas y en todas las especies de mamíferos que se han estudiado. El término **homosexualidad** se deriva de la raíz griega *homo* que significa “igual” y se refiere a la preferencia sexual para los individuos del mismo género. Puede aplicarse en forma general a homosexuales de ambos géneros, pero con frecuencia se utiliza para denotar la homosexualidad masculina. El término **lesbianismo** se utiliza para la homosexualidad femenina, se rastrea hasta la poeta griega Safo que vivió en la isla de Lesbos y es famosa por los poemas de amor que escribió para otra mujer. La mayoría de los homosexuales prefieren el término “gay” porque es menos despectivo al no poner énfasis en los aspectos sexuales de la orientación. En referencia a un heterosexual se utiliza la palabra “straight”.

La comunidad psiquiátrica no considera la homosexualidad consensual como trastorno mental. El concepto de homosexualidad como una alteración en la orientación sexual no aparece en el *DSM*. En cambio, el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) se interesa sólo cuando el individuo experimenta “angustia evidente y persistente sobre su orientación sexual”.

Muchos miembros de la cultura estadounidense desaprueban la homosexualidad. En una encuesta realizada por el *USA Today/CNN/GALLUP* en julio de 2003, 49% de éstos se opusieron a la homosexualidad como un “estilo de vida alternativo aceptable.” (*USA Today*, 2003). Algunos expertos creen que muchas actitudes hacia los homosexuales se describen como homofóbicas. La *homofobia* se define como una actitud negativa o miedo de la homosexualidad o a los homosexuales (King, 2005); que puede ser indicador de una profunda inseguridad en relación a su propia identidad de género. Los comportamientos homofóbicos incluyen prejuicios extremos en contra, o aborrecimiento o incomodidad sobre los homosexuales.

Estos comportamientos por lo general se racionalizan como argumentos religiosos, morales o legales.

Los patrones en las relaciones de los homosexuales son como en los heterosexuales. Algunos pueden permanecer con una sola pareja por largos períodos, incluso de por vida, mientras que otros prefieren tener compromisos, y “jugar en el campo” (tener muchas relaciones románticas y sexuales).

Nadie sabe con seguridad por qué las personas se convierten en homosexuales o heterosexuales. Se han propuesto varias teorías en relación a este tema, pero no se considera un factor etiológico único; sino muchos que contribuyen e influyen en el desarrollo de la orientación sexual.

Implicaciones Etiológicas

Teorías Biológicas

Un estudio de Bailey y Pillard (1991) reveló 52% de concordancia para la orientación homosexual en gemelos monocigóticos y 22% de gemelos dicigóticos. Estos datos fueron lo bastante significativos para sugerir la posibilidad de una característica heredable. Sadock y Sadock (2003) establecen lo siguiente:

Los hombres gay muestran una distribución familiar; tienen más hermanos gay que los hombres homosexuales. Un estudio encontró que 33 de 40 pares de hermanos gay comparten un marcador en la mitad inferior del cromosoma X (p. 698).

Algunos estudios realizados determinan si existe o no una influencia hormonal en la etiología de la homosexualidad. Se piensa que las concentraciones de testosterona pueden ser menores y las de estrógeno más elevadas en varones homosexuales que en heterosexuales. Los resultados son inconsistentes. También se sugiere que la exposición a concentraciones inapropiadas de andrógenos durante el periodo fetal de diferenciación sexual puede contribuir a la orientación homosexual. Esta hipótesis carece de evidencia definitiva, y las conclusiones en relación a su validez permanecen como intentos.

Teorías Psicosociales

Freud (1930) creía que todos los seres humanos son inherentemente bisexuales, con la capacidad por ambos heterosexuales y homosexuales. Él explicaba que todos los individuos pasan por una fase homoerótica de niños; por lo tanto, si la homosexualidad se presenta más tarde en la vida, se debe a una detención del desarrollo psicosexual normal. También creía que la homosexualidad podría ser resultado de relaciones familiares patológicas en las cuales el niño adopta una posición edípica negativa; o sea, hay

apego sexualizado al padre del mismo género e identificación con el padre del género opuesto.

Algunas teorías sugieren que un patrón familiar disfuncional puede tener una influencia etiológica en el desarrollo de la homosexualidad. Estas teorías “alimentan” el enfoque sobre la relación padre-hijo, y de manera específica, la relación con el padre del mismo género. Los hombres gay con frecuencia tienen una madre dominante y comprensiva, y un padre débil, remoto u hostil (Johnson, 2003). Las lesbianas pueden tener una relación madre-hija disfuncional. Pero ambos individuos tratan de satisfacer sus necesidades del mismo género a través de las relaciones sexuales.

Estas teorías de dinámica familiar han sido analizadas por algunos médicos que creen que los padres tienen poca influencia en el resultado de la orientación de sus hijos y la pareja sexual. Otros sugieren que no se puede obtener una sola explicación —que la orientación sexual puede resultar de una compleja interacción entre factores ambientales, cognitivos y anatómicos, moldeando a éste en una edad temprana (Johnson, 2003).

Temas Especiales

Las personas con preferencias homosexuales tienen problemas similares a los que presentan sus contrapartes heterosexuales. Las consideraciones de atracción, encontrar pareja e interés sobre suficiencia sexual son comunes en ambos. Las enfermedades de trasmisión sexual son epidémicas entre individuos sexualmente activos de todas las orientaciones sexuales. Es de particular interés el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (sida), considerado la “enfermedad gay” en los primeros años de la epidemia. El sida es una enfermedad viral fatal, que de manera inicial en el mundo occidental, fue transmitida en gran parte por homosexuales masculinos. Aunque se sabe que esta enfermedad se disemina por sangre contaminada, compartir agujas de consumidores de drogas, y contacto heterosexual, algunos individuos todavía creen que es la forma en que Dios castiga a los homosexuales; estas actitudes sociales son consideradas como una carga enorme.

Algunos individuos viven con el miedo de que se descubra su orientación sexual; temen que serán rechazados por padres y otras personas importantes para ellos. Experimentan un gran conflicto de disonancia cognitiva relacionada con la disparidad entre su comportamiento evidente y sus sentimientos. Todavía existen las sanciones sociales en algunas áreas para los homosexuales en relación al empleo, vivienda y posiciones públicas. La Comisión de Derechos Humanos protege a los homosexuales; sin embargo, todavía está muy diseminada la discriminación.

Otra área de interés para la comunidad gay es el asunto del matrimonio. En 45 estados de la Unión Americana,

tienen enmiendas constitucionales que prohíben el matrimonio gay o estatutos que prohíben las bodas entre personas del mismo sexo. Massachusetts es el único estado que ha legalizado el matrimonio entre individuos del mismo género. Los matrimonios del mismo sexo también son legales en ciertas áreas de Canadá, España, Países Bajos y Bélgica. Otros estados (p. ej., Vermont, California, Connecticut, New Jersey) y países (p. ej., Dinamarca, Francia, Noruega, Suecia, Alemania) ahora reconocen “las relaciones de pareja doméstica” o las “uniones civiles”, las cuales permiten que parejas del mismo sexo tengan los mismos beneficios financieros, de seguro y familiares por lo general se restringen a las parejas heterosexuales casadas.

Los oponentes del matrimonio entre personas del mismo sexo definen el matrimonio como una institución entre un hombre y una mujer. Discuten que la relación gay no es un ambiente óptimo en el cual se críen a los niños, y que va en contra del sistema de valores tradicionales estadounidenses. Además, muchas personas se oponen a la homosexualidad y al matrimonio gay basadas en sus creencias religiosas, las cuales incluyen lo siguiente: (1) la homosexualidad es equivocada porque incluye el sexo que no crea vida; (2) la homosexualidad es “antinatural” [Dios creó al hombre y a la mujer con las capacidades innatas para las relaciones sexuales que están distintivamente ausentes de la relación sexual con el mismo sexo]; y (3) que no se acepta [está prohibido] por la Biblia.

Quienes están a favor del matrimonio gay opinan que el asunto empieza con la igualdad, pura y simple. Creen que todas las parejas de adultos consensuales tienen los mismos derechos ante la ley. Citan la naturaleza natural real de matrimonio como un compromiso de unión (legal, social y personal) entre dos personas, también consideran que los individuos del mismo género tienen los mismos derechos de hacer tal compromiso con otra como lo hacen las parejas heterosexuales. En relación a la crianza de los niños, existen investigaciones que sugieren que tener un padre o madre homosexual no afecta la adaptación social del niño, el éxito en la escuela o la orientación sexual (Wainright, Russell y Patterson, 2004).

El personal de enfermería debe examinar sus actitudes personales y sentimientos sobre la homosexualidad; y reconocer cuando sentimientos negativos comprometen la atención que brindan. Un número creciente de homosexuales está siendo honesto con su orientación sexual. Los trabajadores en la atención a la salud deben asegurarse que estos individuos reciben atención con dignidad, la cual es un derecho de todos los seres humanos. El personal de enfermería que reconcilia sus propios sentimientos sobre la homosexualidad está más capacitado para separar la persona del comportamiento. La aceptación incondicional de cada individuo es un componente esencial de la atención compasiva.

Transexualismo

Es un trastorno de identidad o disforia de género (infelicidad o insatisfacción con el propio género) de la variedad más extrema. Un individuo, a pesar de tener características anatómicas de un género determinado, tiene una percepción propia de ser del género opuesto. Este trastorno es muy raro, con una prevalencia de 1 en 30 000 para varones y de 1 en 100 000 para mujeres (Andreasen y Black, 2006).

El *DSM-IV-TR* no identifica el transexualismo como un trastorno específico, se discute como una categoría más amplia de *trastorno de identidad de género*; sin embargo, éste se incluyó en la décima revisión de la *International Classification of Disease (ICD-10)* [Clasificación Internacional de Enfermedades].

Los individuos con este trastorno no se sienten cómodos usando ropas asignadas a su género y con frecuencia se travisten. Pueden encontrar sus propios genitales como repulsivos y en repetidas ocasiones hacen peticiones al sistema de atención a la salud por reasignación hormonal y quirúrgica de género. Con frecuencia presentan depresión y ansiedad por la incapacidad para vivir en la función del género deseado.

Implicaciones Etiológicas

Teorías Biológicas

Se han realizado varios estudios para determinar si las concentraciones hormonales son anormales en individuos con disforia de género. En algunos estudios, se encontraron concentraciones bajas de testosterona en varones transexuales, y concentraciones anormalmente elevadas de testosterona en mujeres transexuales, pero fueron inconsistentes (Becker y Johnson, 2003).

Como en la homosexualidad, se especula que los individuos con trastorno de género pueden haber sido expuestos a hormonas inapropiadas durante el periodo prenatal, lo que provoca que una mujer o varón tengan cualidades y percepción del género opuesto. Sin embargo, la evidencia de exposición prenatal a estas hormonas que predispone a la transexualidad no es concluyente.

Teorías Psicosociales

En general se acepta que el transexualismo tiene orígenes fisiológicos. Sin embargo, algunos médicos creen que la etiología se basa en una combinación de factores biológicos y ambientales, en particular de dinámica familiar.

El tratamiento de la persona transexual es un proceso complejo. El verdadero transexual desea de manera intensa tener genitales y apariencia física del género asignado, transformado para conformar su identidad de género. Este cambio requiere de un gran trabajo de cirugía para alterar

las características físicas. En el mayor número de los casos, el individuo debe pasar por una extensa prueba psicológica y orientación, como también vivir en el papel del género deseado por más de dos años antes de la cirugía.

El tratamiento hormonal se inicia durante este periodo. Los pacientes masculinos reciben estrógeno, lo que ocasiona la redistribución de la grasa a un patrón más “femenino”, agrandamiento de las mamas, se suaviza la piel y se reduce el vello corporal. Las mujeres reciben testosterona, que también provoca redistribución de la grasa corporal, crecimiento del vello facial y corporal, agrandamiento del clítoris y la voz se hace más grave (Becker y Johnson, 2003). La amenorrea se presenta en pocos meses.

El tratamiento quirúrgico para los transexuales masculino-a-femenino incluye retirar el pene y testículos y crear una vagina artificial. Se debe tener cuidado en preservar los nervios en el área para que el individuo experimente la estimulación sexual.

El tratamiento quirúrgico para el transexual femenino-a-masculino es más complejo. Se realiza una mastectomía y algunas veces histerectomía. Se construye un pene y escroto de los tejidos en los genitales y área abdominal, y se cierra el orificio de la vagina. Se utiliza un implante para tener erección.

Ambos géneros continúan recibiendo terapia hormonal de mantenimiento después de la cirugía. La satisfacción con los resultados es alta, y se debe considerar que el dolor y la incomodidad valen la pena. Sadock y Sadock (2003) explican:

Los resultados de los estudios son muy variables en términos de cómo se identifica y se mide el éxito (por ejemplo, relaciones sexuales exitosas e imagen corporal satisfactoria). Alrededor de 70% de varones-a-mujeres y 80% de mujeres-a-varones reasignados por cirugía mencionan resultados satisfactorios (p. 737).

La atención de enfermería del paciente después de la reasignación sexual posquirúrgica requiere atención especial mantener la comodidad, prevenir infecciones, preservar la integridad del sitio quirúrgico, mantener la eliminación y satisfacer las necesidades nutricionales. Las necesidades psicosociales tienen relación con la imagen corporal, los temores e inseguridades para relacionarse con otras personas, y ser aceptado en la nueva función de género. Satisfacer estas necesidades puede empezar con la enfermera en una atmósfera no amenazante y sin juicios.

Bisexualidad

Una persona bisexual, no es heterosexual, ni homosexual exclusivamente; se involucra en actividad sexual con miembros de ambos géneros. Algunas veces se les llama ambisexuales.

La bisexualidad es más común que la homosexualidad. Las estadísticas sugieren que alrededor de 75% de todos los varones son heterosexuales y sólo 2% son homosexuales, lo que deja un gran porcentaje de personas con actividad sexual en ambos sexos.

Existe una gran diversidad de preferencias sexuales entre los bisexuales. Algunos individuos prefieren varones y mujeres por igual, mientras que otros tienen mayor preferencia por un género, pero también aceptan la actividad sexual con el otro. Ambos bisexuales pueden alternar entre largos períodos de actividad homosexual y heterosexual; otros pueden tener un amante masculino y otro femenino al mismo tiempo. Mientras que algunos individuos mantienen su orientación bisexual durante toda la vida, otros pueden convertirse en homosexuales o heterosexuales exclusivamente.

Implicaciones Etiológicas

Existe poca información en la etiología de la bisexualidad. Como se estableció con anterioridad, Freud (1930) creía que todos los individuos son inherentemente bisexuales; es decir, creía que todos tienen la capacidad de tener interacciones heterosexuales u homosexuales.

Queda mucha investigación por hacer sobre el desarrollo de la homosexualidad en la hipótesis sobre la presunción de cómo se determinan las afecciones patológicas en la niñez. Muchos individuos heterosexuales, tuvieron su primer encuentro homosexual tarde. No parece que un encuentro homosexual inicial que ocurra en los 30 o 40 años de edad se determine por una afección patológica que ocurrió cuando el individuo tenía tres o cuatro años de edad. Algunos encuentros, también se basan en una sola situación, como un varón heterosexual que se involucra en un comportamiento homosexual mientras está en prisión y después regresa a la heterosexualidad al ser liberado. Parece que este comportamiento se determina por las circunstancias y no por un proceso patológico que se presentara en la niñez.

La identidad de género (determinar si se es varón o mujer) se establece por lo general a la edad de dos a tres años. La identidad sexual (determinar si se es heterosexual, homosexual o ambos) puede continuar evolucionando a lo largo de la vida del sujeto.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones contraídas de manera primaria a través de actividades sexuales o contacto íntimo con los genitales, boca, o recto de otro individuo (Cook, 2003). Pueden ser trans-

mitidas de una persona a otra por medio de contacto heterosexual u homosexual, y puede o no haber signos patológicos evidentes.

En Estados Unidos las ETS son epidémicas. Las personas tienen vida sexual activa a una edad temprana. Los cambios sociales que pueden contribuir al aumento de este tipo de padecimientos se refieren como las tres P: permisividad, promiscuidad y la píldora. El amplio conocimiento de que los antibióticos están disponibles para curar infecciones y la disponibilidad de la píldora para prevenir el embarazo, provocan aumentos significativos de la promiscuidad y la subsecuente exposición y diseminación de enfermedades venéreas.

Una responsabilidad primaria de enfermería en el control de las ETS es la educación para prevenir dichos padecimientos. Las enfermeras deben saber qué enfermedades tienen mayor prevalencia, cómo se transmiten, signos y síntomas, tratamiento disponible y consecuencias de no tratarlas (cuadro 19-3), proporcionar esta información a los pacientes en los hospitales y clínicas y tomar un papel activo en programas de educación en la comunidad. La educación temprana es importante para disminuir las diseminaciones de las ETS.

Las enfermedades venéreas tienen una particular significancia emotiva debido a que se transmiten entre parejas sexuales. De manera consecuente, estas enfermedades tienen fuertes connotaciones de sexo ilícito y considerable estigma social, así como enfermedades con consecuencias abrumadoras. Estos individuos necesitan mucho apoyo, no sólo por las dificultades físicas sino por las sociales y emocionales.

La prevención de las enfermedades de transmisión sexual es el objetivo ideal, pero la detección temprana y el tratamiento apropiado continúan siendo considerados como objetivo realista. Las enfermeras están en excelente posición para proporcionar la educación requerida para la prevención, además del tratamiento físico y el apoyo social y emocional para ayudar a que los enfermos recobren y mantengan su bienestar óptimo.

RESUMEN

Este capítulo proporciona información relacionada con el desarrollo de la sexualidad a lo largo del ciclo de vida. Los patrones normales de respuesta sexual se describen en un esfuerzo por proporcionar información para el reconocimiento y tratamiento de trastornos sexuales.

El *DSM-IV-TR* identifica dos categorías de estos trastornos: parafilia y disfunciones sexuales. Las parafilias son un grupo de comportamientos que incluyen actividad sexual con objetos no humanos o con parejas sin su consentimiento o que involucran el sufrimiento de otras per-

CUADRO 19 – 3 Enfermedades de Transmisión Sexual

Enfermedad	Organismo de la Transmisión	Medio de Transmisión	Signos y Síntomas	Tratamiento Disponible	Complicaciones Potenciales
Gonorrrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (bacteria)	Sexo vaginal; sexo anal; sexo oral-genital; a través de la mano humedecida con secreciones infectadas y puesta en contacto con membranas mucosas (por ejemplo, los ojos).	Hombres: uretritis; disuria, descarga uretral purulenta; proctitis; faringitis. Mujeres: inicialmente asintomática. Progresa a infección de cuello uterino, uretra y trompas de Falopio.	Ceftriaxona, cefixima, ciprofloxacino, ofloxacino.	Hombres: esterilidad por orquitis o epididimitis Mujeres: enfermedad pélvica inflamatoria crónica, infertilidad, embarazo ectópico, ceguera por conjuntivitis gonocócica.
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i> (espiroqueta)	Sexo vaginal; sexo anal; sexo oral-genital; a través del contacto con secreciones infectadas con membranas mucosas intactas o con piel rasguñada o lesionada.	Etapa primaria: chancre indoloro en el pene, vulva, vagina, boca, ano u otro punto de contacto con membranas mucosas o piel desgastada. Etapa secundaria: sarpullido, dolor de cabeza, anorexia, pérdida de peso, fiebre, dolor de garganta, dolores del cuerpo, anemia.	Penicilina G efecto prolongado, tetraciclina, eritromicina, ceftriaxona.	Etapa latente: dura muchos años, no hay síntomas, pero puede transferirse al feto. Etapa terciaria: ceguera, enfermedad cardíaca, demencia; lesiones ulceradas en la piel, membranas mucosas u órganos internos.
Infecciones por Chlamydia	<i>Chlamydia trachomatis</i> (bacteria intracelular)	Sexo vaginal; sexo anal; a través de la mano humedecida con secreciones infectadas y puesta en contacto con membranas mucosas.	Mujeres: cervicitis (puede ser asintomática o puede presentar secreción, disuria, dolor, hemorragia). Hombres: secreción uretral y disuria.	Tetraciclina, eritromicina, azitromicina.	Cicatrización en las trompas de Falopio, embarazo ectópico, infertilidad.
Herpes genital	Virus del herpes simple, tipo 1 o tipo 2	Sexo vaginal; sexo anal; sexo oral-genital; contacto piel a piel con áreas infectadas; al recién nacido a través del parto vaginal.	Dolor causado por lesiones ampollosas en el área genital, irritación, picazón. También secreción vaginal o uretral, fiebre, dolor de cabeza, malestar y mialgias.	No hay cura. El tratamiento es paliativo con aciclovir, valaciclovir o famaciclovir.	Las reapariciones son posibles. Las complicaciones potenciales incluyen: meningitis, encefalitis, constricciones uretrales. Riesgo posible de cáncer cervicouterino.
Verrugas genitales	<i>Condyloma acuminatum</i> (virus de papiloma humano)	Sexo vaginal; sexo anal; contacto piel a piel con áreas infectadas.	Verrugas en coliflor que aparecen en el pene o escroto en los hombres, y en los labios, paredes vaginales o cuello uterino. Puede aparecer irritación leve.	Aplicación de 5-fluorouracilo (5-FU) o podofilina, crioterapia, electrocautero, extirpación quirúrgica. Ahora hay una vacuna disponible contra las variedades graves del virus.	Las reapariciones son posibles. Riesgo posible incrementado de cáncer cervicouterino.
Hepatitis B	Virus de hepatitis B	Sexo vaginal; sexo anal; sexo oral-genital; contacto con sangre o productos de la sangre infectada.	Malestar, anorexia, náusea/vómito, fiebre, dolor de cabeza, dolor suave en el cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia.	No hay cura. El tratamiento incluye atención de apoyo, reposo en cama por un periodo prolongado. Los medicamentos por lo general no son útiles.	Las complicaciones incluyen hepatitis crónica, cirrosis, cáncer del hígado.

(continúa)

CUADRO 19 – 3 Enfermedades de Transmisión Sexual (*continuación*)

Enfermedad	Organismo de la Transmisión	Medio de Transmisión	Signos y Síntomas	Tratamiento Disponible	Complicaciones Potenciales
Sida	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Intercambio de fluidos corporales a través de: sexo anal, sexo vaginal, sexo oral, uso compartido de agujas al utilizar drogas. Contacto piel a piel cuando hay úlceras o llagas en la piel. Transfusión con sangre contaminada. Transmisión perinatal: durante el parto y a través de la lactancia.	Puede ser asintomática por 10 o más años siguiendo la infección con VIH. Los signos tempranos del sida incluyen pérdida de peso grave, diarrea, fiebre, transpiraciones nocturnas o presencia de una infección oportunista persistente (por ejemplo, herpes o candidiasis).	No hay cura: medicamento antirretroviral utilizado para retardar el crecimiento del virus. Otros medicamentos son prescritos para el alivio sintomático y para tratar las infecciones oportunistas.	A pesar del tratamiento, el sida es eventualmente fatal. Nuevos medicamentos han incrementado el tiempo del diagnóstico hasta la muerte, y continúan las investigaciones sobre fármacos para el tratamiento y el desarrollo de vacunas.

sonas. Los tipos de parafilias incluyen exhibicionismo, fetichismo, froteurismo, pedofilia, masoquismo, sadismo sexual y voyeurismo.

Las disfunciones sexuales son alteraciones que ocurren en cualquiera de las fases del ciclo de respuesta sexual normal. Éstos incluyen trastornos de deseo sexual, de excitación, orgásmicos y de dolor.

Se presentan implicaciones etiológicas y sintomatología para cada uno de estos padecimientos, así como datos de valoración, antecedentes y una guía de contenido para obtener una historia sexual. Se describe la atención de enfermería en el contexto del proceso de enfermería.

Se expone una descripción de modalidades de tratamiento médico actual para cada uno de los trastornos. También se discuten variaciones en la orientación sexual,

que incluyen la homosexualidad, transexualismo y bisexualidad. Por último, se proporciona información en la transmisión, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones potenciales de las enfermedades de transmisión sexual prevalentes como material para programas de educación calificadas para disminuir la diseminación de estos padecimientos.

La sexualidad influye en todos los aspectos de la salud física y mental. Los pacientes son más abiertos a discutir asuntos de índole sexual, y es, por lo tanto, importante para las enfermedades integrar información sobre sexualidad para dar atención profesional. Esto se puede hacer con un enfoque de prevención, terapéutico, educativo para ayudar a los individuos en alcanzar, conservar y mantener su bienestar sexual.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. Janice, de 24 años de edad, y su marido buscan tratamiento en la clínica de terapia sexual. Han estado casados por tres semanas y nunca han tenido relaciones sexuales. El dolor y la estrechez vaginal evitan la penetración. La historia sexual revela que Janice fue violada cuando tenía 15 años de edad. ¿Cuál sería el diagnóstico del médico para ella?
 - a. Dispareunia.
 - b. Vaginismo.
 - c. Anorgasmia.
 - d. Trastorno de aversión sexual.
2. El diagnóstico de enfermería más apropiado para Janice sería:
 - a. Dolor relacionado con constricción vaginal.
 - b. Patrones de sexualidad alterada relacionada con la incapacidad de tener relaciones vaginales.
 - c. Disfunción sexual relacionada con la historia de trauma sexual.
 - d. Duelo complicado relacionado con la pérdida de autoestima por la violación.
3. La primera fase del tratamiento puede iniciarse a través del personal de enfermería. ¿Cuál de los siguientes tratamientos intentaría?
 - a. Ejercicios de foco sensato.
 - b. Ejercicios de tensión y relajación.
 - c. Desensibilización sistemática.
 - d. Educación sobre el trastorno.
4. La segunda fase del tratamiento incluye lo siguiente.
 - a. Dilatación gradual de la vagina.
 - b. Ejercicios de foco sensato.
 - c. Hipnoterapia.
 - d. Administración de tranquilizantes menores.
5. Desde el punto de vista estadístico, el resultado de la terapia para Janice y su esposo sería:
 - a. No exitoso.
 - b. Muy exitoso.
 - c. De muy larga duración.
 - d. Resultaría en divorcio.

Relacione cada una de las parafilias enlistadas en la izquierda con su correcta descripción de comportamiento de la columna de la derecha:

- | | |
|--------------------------------|--|
| ____ 6. Exhibicionismo | a. Tom observa a su vecina a través de la ventana cada noche cuando se desviste para acostarse. Más tarde fantasea sobre tener relaciones sexuales con ella. |
| ____ 7. Fetichismo trasvestico | b. Frank va manejando su automóvil y se acerca a una mujer, la detiene y le pregunta por una dirección. Cuando ella le explica, él le muestra su pene erecto. |
| ____ 8. Voyeurismo | c. Tim, de 17 años de edad, cuida a su vecino Jeff de 11 años. Hace seis meses, Tim empezó a acariciar los genitales de Jeff. En la actualidad ambos se masturban de manera mutua cada vez que están juntos. |

- 9. Froteurismo
- 10. Pedofilia
- d. John tiene 32 años de edad. Compra ropa de mujer en el local de descuento. Algunas veces se viste como una mujer y va a bares para solteros. Se excita sexualmente y fantasea con los hombres con los que se siente atraído como mujer.
- e. Fred se sube a un tren subterráneo lleno. Se para junto a una mujer que él ve muy atractiva. Cuando el tren se va a detener, él coloca su mano en sus pechos y roza sus genitales contra el trasero de ella. Cuando las puertas se abren, él se escabulle. Más tarde fantasea que la mujer está enamorada de él.

Pruebe sus HABILIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO

Linda fue hospitalizada por depresión en la unidad psiquiátrica. Durante la entrevista de valoración de enfermería, ella comentó: "Según mi marido, no puedo hacer nada bien —ni siquiera tener sexo." Cuando pidió que le explicara, Linda le dijo que al principio, tenían una relación sexual muy satisfactoria y "hacían el amor" dos o tres veces a la semana. Su hija nació después de dos años de casados, dos años después nació su hijo. Ahora son adolescentes (tienen 15 y 13 años de edad), quienes, como dijo Linda le demandan mucho tiempo y energía. Ella dice: "Estoy demasiado cansada para el sexo. Y además los chicos pueden escuchar. Me sentiría muy avergonzada si lo hicieran. Una vez entre al cuarto de mis padres cuando lo estaban haciendo cuando era una adolescente, ¡y pensé que me

moría! Y mis padres nunca lo mencionaron. ¡Es como si nunca hubiera sucedido! ¡Fue horrible! Pero el sexo es tan importante para mi marido, y no hemos tenido sexo en meses. Discutimos todo el tiempo sobre eso. ¡Tengo miedo de que nos vayamos a separar!"

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Linda:

1. ¿Cuál sería el primer diagnóstico de enfermería para Linda?
2. ¿Qué intervenciones podría incluir en el plan de tratamiento para Linda?
3. ¿Cuál sería un objetivo realista por el cual Linda podría esforzarse?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

Bacon, C.G., Mittleman, M.A., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D.B. y Rimm, E.B. (2003). Función sexual en hombres mayores de 50 años de edad: Resultados de un estudio de seguimiento de profesionales de la salud. *Annals of Internal Medicine*, 139:161-168.

Descripción del estudio: El propósito del Estudio de Seguimiento de Profesionales de la Salud fue describir la relación entre edad y varios aspectos del funcionamiento sexual en varones mayores de 50 años de edad. Los participantes incluyeron 31 742 hombres: dentistas, optometristas, osteópatas, podiatras, farmacéuticos y veterinarios, en Estados Unidos. Los participantes recibieron por correo cuestionarios cada dos años entre 1986 y 2000. Los límites de edad de los participantes fueron de 53 a 90 años. Las mediciones de función sexual incluyeron la capacidad de tener y mantener una erección adecuada para las relaciones sexuales, deseo sexual y capacidad para llegar al orgasmo. Los comportamientos de salud modificables independientes consideraban actividad física, fumar, obesidad, consumo de alcohol y estilo de vida sedentario (medido por horas de ver televisión).

Resultados del estudio. Los resultados de este estudio refuerzan investigaciones previas que vinculan disfunción sexual con

edad, ciertos procesos de enfermedad (p. ej., diabetes, cáncer, apoplejía e hipertensión) y medicamentos (p. ej., antidepresores; bloqueadores beta). Este estudio también se enfocó de manera más específica a la correlación entre disfunción sexual y factores de riesgo modificables e independientes. Un factor de riesgo elevado de disfunción sexual se relacionó con obesidad, estilo de vida sedentario, fumar y exceso en el consumo de alcohol. El ejercicio físico regular (>32 h metabólicas equivalentes por semana), estar delgado, consumo moderado de alcohol, y no fumar fueron estadísticamente significativos en la disminución del riesgo.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Este estudio tiene fuertes implicaciones para la enfermería en términos de educar a los varones de más de 50 años de edad sobre los factores que contribuyen a la disfunción sexual. El establecimiento y actividades para la reducción de peso (incluso programas de ejercicio regular) y dejar de fumar están dentro de los objetivos de la práctica de enfermería. Las enfermeras pueden intervenir para ayudar a los pacientes con la modificación de comportamiento para alcanzar y mantener el bienestar sexual.

R E F E R E N C I A S

- Administration on Aging. (2005). *A profile of older Americans: 2004*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Altman, A., & Hanfling, S. (2003). *Sexuality in midlife and beyond*. Boston, MA: Harvard Health Publications.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). *Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bailey, J.M., & Pillard, R.C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry* 48, 1089–1096.
- Becker, J.V., & Johnson, B.R. (2003). Sexual and gender identity disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bell, R. (1998). *Changing bodies, changing lives* (3rd ed.). New York: Random House.
- Berman, J., & Berman, L. (2001). *For women only: A revolutionary guide to overcoming sexual dysfunction and reclaiming your sex life*. New York: Henry Holt.
- Brosman, S.A., & Leslie, S.W. (2006). Erectile dysfunction. Retrieved March 26, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic3023.htm>
- Clayton, A.H. (2002). Sexual dysfunction. In S.G. Kornstein & A.H. Clayton (Eds.), *Women's mental health*. New York: The Guilford Press.
- Cook, L.H. (2003). Nursing care of patients with sexually transmitted diseases. In L.S. Williams & P.D. Hopper (Eds.), *Understanding medical surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Dreyfus, E.A. (1998). *Sexuality and sex therapy: When there is sexual dysfunction*. Retrieved March 26, 2007 from <http://www.shpm.com/articles/sex.sexther2.html>
- Johnson, R.D. (2003). Homosexuality: Nature or nurture. *AllPsych Journal*. Retrieved March 26, 2007 from <http://allpsych.com/journal/homosexuality.html>
- King B.M. (2005). *Human Sexuality Today* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Leiblum, S.R. (1999). Sexual problems and dysfunction: Epidemiology, classification, and risk factors. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, 2(5), 41–45.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., & Kolodny, R.C. (1995). *Human sexuality* (5th ed.). New York: Addison Wesley Longman.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Nappi, R., Salonia, A., Traish, A.M., vanLunsen, R.H.W., Vardi, Y., Kodigulu, A., & Goldstein, I. (2005). Clinical biologic pathophysiology of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 4–25.
- Noviasky, J.A., Masood, A., & Lo, V. (2004, July 15). Tadalafil for erectile dysfunction. *American Family Physician*, 70(2), 359.
- Phillips, N.A. (2000, July 1). Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, 62(1), 127–136, 141–142.
- Rhodes, J.C., Kjerulff, K.H., Langenberg, P.W., & Guzinski, G.M. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. *Journal of the American Medical Association*, 282(20), 1934–1941.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., & Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949–958.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shenenberger, D., & Knee, T. (2005). Hyperprolactinemia. Retrieved March 26, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic1098.htm>
- Spear, J. (2001). Changing attitudes towards sex. *Gale Encyclopedia of Psychology* (2nd ed.). Retrieved March 26, 2007 from http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2699/is_0003/ai_269900313
- USA Today. (2003). *Poll shows backlash on gay issues*. Retrieved March 26, 2007 from http://www.usatoday.com/news/washington/2003-07-28-poll_x.htm
- Wainright, J.L., Russell, S.T., & Patterson, C.J. (2004). Psychosocial adjustment, school outcomes, and romantic relationships of adolescents with same-sex parents. *Child Development*, 75(6), 1886–1898.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Freud, S. (1930). *Three contributions to the theory of sex* (4th ed.). New York: Nervous and Mental Disease Publishing.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.



R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea de trastornos sexuales en:

- <http://www.sexualhealth.com/>
- <http://www.priory.com/sex.htm>
- <http://www.emedicine.com/med/topic3439.htm>
- <http://www.emedicine.com/med/topic3127.htm>

Se puede encontrar información adicional en línea de enfermedades de transmisión sexual en:

- <http://www.cdc.gov/std/>
- <http://www.niaid.nih.gov/publications/stds.htm>

20

CAPÍTULO

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

APLICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ENFERMERÍA

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

amenorrea
anorexia nerviosa
anoréxicos

atracones
bulimia nerviosa
emaciados

obesidad
purga

anorexia

bulimia

imagen corporal

CONCEPTOS CENTRALES

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

- Identificar y diferenciar entre varios trastornos de alimentación.
- Discutir las estadísticas epidemiológicas relacionadas con trastornos de alimentación.
- Describir la sintomatología con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y el uso de la información en la valoración del paciente.
- Identificar implicaciones etiológicas en el desarrollo de trastornos de alimentación.
- Formular diagnósticos de enfermería y resultado de atención a pacientes con algunos de estos trastornos.
- Describir las intervenciones apropiadas para los comportamientos relacionados con trastornos de alimentación.
- Identificar temas importantes para el paciente y la familia sobre estos padecimientos.
- Evaluar la atención de enfermería de pacientes con trastornos de alimentación.
- Discutir varias modalidades relevantes para el tratamiento de estos padecimientos.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es una de las funciones necesarias para el sostenimiento de la vida, y los nutrientes que requerimos para ello se adquieren de la comida; sin embargo, la nutrición y dicho sostenimiento no son las únicas razones por las cuales nos alimentamos. De hecho, en una cultura desarrollada el sostenimiento de la vida ni siquiera tiene consideración. Algunas veces es difícil recordar que muchas personas dentro de esta poderosa cultura estadounidense, como en todo el mundo, existen personas que mueren de hambre.

En el hipotálamo se encuentra el centro de regulación del apetito. Este sistema neural complejo regula la capacidad corporal para reconocer cuándo se tiene hambre y cuándo se está saciado. Halmi (2003) explica:

En la actualidad se sabe que el comportamiento de alimentación refleja una interacción entre el estado fisiológico del organismo y las condiciones ambientales. Las variables fisiológicas destacadas incluyen el equilibrio de varios neuropéptidos y neurotransmisores, estado metabólico, índice metabólico, aparato gastrointestinal, cantidad de tejido de almacenamiento, y receptores sensoriales para gusto y olfato. Las condiciones ambientales se consideran características del alimento como gusto, textura, novedad, accesibilidad, y composición nutricional y otras condiciones externas como temperatura del ambiente, presencia de otras personas y estrés (p. 1 001).

La sociedad y la cultura están muy involucradas en los comportamientos de alimentación. Comer es una actividad social, casi ningún evento social importante ocurre sin la presencia de la comida. Incluso, la sociedad y la cultura también influyen en cómo se ven físicamente las personas (en particular las mujeres). La historia revela que existe una fluctuación regular de los aspectos considerados deseables por la sociedad en el cuerpo femenino. Los archivos y las pinturas históricas de los siglos XVI y XVII revelan que las mujeres de moda y atractivas eran las regordetas y de figura llena. En la era victoriana, la belleza se caracterizaba por una apariencia esbelta y pálida que continuó hasta la era *flapper* (altas, delgadas y atléticas) de los años 20. Durante la depresión y la Segunda Guerra Mundial, se volvió a admirar a la mujer de cuerpo relleno, sólo para ser sustituido a finales de la década de 1960 por la imagen de las modelos superdelgadas propagada de los medios, la cual sigue siendo el ideal hasta nuestros días. Como se ha dicho: “Una mujer nunca será demasiado rica ni demasiado delgada”. Los trastornos de alimentación, como bien se sabe, pueden exigir su cuota.

Este capítulo explora los trastornos relacionados con la sobrealimentación y el no comer. Debido a factores psicológicos y de comportamiento tienen una participación potencial en la presentación de estos trastornos, corresponden al campo de la psiquiatría y enfermería psiquiátrica.

Se presentan las estadísticas epidemiológicas, además de factores predisponentes que se ven implicados en la etiología nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Se plantea una explicación de la sintomatología como antecedentes de conocimiento para la valoración del paciente con alguno de estos trastornos; además de la atención de enfermería descrita en el contexto del proceso de enfermería y varias modalidades de tratamiento.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia de la **anorexia nerviosa** se incrementó en los últimos 30 años tanto en Estados Unidos como en el oeste de Europa (Halmi, 2003). Hay estudios que indican un índice de prevalencia entre mujeres jóvenes en Estados Unidos de alrededor de 1% (Andreasen y Black, 2006). La anorexia nerviosa se presenta de manera predominante en mujeres entre las edades de 12 y 30 años. Menos de 10% de los casos son varones (*American Psychiatric Association* [APA], 2000). Antes se pensaba que la anorexia nerviosa tenía mayor prevalencia en las clases socioeconómicas altas, pero no hay suficiente evidencia de esto.

La **bulimia nerviosa** tiene mayor prevalencia; se estima en 4% de las mujeres jóvenes (Andreasen y Black, 2006). El inicio de este trastorno se presenta durante la adolescencia o juventud temprana. Las investigaciones transculturales sugieren que la bulimia ocurre en sociedades que hacen énfasis en la esbeltez como modelo atractivo para las mujeres y donde abunda el alimento (Bryant-Waugh y Lask, 2004).

La **obesidad** se define como el índice de masa corporal (IMC) (peso/estatura²) de 30 o más. En Estados Unidos, las estadísticas indican que entre los adultos de 20 años de edad en adelante, 61% tiene sobrepeso, con 27% de éstos en el límite de obesos (*National Center for Health Services* [NCHS], 2006). La obesidad es más común en mujeres de raza negra que en blancas y más frecuente en varones blancos que en negros. La prevalencia entre las clases socioeconómicas bajas es seis veces mayor que en las altas, y existe una relación inversa entre obesidad y nivel de educación (*American Obesity Association* [AOA], 2005a). En 2002 (las últimas cantidades disponibles de los *Centers for Disease Control and Prevention*), 4.7% de la población adulta en Estados Unidos está en la categoría de obesidad “mórbida”, la




Concepto Central
Imagen corporal

Un concepto subjetivo de la apariencia física de sí mismo basada en las percepciones personales y las reacciones de los demás.

cual se define por el *National Institutes of Health* con IMC mayor de 40 (AOA, 2005b).

APLICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ENFERMERÍA

Valoración de Antecedentes (Anorexia Nerviosa)

La anorexia nerviosa se caracteriza por un temor mórbido de obesidad. Los síntomas consisten en gran distorsión de la imagen corporal, preocupación por la comida y rechazo a tomar alimentos. El término *anorexia* es en realidad un nombre equivocado, en un principio se pensaba que los anoréxicos no experimentaban sensaciones de hambre; sin embargo, las investigaciones indican que sufren punzadas de hambre, y que sólo con ingestión de menos de 200 calorías al día cesan las sensaciones de hambre.

La distorsión en la imagen corporal se manifiesta por la percepción del individuo de estar “gordo” cuando es obvio que está por debajo de su peso o incluso **emaciado**. La pérdida de peso por lo general se consigue por reducción de la ingestión de alimentos y ejercicio excesivo. También se recurre al vómito y al abuso de laxantes o diuréticos.

La pérdida de peso es obvia. Por ejemplo, el individuo puede presentarse a los servicios de salud con un peso menor al 85% del peso esperado. Otros síntomas incluyen hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo y cambios metabólicos. Es común que a la pérdida de peso le siga la **amenorrea**, pero en algunos casos es a la inversa (APA, 2000).

Puede existir una obsesión por la comida; es decir, estos individuos acumulan u ocultan víveres, hablan de alimentos y recetas de cocina, o preparan platillos elaborados para otras personas, pero se restringen a cantidades limitadas de ingestión de bajas calorías. También se presentan los comportamientos compulsivos, como lavarse las manos.

La edad de inicio en general es al principio o finales de la adolescencia. Se considera que se presenta en alrededor de 1% de las adolescentes y es 10 veces más común en

RECUADRO 20-1 Criterios de Diagnóstico para Anorexia Nerviosa

- A. Rechaza mantener el peso corporal dentro o por encima del peso ideal para la edad y la estatura (p. ej., la pérdida de peso conduce a conservar el peso corporal menor que 85% de lo esperado).
- B. El temor intenso de subir de peso o engordar, aunque esté por debajo de su peso.
- C. La alteración en la forma en que se experimenta el peso y la imagen corporal, influencia del peso excesiva o forma del cuerpo en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso.
- D. En mujeres después de la menarca, se presenta amenorrea (por ejemplo, aplicar estrógeno).

Especifique el tipo:

Tipo restrictivo: Durante el presente episodio de anorexia nerviosa, la persona no come de manera compulsiva ni se purga (se induce el vómito o utiliza laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo comer en exceso/purgarse: Durante el presente episodio de anorexia nerviosa, la persona come de manera convulsiva o se purga (vómito autoinducido o utiliza laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente: De *American Psychiatric Association* (2000), con permiso.

mujeres que en varones (Andreasen y Black, 2006). Además el desarrollo psicossexual por lo general se retrasa.

De manera habitual sentimientos de depresión y ansiedad acompañan este trastorno. De hecho, algunos estudios sugieren una posible interrelación entre trastornos de alimentación y trastornos afectivos. En el recuadro 20-1 se resumen los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (APA, 2000) para la anorexia nerviosa.

Valoración de Antecedentes (Bulimia Nerviosa)

Este trastorno consiste en episodios de ingestión rápida, compulsiva, no de grandes cantidades de alimento en cortos períodos (**atracones**), seguidos de comportamientos inapropiados de compensación para librarse del exceso de calorías. El alimento consumido durante los atracones tiene un alto contenido calórico, de sabor dulce, de textura suave y blanda para comer con rapidez, algunas veces sin tener que masticar (Sadock y Sadock, 2003). Los epi-


Concepto Central
Bulimia

Apetito excesivo, insaciable.

sodios de comer en exceso en general son en secreto y terminan cuando hay malestar abdominal, sueño, interrupción social o porque se inducen el vómito. Aunque en el momento los atracones provocan placer, después siguen sentimientos de autodegradación y ánimo depresivo.

Para eliminar el exceso de calorías, el individuo tiene comportamientos para **purgarse** (se inducen el vómito, o utilizan de manera indebida laxantes, diuréticos o enemas) u otros comportamientos compensatorios inapropiados como ayunar o hacer ejercicio en exceso. Se observa una preocupación persistente por la apariencia personal, en particular en relación con cómo lo perciben los demás. Las fluctuaciones de peso son comunes por las comidas y ayunos alternados. Sin embargo, la mayoría de las personas con bulimia están dentro del peso normal —algunos ligeramente por debajo, o por arriba de su peso.

El vómito excesivo y el abuso de laxantes/diuréticos puede provocar problemas de deshidratación y desequilibrio de electrolitos; el ácido gástrico del vómito contribuye también a la erosión del esmalte de los dientes, y en ocasiones, el individuo puede experimentar fisuras de la mucosa gástrica o esofágica.

Algunas personas con este padecimiento sufren de trastornos de ánimo, de ansiedad, dependencia o abuso de sustancias y con mayor frecuencia de anfetaminas o alcohol (APA, 2000). Los criterios de diagnóstico para la bulimia nerviosa se presentan en el recuadro 20-2.

Implicaciones Etiológicas para Anorexia Nerviosa y Bulimia

Influencias Biológicas

Genéticas

Existe la hipótesis de una predisposición hereditaria para los trastornos de alimentación con base en las historias de familia y una relación aparente con otros trastornos, para los cuales hay influencias genéticas. La anorexia nerviosa es más común entre hermanas y madres que entre la población general. Varios estudios mencionan una frecuencia mayor de la esperada de trastornos de ánimo entre los parientes biológicos de individuos con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, de abuso de sustancias y dependencia en parientes de sujetos con bulimia nerviosa (APA, 2000).

Anomalías Neuroendocrinas

Se especula de una disfunción hipotalámica primaria en anorexia nerviosa. Los estudios consistentes con esta teoría revelan concentraciones de cortisol en el líquido cefalorraquídeo, además de una alteración posible de la regulación dopamínérgica (Halmi, 2003). La evidencia

RECUADRO 20-2 Criterios de Diagnóstico para Bulimia Nerviosa

- A. Episodios recurrentes de comer de manera convulsiva. Un episodio de este comportamiento se caracteriza por lo siguiente:
 1. Comer, en un periodo discreto (p. ej., en un espacio de 2 h) una cantidad de alimento que es mayor a lo que cualquier persona podría ingerir durante un tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Una sensación de falta de control en la alimentación durante el episodio (p. ej., un sentimiento de no poder detenerse o controlar qué tanto come).
- B. Comportamiento inapropiado recurrente para prevenir la ganancia de peso, como el vómito inducido; uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayunos; ejercicio excesivo.
- C. Comer en exceso y comportamientos compensatorios inapropiados ocurren en promedio, por lo menos dos semanas por tres meses.
- D. La autoevaluación es de manera excesiva durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especifique tipo:

Tipo de purga: Durante el presente episodio de bulimia nerviosa, la persona se induce el vómito o utiliza laxantes, diuréticos o enemas de manera habitual.

No se purga: Durante el episodio presente de bulimia nerviosa, la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inapropiados, como ayunar o hacer mucho ejercicio, pero no se induce de manera regular el vómito, ni utiliza laxantes, diuréticos o enemas.

Fuente: De *American Psychiatric Association* (2000), con permiso.

adicional en la implicación etiológica de disfunción hipotalámica se obtiene del hecho de que la mayoría con anorexia experimenta amenorrea antes del inicio del ayuno y la pérdida de peso significativa.

Influencias Neuroquímicas

Las influencias neuroquímicas en bulimia se pueden relacionar con los neurotransmisores serotonina y norepinefrina. Esta hipótesis se apoya por la respuesta positiva de estos pacientes al tratamiento con SSRI. Algunos estudios indican concentraciones elevadas de opioides endógenos en el líquido cefalorraquídeo, por lo que se considera que estos químicos pueden contribuir a la negación del hambre (Sadock y Sadock, 2003). Ciertos individuos muestran ganancia de peso cuando reciben naloxona, que es un antagonista de opioides.

Influencias Psicodinámicas

Las teorías psicodinámicas sugieren que los trastornos de alimentación son provocados por alteraciones muy tempranas y profundas en interacciones madre-lactante. El resultado es el retraso del desarrollo del Yo y sentimiento insatisfecho de la separación-individuación. Este proble-

ma se establece cuando la madre responde con comida a las necesidades emocionales y físicas del niño. Las manifestaciones incluyen trastornos en la identidad corporal y distorsión de la imagen corporal. Cuando se presentan situaciones que amenazan el Yo vulnerable, surgen sentimientos de falta de control en el propio cuerpo (el ser mismo). Los comportamientos relacionados con alimentos y comer, sirven para proporcionar el control de la vida de la persona.

Influencias Familiares

Rechazo del Conflicto

En la teoría de la familia como un sistema, los síntomas psicosomáticos, incluso la anorexia nerviosa; se refuerzan para evitar conflictos con la pareja. Los padres son capaces de negar el conflicto marital al definir la enfermedad del niño como el problema de la familia. En estos grupos familiares, hay una participación no saludable entre sus miembros (complicación); los individuos se esfuerzan a toda costa por conservar “las apariencias”; los padres procuran retener al niño en una posición de dependencia. El rechazo del conflicto puede ser un factor fuerte en la dinámica interpersonal de algunas familias en las cuales los hijos desarrollan el trastorno.

Elementos de Poder y Control

El tema del control se convierte en el factor predominante en la familia del paciente con este trastorno. Estas familias con frecuencia las integran un padre pasivo, una madre dominante y un niño dependiente en todo. Se le da un alto valor a la perfección en la familia, y el niño siente que debe satisfacer estos estándares. La crítica paterna promueve un creciente comportamiento obsesivo y perfeccionista por parte del niño, quien continúa en busca de amor, aprobación y reconocimiento. A veces, el niño empieza a sentirse indefenso y ambivalente hacia los padres. En la adolescencia, estos patrones distorsionados de alimentación pueden representar una rebelión en contra de los padres, visto por el niño como un medio de ganar y mantener el control. Los síntomas con frecuencia se activan por un factor de estrés que el adolescente percibe como una pérdida de control en algunos aspectos de su vida.

Valoración de los Antecedentes (Obesidad)

La obesidad no se clasifica como un trastorno psiquiátrico en el *DSM-IV-TR*, pero debido a los factores emocionales relacionados con esta condición, se puede considerar dentro de los “factores psicológicos que afectan la condición médica.”

Existe una tercera categoría de trastorno de alimentación que también es considerada por la APA. Los criterios de investigación para el trastorno de comer en exceso (TCE) se incluyen en el *DSM-IV-TR* (recuadro 20-3). La obesidad es un factor de TCE debido a los “atracones” individuales (como en la bulimia nerviosa), pero no presentan los comportamientos de eliminar el exceso de calorías. La siguiente fórmula se utiliza para determinar el grado de obesidad en el individuo:

$$\text{Índice de masa corporal} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

El límite de IMC (índice de masa corporal) para un peso normal es 20 a 24.9 (en *U.S. Dietary Guidelines for Americans*). Basado en los criterios de la Organización Mundial de la Salud, *obesidad* se define como un IMC de 30.0 en adelante. Estos lineamientos, que fueron presentados por el *National Heart, Lung and Blood Institute* en julio de 1998, aumentaron el número de estadounidenses que se considera tienen sobrepeso. El IMC de la mujer

RECUADRO 20-3 Criterios de Investigación para Trastorno de Comer de Manera Compulsiva

- A. Episodios recurrentes de comer de manera compulsiva. Se caracterizan por lo siguiente:
 - (1) Comer en un periodo discreto (p. ej., en un espacio de 2 h), una cantidad de alimento que es mayor de lo que cualquier persona podría comer en un periodo similar en circunstancias similares.
 - (2) Una sensación de falta de control al comer durante el episodio (p. ej., un sentimiento de no poder detenerse o controlar qué o cuánto come).
- B. Estos episodios se relacionan con tres o más de los siguientes síntomas:
 - (1) Comer mucho más rápido de lo normal
 - (2) Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho
 - (3) Comer en cantidades grandes cuando no se tiene hambre
 - (4) Comer sólo porque siente vergüenza por la forma en que lo hace
 - (5) Comer disgustado consigo mismo, deprimido o sintiendo culpa
- C. Angustia evidente por comer de manera compulsiva.
- D. Este comportamiento se presenta, en promedio, por lo menos dos días a la semana durante seis meses.
- NOTA:** El método para determinar la frecuencia difiere del utilizado para la bulimia nerviosa; la investigación futura se dirige al método preferido para el umbral de frecuencia del número de episodios.
- E. El episodio de alimentación excesiva no se relaciona con el uso regular de comportamientos compensatorios inapropiados (p. ej., se purga, ayuna, ejercicio excesivo) y no se presenta de manera exclusiva durante el curso de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Fuente: De *American Psychiatric Association* (2000), con permiso.

CUADRO 20 – 1 Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Estatura (m)	Peso Corporal (kg)																					
1.46	40.95	43.20	45.00	47.25	49.50	51.75	53.55	55.80	58.05	60.30	62.10	64.35	66.60	68.85	71.10	72.90	75.15	77.40	79.65	81.45	83.70	85.95
1.49	42.30	44.55	46.80	49.05	51.30	53.55	55.80	57.60	59.85	62.10	64.35	66.60	68.85	71.10	73.35	75.60	77.85	80.10	82.35	84.60	86.85	89.10
1.51	43.65	45.90	48.15	50.04	53.10	55.35	57.60	59.85	62.10	64.35	66.60	68.85	71.10	73.35	75.60	78.30	80.55	82.80	85.05	87.30	89.55	91.80
1.54	45.00	47.70	49.95	52.20	54.90	57.15	59.40	61.65	64.35	66.60	68.85	71.10	73.80	76.05	78.30	81.00	83.25	85.50	87.75	90.45	92.70	94.95
1.56	46.80	49.05	51.75	54.00	56.70	58.95	61.20	63.90	66.15	68.85	71.10	73.80	76.05	78.75	81.00	83.70	85.95	88.20	90.90	93.15	95.85	98.10
1.59	48.15	50.85	53.10	52.20	58.50	60.75	63.45	65.70	68.40	71.10	73.35	76.05	78.75	81.00	83.70	85.95	88.65	91.35	93.60	96.30	99.00	101.25
1.61	49.50	52.20	54.90	54.00	60.30	63.00	65.25	67.95	70.65	73.35	76.05	78.30	81.00	83.70	86.40	88.65	91.80	94.05	96.75	99.45	102.15	104.40
1.64	51.30	54.00	56.70	55.80	62.10	64.80	67.50	70.20	72.90	75.60	78.30	81.00	83.70	86.40	89.10	91.80	94.50	97.20	99.90	102.60	105.30	108.00
1.66	53.10	55.80	58.50	57.60	63.90	66.60	69.75	72.45	75.15	77.85	80.55	83.70	86.40	89.10	91.80	94.50	97.20	100.35	103.05	105.75	108.45	111.15
1.68	54.45	57.15	60.30	59.40	65.70	68.85	71.55	74.70	77.40	80.10	83.25	85.95	89.10	91.80	94.95	97.65	100.35	103.50	106.20	108.90	112.05	114.75
1.69	56.25	58.95	62.10	61.20	67.95	71.10	73.80	76.95	79.65	82.80	85.50	88.65	91.35	94.50	97.20	100.35	103.50	106.20	109.35	112.05	115.20	117.90
1.71	57.60	60.75	63.90	63.00	69.75	72.90	76.05	79.20	81.90	85.85	88.20	91.35	94.05	97.20	100.35	103.50	106.20	109.35	112.50	115.65	118.35	121.50
1.74	59.40	62.55	65.70	64.80	72.00	75.15	78.30	81.45	84.60	87.75	90.90	94.05	97.20	99.90	103.05	106.20	109.35	112.50	115.65	118.88	121.95	125.10
1.76	61.20	64.35	67.50	67.05	74.25	77.40	80.55	83.70	86.85	90.00	93.60	96.75	99.90	103.05	106.20	109.35	112.50	115.65	119.25	122.40	125.55	128.70
1.79	63.00	66.15	69.30	68.85	76.05	79.65	82.80	85.95	89.55	92.70	95.85	99.45	102.60	105.75	108.90	112.50	116.10	119.25	122.40	125.55	129.15	132.30
1.82	64.80	67.95	71.55	70.65	78.30	81.90	85.05	88.65	91.80	95.40	98.55	102.15	105.75	108.90	112.50	115.65	119.25	122.40	126.00	129.60	132.75	135.90
1.84	66.60	69.75	73.35	72.90	80.55	83.70	87.30	99.90	94.50	98.10	101.2	104.85	108.45	112.05	115.20	118.80	122.40	126.00	129.15	132.75	136.35	139.95
1.87	68.40	72.00	75.60	74.70	82.80	86.40	90.00	93.60	97.20	100.80	104.4	108.00	111.60	115.20	118.80	122.40	125.55	129.15	132.75	136.35	139.95	143.55
1.89	70.22	73.80	77.40	76.95	85.05	88.65	92.25	95.85	99.45	103.5	107.1	110.70	114.30	118.35	121.95	125.55	129.15	132.75	136.80	140.40	144.00	147.60
1.92					79.20																	
					81.00																	

Fuente: National Heart, Lung, and Blood Institute of the National Institutes of Health (2006).

estadounidense promedio es de 26, y las modelos de manera típica tienen uno de 18 (Priesnitz, 2005). El cuadro 20-1 presenta un ejemplo de IMC con base en el peso (en kilogramos) y estatura (m).

Las personas obesas con frecuencia presentan hiperlipidemia, en particular concentraciones elevadas de triglicéridos y colesterol; es común que tengan hiperglucemias y estén en riesgo de desarrollar diabetes mellitus. La osteoartritis es evidente por el traumatismo que provoca el peso que cargan las articulaciones. Se aumenta el trabajo en el corazón y pulmones, lo que conduce a síntomas de angina o insuficiencia respiratoria (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2005).

Implicaciones Etiológicas para la Obesidad

Influencias Biológicas

Genéticas

La genética está relacionada con el desarrollo de obesidad; 80% de los hijos de dos padres obesos presentan el mismo problema (Halmi, 2003). Los estudios en gemelos y adoptados criados por padres normales y con sobrepeso también apoyan esta hipótesis de heredabilidad como un factor predisponente a la obesidad.

Factores Fisiológicos

Las lesiones en los centros de apetito y saciedad en el hipotálamo pueden contribuir a la sobrealimentación y la obesidad. El hipotiroidismo es un problema que interfiere con el metabolismo basal y puede provocar aumento de peso. Este incremento también puede ocurrir en respuesta a la menor producción de insulina por diabetes mellitus y mayor producción de cortisona por la enfermedad de Cushing.

Factores de Estilo de Vida

En un nivel básico, la obesidad puede ser vista como una mayor ingestión excesiva de calorías, superior al gasto; es decir, la ganancia de peso ocurre cuando la ingestión de calorías excede el gasto calórico en términos de metabolismo basal y actividad física. Muchos individuos con sobrepeso tienen estilos de vida sedentarios, lo que hace difícil “quemar” calorías.

Influencias Psicosociales

La visión psicoanalítica de la obesidad propone que este grupo de personas tiene necesidades de dependencia sin resolver y permanecen en la etapa oral del desarrollo psicosocial. Los síntomas de obesidad se ven como equivalentes depresivos, intentos de conseguir el cuidado o atención “perdida” o frustrada.

Sadock y Sadock (2003) explican:

Aunque los factores psicológicos son cruciales para el desarrollo de la obesidad, se desconoce cómo actúan. Las personas con sobrepeso pueden sufrir de un imaginable trastorno psiquiátrico y provenir de varios antecedentes alterados. Muchos pacientes obesos son personas con trastornos emocionales, quienes, debido a la disponibilidad de los mecanismos de sobrealimentación en sus ambientes, aprenden a utilizar la hiperfagia como un medio de enfrentar los problemas psicológicos. Algunos pacientes muestran signos de trastorno mental cuando tienen peso normal, debido a que ya no tienen ese mecanismo de enfrentamiento (pp. 752–753).

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Con base en los datos obtenidos durante la valoración de enfermería, los posibles diagnósticos para el paciente con trastornos de alimentación incluyen:

- Mala nutrición: menor a los requerimientos corporales relacionados con el rechazo a comer.
- Deficiente volumen de líquidos (riesgo para o real) relacionado con menor ingestión de líquidos; vómito autoinducido; abuso de laxantes y diuréticos o ambos.
- Negación ineficiente relacionada con desarrollo retardado del Yo y miedo a perder el único aspecto de la vida en la cual percibe cierto control (comer).
- Mala nutrición: mayor a los requerimientos relacionada con comer de manera compulsiva.
- Imagen corporal alterada y baja autoestima con desarrollo retrasado del Yo, sistema familiar disfuncional, o sentimientos de insatisfacción con su apariencia corporal.
- Ansiedad (moderada a grave) relacionada con sentimientos de indefensión y falta de control de algunos eventos de su vida.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados en la atención del paciente con trastorno de alimentación:

El paciente:

- El paciente alcanza y mantiene por lo menos 80% del peso corporal esperado.
- Presenta signos vitales, presión arterial y los estudios séricos de laboratorio están dentro de los límites normales.
- Habla de la importancia de nutrición adecuada.
- Entiende las consecuencias de la pérdida de líquidos causada por vómito autoinducido (o abuso de laxantes y diuréticos) y la importancia de ingestión adecuada de líquidos.

- Comenta los eventos que precipitan la ansiedad y demuestra técnicas para disminuirla.
- Explica formas en las cuales puede tener más control del ambiente y, por lo tanto, reduce los sentimientos de indefensión.
- Expresa interés en el bienestar de otras personas y menos preocupación por su apariencia.
- Declara que la imagen del cuerpo como “gordo” era una percepción equivocada y demuestra la capacidad de tomar el control de vida propia sin reactivar los comportamientos de alimentación no adaptativos (anorexia nerviosa).
- Establece un patrón saludable de alimentación para controlar el peso, y progresiona hacia un objetivo deseado.
- Platica sobre planes para el mantenimiento futuro de control de peso.

Planeación y Realización

Los cuadros 20-2 y 20-3 proporcionan planes de atención para los pacientes con trastornos de alimentación; los diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre el diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de los datos y tratamientos. En las figuras 20-1 y 20-2 se presentan ejemplos de planes de atención de la planificación del concepto para los pacientes con trastornos de alimentación.

Educación del Paciente y la Familia

La función de la enseñanza es importante en el área psiquiátrica, como en todas las áreas de enfermería. Una lista de temas para la educación del paciente y la familia, relevantes para los trastornos de alimentación, se presenta en el recuadro 20-4.

Evaluación

La evaluación del paciente con estos trastornos requiere la revaloración de los comportamientos por los cuales el paciente busca tratamiento. El cambio de comportamiento necesita la participación del paciente y los miembros de la familia. Las siguientes preguntas sirven para reunir los datos necesarios para evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería con respecto a los objetivos de la terapia.

**CUADRO 20 – 2 Plan de Atención para el Paciente con Trastornos de Alimentación:
Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: NUTRICIÓN DESEQUILIBRADA: MENOR A LOS REQUERIMIENTOS/
DEFICIENCIA DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (O RIESGO REAL)

RELACIONADO CON: Rechaza la comida/bebida: mal tono muscular y turgencia de la piel; lanugo; bradicardia; hipotensión; arritmias cardíacas; membranas mucosas pálidas y resecas

Criterios de Resultado	Intervención de Enfermería	Razonamiento
El paciente alcanza 80% del peso corporal y libre de signos y síntomas de mala nutrición y deshidratación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El nutriólogo determina el número de calorías requeridas para proporcionar nutrición adecuada y ganancia de peso realista. 2. Explicar al paciente en qué privilegios y restricciones se basan para llevar a cabo el tratamiento y dirigirlo a aumentar de peso. No enfocarse en el alimento y en comer. 3. Pesar al paciente diario, inmediatamente después de levantarse y después de la primera evacuación. Siempre utilice la misma báscula si es posible. Mantenga un registro de lo ingerido y lo excretado. Evalúe la turgencia de la piel e integridad de manera regular, así como también la humedad y color de la membrana mucosa oral. 4. Permanezca con el paciente durante el tiempo establecido para las comidas (por lo general 30 min) y por lo menos 1 h después de los alimentos. 5. Si ocurre pérdida de peso, utilice restricciones. El paciente debe entender que si el estado nutricional se deteriora, se iniciará la alimentación con tubos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se requieren calorías adecuadas para permitir el aumento de peso de 1 kg a 1.5 kg por semana. 2. Los problemas reales poco tienen que ver con el alimento o los patrones de alimentación; el enfoque es en el tema del control lo que precipita estos comportamientos. 3. Estas evaluaciones son medidas importantes del estado de nutrición y proporcionan lineamientos para el tratamiento. 4. Largas horas de reposo ponen demasiado énfasis en el alimento y en comer, además de proporcionar al paciente con atención y reforzamiento. La hora después de los alimentos se puede utilizar para descartar alimentos de la charola o inducirse el vómito. 5. Las restricciones y los límites se deben establecer y llevar a cabo de manera consistente para evitar la lucha de poder, alentar al paciente a completar la terapia, y para asegurar la protección del paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: NEGACIÓN INEFICIENTE

RELACIONADO CON: Desarrollo del Yo retardado y temor a perder el único aspecto de la vida en la cual el paciente percibe que tiene el control (comer)

EVIDENCIADO POR: Incapacidad para admitir el impacto de comportamientos de alimentación no adaptativos en el patrón de vida

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente entiende que los comportamientos de alimentación no son adaptativos y demuestra la capacidad de enfrentar con los asuntos de control en una forma más adecuada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle una relación de confianza. Transmite interés positivo. 2. Evite discutir o regatear con el paciente que se resiste al tratamiento. Establezca de manera pragmática qué comportamientos son inaceptables y de qué manera se restringen los privilegios por no seguir el tratamiento. 3. Aliente al paciente a hablar de los sentimientos en relación a la función en la familia y los temas relacionados con la dependencia/independencia, la intensa necesidad de éxito, y la sexualidad. Ayude al paciente a reconocer formas en las cuales puede ganar control de estas áreas problemáticas de su vida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La confianza y la aceptación incondicional promueven la dignidad y autoestima y proporcionan una fuerte base para la relación terapéutica. 2. La persona que niega el problema y que tiene un Yo débil utiliza la manipulación para tener el control. La consistencia y firmeza del personal disminuye el uso de estos comportamientos. 3. Cuando el paciente siente que controla los principales aspectos de su vida, la necesidad de tener el control a través de comportamientos de alimentación no adaptativos disminuyen.

(continúa)

CUADRO 20 – 2 Plan de Atención para Pacientes con Trastornos de Alimentación: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa (continúa)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IMAGEN CORPORAL ALTERADA/BAJA AUTOESTIMA

RELACIONADO CON: Desarrollo del Yo retardado, y sistema familiar disfuncional

EVIDENCIADO POR: Imagen corporal distorsionada, dificultad en aceptar el reforzamiento positivo, ánimo deprimido y pensamientos de desaprobación por sí mismo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente reconoce la percepción equivocada de la imagen corporal como “gordo” y habla de atributos propios positivos.	<ol style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a desarrollar una percepción realista de la imagen corporal y relación con la comida. Compare las mediciones específicas del cuerpo con los cálculos percibidos por el paciente. Promover los sentimientos de control dentro del ambiente a través de la participación y toma de decisiones de manera independiente. Por medio de la retroalimentación positiva, ayude al paciente a aprender a aceptarse como es, tanto sus debilidades como fortalezas. Ayude al paciente a darse cuenta de que la perfección no es realista, y explore esta necesidad con el individuo. 	<ol style="list-style-type: none"> Puede haber una gran discrepancia entre el tamaño corporal real y la percepción del paciente de su propio cuerpo, por lo que es necesario que reconozca que la percepción equivocada no es saludable y que mantener el control a través de comportamientos de mala alimentación es peligroso —incluso que pueden amenazar la vida. El paciente debe entender que es una persona capaz y autónoma que puede sobresalir fuera de la unidad familiar y no se espera que sea perfecto. Debe conseguir el control de otra manera, además de la dieta y la pérdida de peso. Conforme el paciente se empieza a sentir mejor consigo mismo, identifica los autoatributos positivos, y desarrolla la capacidad para aceptar ciertos defectos, la necesidad para alcanzar metas no realistas disminuye.

CUADRO 20 – 3 Plan de Atención para el Paciente con un Trastorno de Alimentación: Obesidad
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: NUTRICIÓN DESEQUILIBRADA: MÁS DE LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES

RELACIONADO CON: Comer de manera compulsiva

EVIDENCIADO POR: El peso es más de 20% esperado a la edad y estatura; IMC ≥ 30

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra cambio en el patrón de alimentación resultante en una constante pérdida de peso.	<ol style="list-style-type: none"> Alentar el paciente a que continúe la ingestión diaria. Discutir los sentimientos y emociones relacionados con la alimentación. Con opiniones del paciente, formule un plan de alimentación que incluya alimentos de los grupos requeridos con énfasis en los que son bajos en grasa. Es útil tener un plan tan semejante al patrón de alimentación que acostumbra el paciente. Identificar los objetivos realistas de los de pérdida de peso semanal. Establecer un programa progresivo de ejercicios diseñado para los objetivos y elegido por el paciente. Discutir la probabilidad de alcanzar un peso base para permanecer estable por períodos extensos. 	<ol style="list-style-type: none"> Una comida diaria proporciona la oportunidad para que el paciente tenga un panorama realista de la cantidad de alimento ingerido y provee una base de información para crear el programa de dieta. Esto ayuda a identificar cuándo el paciente come para satisfacer una necesidad emocional y no como un requerimiento fisiológico. La dieta debe eliminar calorías y al mismo tiempo mantener una nutrición adecuada. El paciente parece permanecer en un plan de alimentación si puede participar en la formulación y desvíe lo menos posible de los tipos de alimentos que consume. La pérdida de peso razonable ($\frac{1}{2}$ kg a 1 kg por semana) proporciona efectos más duraderos. La pérdida de peso rápida y excesiva puede ocasionar fatiga e irritabilidad, y por último al fracaso para alcanzar los objetivos de perder peso. La motivación se obtiene con mayor facilidad con objetivos cortos. El ejercicio puede aumentar la pérdida de peso por quemar calorías, reducir el apetito, incrementar la energía, tonificar los músculos y aumentar la sensación de bienestar y de éxito. Caminar es una excelente opción para individuos con exceso de peso. El paciente debe saber qué sucede en la medida que se presentan los cambios en el metabolismo. La meseta causa frustración, y el paciente necesita apoyo adicional durante estos momentos para permanecer en el programa.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	7. Proporcione instrucciones sobre los medicamentos para ayudar a perder peso si son prescritos por el médico.	7. Los fármacos supresoras del apetito (p. ej., sibutramina) y otros que tienen como efecto colateral la disminución del peso (p. ej., fluoxetina) pueden ser útiles para persona con sobrepeso grave. Se deben administrar para este propósito por corto tiempo, mientras el individuo intenta ajustarse al nuevo patrón de alimentación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IMAGEN CORPORAL ALTERADA/AUTOESTIMA BAJA**RELACIONADA CON:** Insatisfacción con la apariencia**EVIDENCIADA POR:** Expresión de sentimientos negativos sobre la forma en que se ve y deseo de perder peso

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente empieza a aceptarse a sí mismo basado en atributos más que en la apariencia, además de seguir con la disminución de peso como deseaba.	1. Valore los sentimientos y las actitudes del paciente sobre ser obeso. 2. Asegúrese que el paciente tiene privacidad durante las actividades de autocuidado. 3. Recuérdelle los patrones de enfrentamiento relacionados con la comida en la familia de origen y explore cómo éstos pueden afectar la situación presente. 4. Determine la motivación del paciente para bajar de peso y establecer metas. 5. Ayude al individuo a identificar atributos positivos. Enfóquese en las cualidades y logros pasados no relacionados con la apariencia física. 6. Refiera al paciente a grupos de apoyo o terapia de grupo.	1. La obesidad y los comportamientos compulsivos pueden tener raíces psicológicas profundas, como la compensación por falta de amor y crianza o una defensa contra la intimidad. 2. El individuo obeso puede ser sensible o autoconsciente de su cuerpo. 3. Los padres son modelos para sus hijos. Los comportamientos compulsivos de alimentación se aprenden dentro de la familia y se apoyan a través de reforzamiento positivo. La comida puede ser sustituida por el afecto y amor de los padres, y comer se relaciona con un sentimiento de satisfacción, lo que se convierte en la defensa primaria. 4. El individuo puede albergar sentimientos reprimidos de hostilidad, los cuales se interiorizan. Debido al mal concepto de sí mismo, con frecuencia tiene problemas en las relaciones. Cuando la motivación es perder peso por otra persona, no es factible que se tenga éxito. 5. Es importante que la autoestima no esté atada a la talla; el paciente necesita reconocer que la obesidad no interfiere por obligación con sentimientos positivos en relación a sí mismo y su valía. 6. Los grupos de apoyo pueden proporcionar compañía, aumentar la motivación, disminuir la soledad y el confinamiento social, y proporcionar soluciones prácticas a problemas comunes. La terapia de grupo puede ser útil en lidiar con temas psicológicos subyacentes.

Para Anorexia o Bulimia

- ¿El paciente gana de manera constante 56 a 85 gramos a la semana hasta por lo menos 80% del peso corporal para edad y talla?
- ¿El paciente está libre de signos y síntomas de desnutrición y deshidratación?
- ¿El individuo consume las calorías adecuadas como fueron determinadas por el nutriólogo?
- ¿Ha habido intentos de almacenar alimentos de la charola que después descarta?
- ¿Ha intentado inducirse el vómito?
- ¿Admite que existe un problema y que los comportamientos de alimentación son comportamientos no adaptativos?

- ¿Continúan los comportamientos para intentar controlar el ambiente?
- ¿El paciente discute de forma voluntaria los temas reales en relación de las funciones de familia, sexualidad, dependencia/independencia y la necesidad por el éxito?
- ¿El paciente entiende que utiliza los comportamientos de alimentación no adaptativos para tener un sentimiento de control sobre los eventos de su vida?
- ¿El individuo reconoce que la percepción de la imagen corporal como “gordo” es incorrecta?

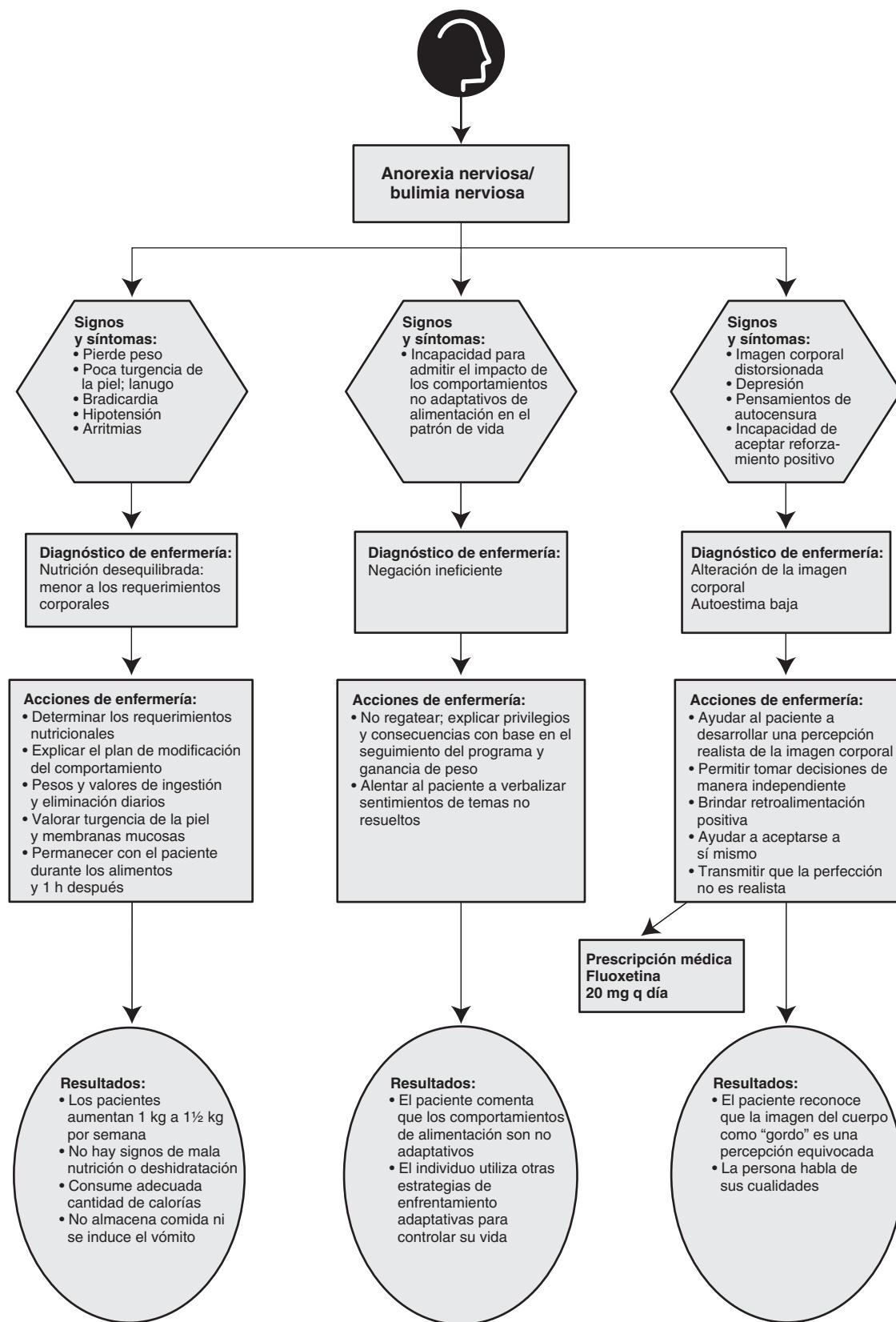


FIGURA 20-1 Mapa conceptual del plan de atención para pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

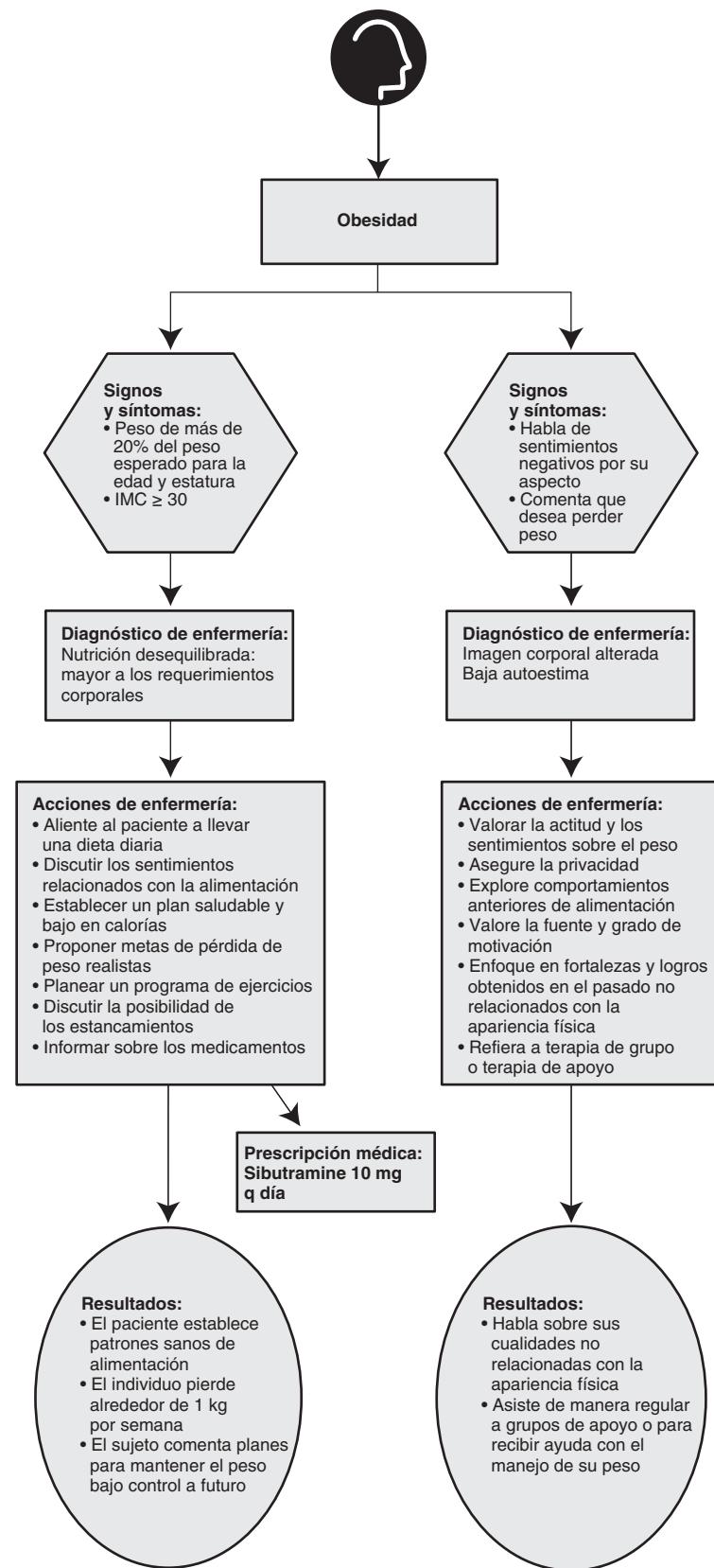


FIGURA 20-2 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con obesidad.

RECUADRO 19–4 Temas para la Educación del Paciente y Familia Relacionados con los Trastornos de Alimentación

Naturaleza de la enfermedad

1. Síntomas de anorexia nerviosa
2. Síntomas de bulimia nerviosa
3. Qué constituye obesidad
4. Causas de los trastornos de alimentación
5. Efectos de la enfermedad o condición en el organismo

Tratamiento de la enfermedad

1. Principios de nutrición (alimentos para mantener el bienestar)
2. Formas en que el paciente siente que controla su vida (además de comer)
3. Importancia de expresar temores y sentimientos, en lugar de ser retraídos
4. Estrategias alternativas de enfrentamiento (comportamientos de alimentación no adaptativos)
5. Para el paciente obeso:
 - a. Una dieta nutricional y calorías reducidas
 - b. Leer las etiquetas de los alimentos
 - c. Establecer un plan realista de pérdida de peso
 - d. Instituir un programa de actividad física
6. Administración correcta de medicamentos prescritos (p. ej., antidepresivos, anoréxicos)
7. Indicación de los efectos colaterales de medicamentos prescritos
8. Técnicas de relajación
9. Habilidades para resolver problemas

Servicios de apoyo

1. Weight Watchers International
2. Overeaters Anonymous
3. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD)
P.O. Box 7
Highland Park, IL 60035
(847) 831-3438
4. The American Anorexia/Bulimia Association, Inc.
165 W. 46th St., Suite 1108
New York, NY 10036
(212) 575-6200

Por Obesidad

- ¿El individuo muestra que pierde peso desde que empezó un nuevo plan de alimentación?
- ¿Habla de una forma para ayudarse a mantenerse en el nuevo plan de alimentación?
- ¿La persona comenta atributos propios positivos no relacionados con la talla o la apariencia?

Por Anorexia, Bulimia y Obesidad

- ¿El sujeto es capaz de desarrollar una percepción más realista de imagen corporal?
- ¿Reconoce que sus anteriores expectativas sobre sí mismo podían no ser realistas?

- ¿Se acepta a sí mismo como menos que perfecto?
- ¿Desarrolla estrategias de enfrentamiento adaptativos para lidiar con el estrés sin reactivar los comportamientos de alimentación no adaptativos?

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

La intención inmediata del tratamiento es restaurar el estado nutricional del paciente. Las complicaciones de emaciación, deshidratación y desequilibrio de electrólitos pueden ser fatales. Una vez que la condición física ya no está amenazada, se pueden iniciar otras modalidades de tratamiento.

Modificación del Tratamiento

Los esfuerzos para cambiar los comportamientos de alimentación no adaptativos de los pacientes con anorexia y bulimia son tratamientos muy bien aceptados. La importancia de instituir un programa de modificación de comportamiento con estos pacientes es asegurarse que dicho programa no los “controle”; ya que este tema es central en la “etiología” de estos trastornos, y para que el programa tenga éxito, la persona debe percibir que es ella quien está en control del tratamiento.

Se observa éxito cuando al paciente con anorexia se le permite hacer un contrato por privilegios basado en ganancia de peso. El paciente tiene que involucrarse en el plan de atención y puede ver con claridad qué opciones están disponibles; de esta forma tiene control sobre comer, la cantidad de ejercicio a realizar e incluso si se induce o no el vómito. Los objetivos, además de la responsabilidad para cada una de las partes, son acordados por el paciente y el personal.

El personal de enfermería y el paciente también acuerdan en un sistema de recompensas y privilegios que puede obtener el individuo, quien tiene la última medida de control. Tiene la opción de aceptar el contrato —una opción de aumentar de peso o no— una opción de obtener o no privilegios deseados.

Terapia Individual

Aunque la psicoterapia individual no es la terapia de opción para los trastornos de alimentación, puede ser útil cuando los problemas psicológicos subyacentes contribuyen a los comportamientos de no adaptación. En psicoterapia de apoyo, el terapeuta alienta al paciente a explorar los conflictos sin resolver y a reconocer los comportamientos de alimentación no adaptativos como mecanismos de defensa utilizados para aliviar el dolor emocional. Los objetivos son resolver los temas personales y estable-

cer estrategias de enfrentamiento adaptativos para lidiar con las situaciones estresantes.

Terapia Familiar

Kirkpatrick y Caldwell (2001) explican:

Los trastornos de alimentación tienen un efecto profundo en las familias. A la vez que estos padecimientos pueden ayudar a reunir a las personas, siempre causan cierto grado de angustia. El estrés causa un rompimiento de la unidad familiar si no se interfiere de alguna manera. La terapia ayuda a encontrar soluciones para el proceso de sanación para cada miembro de la familia.

En muchos casos, los trastornos de alimentación son considerados *trastornos de familia*, y no se puede tener una resolución hasta que la dinámica dentro de la misma mejore. Este tipo de tratamiento trabaja la educación de los miembros sobre las manifestaciones del trastorno, etiología posible y tratamiento prescrito. Se brinda apoyo a todos para que enfrenten sentimientos de culpa relacionados con la percepción que puedan atribuirle al inicio del trastorno. También para que sean capaces de enfrentar el estigma social de tener uno de sus miembros con problemas emocionales.

En algunos casos cuando la dinámica disfuncional de la familia se relaciona con conflictos de rechazo, la familia puede no sujetarse a la terapia, para mantener el equilibrio y conservar a un miembro en la función del enfermo. Cuando esto ocurre, es esencial enfocarse en las operaciones funcionales dentro de la familia: ayudarlos a manejar el conflicto y crear el cambio.

También se hace referencia a grupos de apoyo locales para las familias de individuos con trastornos de alimentación. Algunas veces la resolución y el crecimiento pueden surgir de la interacción con otras personas que experimentan, o han experimentado, los numerosos problemas de vivir con un miembro de la familia con algún trastorno.

Psicofarmacología

No hay medicamentos indicados de forma específica para estos trastornos; no obstante, se han prescrito varios fármacos para síntomas relacionados con ansiedad y depresión. Halmi (2003) informa buenos resultados con fluoxetina y clomipramina en pacientes con anorexia nerviosa, en particular aquellos con depresión o síntomas obsesivo-compulsivos. La ciproheptadina, por su efecto no etiquetado como estimulante del apetito y el antipsicótico clorpromazina, también se utiliza para pacientes seleccionados. Existen informes de éxito en ensayos abiertos de olanzapina con pacientes anoréxicos (Barbarich y col, 2004).

La fluoxetina es útil en el tratamiento de la bulimia nerviosa (Walsh y col, 2000). Una dosis de 60 mg/día (triple a la dosis usual del antidepresor) es más eficaz con pacientes bulímicos. Es posible que este medicamento, un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS), pueda disminuir la ansiedad por los carbohidratos, por lo tanto se disminuye la incidencia de comer en exceso (atraerse), lo que se relaciona con frecuencia con el consumo de grandes cantidades de carbohidratos. Otros antidepresores, como la imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina y fenelzina, también son eficientes en estudios de tratamiento controlado (Halmi, 2003).

Se condujo un estudio con topiramato, un anticonvulsivo nuevo, para el tratamiento a largo plazo de trastorno de alimentación compulsiva con obesidad (McElroy y col, 2004). Con una dosis media de 250 mg/día, los participantes experimentaron una disminución significativa en la frecuencia semanal de los atracones y la reducción en el peso corporal. Nickel y colaboradores (2005) mencionan resultados eficaces con topiramato en pacientes con bulimia nerviosa. Disminuyen los episodios de comer en exceso y purga, además de que el individuo pierde peso y también su mejoría en la calidad de vida es significativa cuando se comparó con el grupo placebo.

Fluoxetina ha sido eficaz para tratar a pacientes con sobrepeso, tal vez por la misma razón que se explica para los enfermos con bulimia. La dosis eficaz para promover la pérdida de peso es de 60 mg/día. En relación al uso de anoréxicos, Sadock y Sadock (2003) explican:

Los simpatomiméticos se utilizaron en el tratamiento de obesidad por sus efectos inductores de anorexia. Debido al desarrollo de tolerancia por sus efectos y por el potencial de abuso de dosis elevadas, el uso de estos fármacos es limitado (p. 1118).

La abstinencia de anoréxicos puede provocar un rebote en la ganancia de peso y, en algunos pacientes, letargo y depresión concomitantes. Dos de los anoréxicos que fueron utilizados ampliamente, la fenfluramina y la dexfenfluramina, se retiraron del mercado por su fuerte relación con enfermedad cardiaca y pulmonar.

Un medicamento para tratar la obesidad, llamado sibutramina, fue aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en 1998. Se sugiere administrarse sólo para individuos con una significativa cantidad de peso que perder. El mecanismo de acción en el control del apetito parece ser la inhibición de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina. Los efectos colaterales incluyen dolor de cabeza, boca seca, constipación e insomnio. Otros efectos colaterales problemáticos incluyen aumento de presión arterial y de frecuencia cardiaca y convulsiones. Hay preocupación por la posible presentación de enfermedad cardiaca relacionada con el uso de sibutramina y muerte por

problemas cardiovasculares, vinculada con el uso de esta sustancia. Aunque este reclamo no tiene fundamentos, se debe tener cuidado en la prescripción en individuos con una historia de enfermedad cardiaca.

RESUMEN

La incidencia de los trastornos de alimentación continúa aumentando desde hace 30 años. Los individuos con anorexia nerviosa, un trastorno que se caracteriza por un temor mórbido de obesidad y gran distorsión de la imagen corporal, literalmente se mueren de hambre. El sujeto cree que es gordo, incluso cuando esté emaciado. El trastorno por lo común se acompaña por depresión y ansiedad.

La bulimia nerviosa es un trastorno de alimentación caracterizado por el consumo de grandes cantidades de alimento, por lo general en cortos períodos, y con frecuencia en secreto. La tensión se alivia y siente placer durante

el exceso de ingestión, pero pronto estos sentimientos son seguidos por la culpa y depresión. Los individuos con este trastorno se “purgan” con vómito autoinducido o por uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas. También están sujetos a trastornos de ánimo y depresión.

La ingestión compulsiva puede causar obesidad, que es definida por NIH como un IMC de 30. La obesidad predispone al individuo a muchos problemas de salud, y en la concentración mórbida (un IMC de 40), el peso por sí solo puede contribuir a aumentar la morbilidad y mortalidad.

Este capítulo explica las implicaciones etiológicas relacionadas con estos tres trastornos de alimentación. Se identificó la sintomatología como antecedente. Además se muestra la atención del personal de enfermería en el contexto de seis pasos del proceso de enfermería; los planes de atención para anorexia/bulimia y obesidad, además de las modalidades de tratamiento de la modificación de comportamiento, psicoterapia individual, terapia familiar y psicofarmacología.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Selecciones la respuesta que es más apropiada por las siguientes preguntas:

1. Algunos individuos obesos toman anfetaminas para suprimir el apetito y ayudarse a perder peso. ¿Cuál de los siguientes efectos adversos se relaciona con el uso de anfetaminas, por lo que esta práctica no es deseable?
 - a. Bradicardia.
 - b. Amenorrea.
 - c. Tolerancia.
 - d. Convulsiones.
2. Desde la visión psicoanalítica, la teoría de la obesidad relaciona la ecuación del consciente del individuo con el alimento:
 - a. Crianza y cariño.
 - b. Poder y control.
 - c. Autonomía y crecimiento emocional.
 - d. Fuerza y resistencia.
3. Desde un punto de vista fisiológico, la causa *más común* de obesidad tal vez es:
 - a. Falta de educación nutricional.
 - b. Más calorías consumidas que gastadas.
 - c. Alteración de funcionamiento endocrino.
 - d. Bajo índice metabólico basal.
4. Nancy, de 14 años de edad, fue admitida en la unidad psiquiátrica por anorexia nerviosa. Está muy delgada y no quiere comer. ¿Cuál es el primer diagnóstico de enfermería?
 - a. Duelo disfuncional.
 - b. Nutrición desequilibrada: menor a los requerimientos corporales.
 - c. Procesos familiares interrumpidos.
 - d. Ansiedad (grave).
5. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones físicas esperaría valorar en Nancy?
 - a. Taquicardia, hipertensión, hipertermia.
 - b. Bradicardia, hipertensión, hipertermia.
 - c. Bradicardia, hipotensión, hipotermia.
 - d. Taquicardia, hipotensión, hipotermia.
6. Nancy sigue rechazando alimentarse. ¿Cuál es la respuesta más apropiada del personal de enfermería?
 - a. “Tu sabes que si no comes, te vas a morir.”
 - b. “Si continuas sin querer comer, serás alimentada por un tubo nasogástrico.”
 - c. “Podrías irte si no vas a seguir el esquema terapéutico.”
 - d. “No tienes que comer si no quieres. Es tu elección.”
7. ¿Qué medicamento esperaría usted que el médico le prescriba a Nancy?
 - a. Clorpromazina.
 - b. Diazepam.
 - c. Fluoxetina.
 - d. Carbamazepina.

8. Jane es hospitalizada en la unidad psiquiátrica. Tiene una historia y diagnóstico actual de bulimia nerviosa. ¿Cuál de los siguientes síntomas es congruente con el diagnóstico de Jane?
- Comer en exceso, purgarse, obesidad e hipercalemia.
 - Comer en exceso, purgarse, peso normal, hipocalémia.
 - Comer en exceso, abuso de laxantes, amenorrea, pérdida de peso grave.
 - Comer en exceso, pérdida de peso grave, hipercalemia.
9. Jane ha dejado de vomitar en el hospital y le dice al personal de enfermería que tiene miedo de subir de peso. ¿Cuál es la respuesta más apropiada por parte del personal de enfermería?
- “No te preocupes. El dietista se asegurará de que tu alimento no tenga muchas calorías.”
 - “No te preocupes por tu peso. Vas a trabajar en otros problemas mientras estés en el hospital.”
 - “Entiendo que estés preocupada por tu peso y vamos a hablar de buena nutrición, pero ahora quiero hablarte sobre tu invitación reciente para unirte a la Sociedad Nacional de Honor. Ese es todo un logro.”
 - “No eres gorda, y el personal se asegurará de que no subas de peso mientras estés en el hospital, porque sabemos que es importante para ti.”
10. Se piensa que el episodio de comida en exceso incluye:
- Una liberación de tensión, seguida por sentimientos de depresión.
 - Sentimientos de miedo, seguidos por sentimientos de alivio.
 - Necesidades de dependencia insatisfechas y una forma de llamar la atención.
 - Sentimientos de euforia, excitación y autogratificación.

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

Janice, una alumna de primer año de estudios superiores, quería ser porrista con desesperación antes de las pruebas, pero no fue seleccionada. Una semana después, Roy, su novio, rompió con ella para salir con otra chica. Janice, quien mide 1.59 m y pesa 49.89 kg, decidió que era porque estaba demasiado gorda. Empezó a ejercitarse en todo momento; se saltaba las comidas y trataba de consumir no más de 300 calorías diarias. Perdió gran cantidad de peso y se debilitó mucho. Siente frío todo el tiempo y usa suéteres aun cuando hace calor. Durante su clase de educación física en la escuela se colapsó y fue llevada al departamento de urgencias. En admisión, pesó 40 kilos; estaba

emaciada y anémica. El médico la admitió con un diagnóstico de anorexia nerviosa.

Responda las siguientes preguntas sobre Janice:

- ¿Cuál será la *primera* consideración en su atención?
- ¿Cuál sería la dirección del tratamiento para ayudarla a ganar peso?
- ¿Cómo puede saber el personal de enfermería si Janice está vomitando para deshacerse de los alimentos que ha ingerido?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

Long, J.D., Stevens, K.R. (2004). El uso de la tecnología para promover la autoeficacia para comer sanamente en adolescentes. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 134-139.

Descripción del estudio: La obesidad y el sobrepeso han alcanzado proporciones epidémicas y están en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. El propósito de este estudio fue probar los efectos de una clase y la intervención educacional de World Wide Web (WWW) en la autoeficacia por comer de manera sana. La muestra consistió de 63 adolescentes en el grupo participante y 58 en el grupo testigo. La variación de edad fue de 12 a 16 años. El grupo participante recibió 10 h de clase y 5 h de educación nutricional basada en la Web apoyada por la *American Cancer Society* y el *National Cancer Institute*. La información está incluida para alentar los comportamientos de alimentación sana que reduce el riesgo de cáncer, obesidad, enfermedad cardiaca y diabetes. Los participantes en el grupo testigo recibieron la educación de nutrición integrada en la bitácora de salud, ciencia y economía doméstica. Todos los participantes completaron seis cuestionarios para medir el

conocimiento en dieta y comportamientos de alimentación. Se realizaron pruebas antes y después a ambos grupos.

Resultados del estudio: Aunque no se encontró diferencia entre los grupos en el consumo de alimento durante el mes de la intervención, el grupo participante tenía calificaciones significativamente más altas relacionadas con el conocimiento de buena nutrición y comportamientos de alimentación saludable. El estudio se limitó a adolescentes y no se intentó iniciar ningún cambio en el ambiente escolar o familiar.

Implicaciones para la práctica de enfermería: El personal de enfermería, en especial en las escuelas, puede participar de manera muy activa en la educación sobre nutrición para niños y adolescentes. Los autores informan que nueve millones de jóvenes tienen sobrepeso —número que se duplicó en los últimos 20 años. Esto tiene serias implicaciones para la enfermería en ayudar en el proceso educativo necesario para revertir esta tendencia poco saludable.

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

McIntosh, V.W., Jordan, J., Carter, F.A., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Bulik, C.M., Frampton, C.M.A., y Joyce, P.R. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: Un ensayo controlado al azar. *American Journal of Psychiatry*, 162: 741-747.

Descripción del estudio: El objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de tres tipos de terapias para el tratamiento de anorexia nerviosa. Cincuenta y seis mujeres (entre 17 y 40 años de edad) con anorexia nerviosa fueron asignadas al azar en uno de tres tratamientos. Dos fueron psicoterapias especializadas: terapia de comportamiento cognitivo (CBT) y psicoterapia interpersonal (IPT). El tercero (la intervención) incluye tratamiento clínico y psicoterapia de apoyo (llamada tratamiento clínico de apoyo no específico). Participaron en 20 sesiones de terapia en un mínimo de 20 semanas. La intervención consistió en educación, atención y apoyo, adoptaron un relación terapéutica que promueve apegarse al tratamiento; se pone énfasis en el reasumir comer de manera normal y recuperar peso. Se proporcionó información sobre estrategias para mantener el peso, requerimientos de energía y reaprender a comer de manera normal. Los resultados se midieron en una medida global de anorexia nerviosa con una escala ordinaria de cuatro puntos:

- 4 = satisface todos los criterios del espectro de anorexia nerviosa.
- 3 = no satisface por completo el diagnóstico de anorexia nerviosa, pero tiene características de trastornos de alimentación.
- 2 = pocas características de trastornos de alimentación.
- 1 = no hay características significativas de trastornos de alimentación.

Resultados del estudio: 56% de las participantes que recibieron el tratamiento clínico de apoyo no específico recibieron una calificación de 1 o 2 en la medición final de resultados, comparado con 32% y 10% de quienes recibieron terapia de comportamiento cognitivo y psicoterapia interpersonal, de manera respectiva. Los autores sugieren que la psicoterapia interpersonal no tuvo éxito por falta de enfoque en los síntomas y el tiempo largo que se necesita para decidir en el área problema. Consideran que el tratamiento de comportamiento cognitivo puede ser menos eficaz debido a la gran cantidad de materia psicoeducacional y el gran número de habilidades relacionadas con esta terapia, y la dificultad de los pacientes con anorexia para generar alternativas debido a la rigidez cognitiva. Estos resultados estuvieron en oposición directa con la hipótesis original generada por los investigadores al inicio del estudio.

Implicaciones para la práctica de enfermería: El personal de enfermería en la práctica avanzada está entrenado de manera habitual para proporcionar terapia de comportamiento cognitivo y psicoterapia interpersonal. Con frecuencia en enfermería general no se tienen los antecedentes teóricos para realizar estas terapias. Las intervenciones relacionadas con el tratamiento clínico de apoyo no específico están dentro del área de práctica de enfermería, y los resultados de este estudio indican que son superiores al de comportamiento cognitivo y psicoterapia interpersonal para anorexia nerviosa. El personal de enfermería puede ser el medio para establecer programas basados en este tratamiento para individuos con estos trastornos.

R E F E R E N C I A S

- American Obesity Association (AOA). (2005a). *Obesity in the U.S.* Retrieved March 29, 2007 from http://www.obesity.org/subs/fastfacts/obesity_US.shtml
- American Obesity Association (AOA). (2005b). *Morbid obesity.* Retrieved March 29, 2007 from <http://www.obesity.org/subs/fastfacts/morbidobesity.shtml>
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) *Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barbarich, N.C., McConaha, C.W., Gaskill, J., LaVia, M., Frank, G.K., Achenbach, S., Plotnicov, K.H., & Kaye, W.H. (2004). An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(11), 1480–1482.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2004). *Eating disorders.* New York: Brunner-Routledge.
- Halmi, K.A. (2003). Eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kirkpatrick, J., & Caldwell, P. (2001). *Eating disorders: Everything you need to know.* Buffalo, NY: Firefly Books.
- McElroy, S.L., Shapira, N.A., Arnold, L.M., Keck, P.E., Rosenthal, N.R., Wu, S.C., Capece, J.A., Fazzio, L., & Hudson, J.I. (2004). Topiramate in the long-term treatment of binge-eating disorder associated with obesity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(11), 1463–1469.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2006). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Retrieved March 29, 2007 from http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2005). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Retrieved March 29, 2007 from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity>
- National Center for Health Statistics (NCHS). (2006). State-specific prevalence of obesity among adults—United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(36); Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Nickel, C., Tritt, K., Muehlbacher, M., Pedrosa, F., Mitterlehner, F.O., Kaplan, P., Lahmann, C., Leiberich, P.K., Krawczyk, J., Kettler, C., Rother, W.K., Loew, T.H., & Nickel, M.K. (2005). Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 295–300.
- Priesnitz, W. (2005). Are you dying to lose weight? *Natural Life Magazine*, 84(2). Retrieved March 29, 2007 from <http://www.life.ca/nl/84/weight.html>
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Walsh, T., Agras, W.S., Devlin, M.J., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., Kahn, C., & Chally, M.K. (2000, August). Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1332–1334.



R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en:

- <http://www.aabainc.org>
- <http://healthyminds.org>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-et01.html>
- <http://www.anred.com/>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-et02.html>
- <http://www.nimh.nih.gov/publicat/eatingdisorders.cfm>
- <http://medlineplus.nlm.nih.gov/medlineplus/eatingdisorders.html>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de obesidad en:

- <http://www.shapeup.org/>
- <http://www.obesity.org/>
- <http://medlineplus.nlm.nih.gov/medlineplus/obesity.html>
- <http://www.asbp.org/>
- <http://win.niddk.nih.gov/publications/binge.htm>

21

CAPÍTULO

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

ASPECTOS HISTÓRICOS

TIPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

histriónico
narcicismo
constancia objetal

pasivo-agresivo
esquizoide

esquizotípica
división

CONCEPTO CENTRAL

personalidad

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Definir *personalidad*.
2. Comparar etapas del desarrollo de la personalidad, según Sullivan, Erikson y Mahler.
3. Identificar varios tipos de trastornos de personalidad.
4. Discutir las estadísticas históricas y epidemiológicas relacionadas con varios trastornos de personalidad.
5. Describir la sintomatología relacionada con los trastornos de personalidad limítrofe y personalidad antisocial, además de utilizar estos datos en la valoración del paciente.
6. Identificar las implicaciones etiológicas para los trastornos de personalidad limítrofe y personalidad antisocial.
7. Formular diagnósticos de enfermería y objetivos de atención para los pacientes con personalidad limítrofe y personalidad antisocial.
8. Describir intervenciones de enfermería apropiadas para los comportamientos relacionados con los trastornos de personalidad.
9. Evaluar la atención de enfermería de los pacientes con personalidad limítrofe y personalidad antisocial.
10. Discutir varias modalidades relevantes para tratamiento de estos trastornos.


**Concepto
Central**

Personalidad

La totalidad de las características emocionales y de comportamiento que son particulares a una persona específica y permanecen estables y predecibles con el tiempo.

INTRODUCCIÓN

La palabra *personalidad* proviene del término griego *persona*, y en principio fue usada para describir la máscara teatral utilizada por algunos actores dramáticos de entonces. Con los años, cambió su connotación de pretensión e ilusión y pasó a representar a la persona detrás de la máscara, es decir, la persona “real”.

El *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association* [APA], 2000) define las *características* de personalidad como “patrones perdurables de percepción, en relación con, y pensamiento sobre el ambiente y uno mismo que se muestran en una amplia variedad de contextos sociales y personales”. Los *trastornos* de personalidad aparecen cuando estas características cambian a inflexibles y sin adaptación, por consiguiente, causan alteraciones funcionales significativas o angustia subjetiva. Estos trastornos son catalogados como Eje II del sistema de diagnóstico multiaxial por la APA (ver capítulo 1 para una explicación de este sistema). Casi todos los individuos presentan algunos comportamientos relacionados con varios trastornos de personalidad de tiempo en tiempo; sin embargo, es sólo cuando ocurre una alteración funcional importante en respuesta a estas características de personalidad cuando se considerada que el individuo tiene un trastorno de personalidad.

El desarrollo de la personalidad ocurre en respuesta a varias influencias biológicas y psicológicas que incluyen (pero no están limitadas a éstas): herencia, temperamento, aprendizaje por experiencia, e interacción social.

Varios teóricos intentan proporcionar información sobre el desarrollo de la personalidad, la mayoría sugiere que su manifestación es pausada y ordenada. Estas etapas van una tras otra; sin embargo, la maduración aparece en diferentes índices en distintos individuos. Las teorías de Sullivan (1953), Erikson (1963) y Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1975) son expuestas en el capítulo 2. El cuadro 21-1 muestra una comparación entre las etapas del desarrollo según estos tres teóricos. En enfermería es necesario entender el desarrollo de la personalidad “normal” antes de entender lo que está considerado como no adaptativo.

Los aspectos históricos y epidemiológicos de los trastornos de personalidad son discutidos en este capítulo,

además de los factores de predisposición relacionados con la etiología de estos padecimientos; y la sintomatología es explicada para proporcionar un conocimiento, como antecedentes para valorar a los pacientes con trastornos de personalidad.

Las personas con estas alteraciones con frecuencia no son tratadas en escenarios de atención por presentación aguda del trastorno como diagnóstico psiquiátrico primario; sin embargo, muchos pacientes con diagnósticos psiquiátricos y médicos manifiestan síntomas de trastornos de personalidad. El personal de enfermería parece encontrarse con personas de estas características de manera habitual en las instalaciones de atención a la salud.

El personal de enfermería que trabaja en psiquiatría con frecuencia está con pacientes con características de personalidad limítrofe y antisocial. El comportamiento de los enfermos limítrofes es muy inestable, y es habitual la necesidad de hospitalizarlos por los intentos de lesionarse. El individuo con personalidad antisocial puede entrar al área psiquiátrica como resultado de alguna evaluación ordenada por una corte judicial. La intervención psiquiátrica puede ser una alternativa al encarcelamiento por comportamiento antisocial si es considerada como una posibilidad útil.

La atención de enfermería para los enfermos con personalidad limítrofe o personalidad antisocial está explicada en este capítulo en el contexto del proceso de enfermería, además son expuestas varias modalidades de tratamiento médico para estos trastornos.

ASPECTOS HISTÓRICOS

El concepto de trastorno de la personalidad ha sido descrito por miles de años (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). En el siglo IV a.C., Hipócrates concluyó que todas las enfermedades tienen una raíz común en el exceso o desequilibrio de los humores corporales: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema. También identificó cuatro estilos de personalidad fundamentales que consideró provenientes de excesos en los cuatro humores: el colérico irritable y hostil (bilis amarilla); el melancólico pesimista (bilis negra); el sanguíneo extrovertido y optimista (sangre); y el flemático apático (flema).

Dentro de la profesión de la medicina, el reconocimiento de los trastornos de personalidad, aparte de la psicosis, fue causa de interés especial en 1801 con la confirmación de que un individuo puede comportarse de manera irracional aun cuando sus capacidades intelectuales estén intactas. Los psiquiatras del siglo XIX adoptaron el término *locura moral* (*moral insanity*), concepto que en la actualidad es definido como trastorno de la personalidad.

CUADRO 21 – 1 Comparación del Desarrollo de Personalidad —Sullivan, Erikson y Mahler**PRINCIPALES TAREAS DE DESARROLLO Y EDADES DESIGNADAS**

Sullivan	Erikson	Mahler
Nacimiento a 18 meses. Alivio de la ansiedad a través de las gratificaciones oral de las necesidades.	Nacimiento a 18 meses. Desarrollar confianza básica en la figura materna y ser capaz de generalizarla a otras personas.	Nacimiento al primer mes. Satisfacción de las necesidades básicas para la supervivencia y comodidad.
18 meses a 6 años. Aprendizaje para experimentar un retraso en la gratificación personal sin ansiedad.	18 meses a 3 años. Ganar cierto autocontrol e independencia dentro del ambiente.	1 a 5 meses. Desarrollo de conciencia sobre fuente externa de satisfacción de necesidades.
6 a 9 años. Aprendizaje para formar relaciones satisfactorias con pares.	3 a 6 años. Desarrollar un sentido de propósito y la habilidad de iniciar y dirigir actividades propias.	5 a 10 meses. Comienzo de reconocimiento primario de separación de la figura materna.
9 a 12 años. Aprendizaje para formar relaciones satisfactorias con personas del mismo sexo; el inicio de sentimientos de afecto por otra persona.	6 a 12 años. Adquirir un sentido de autoconfianza al aprender, competir, rendimiento exitoso, y recibir reconocimiento de otras personas, compañeros y conocidos importantes.	10 a 16 meses. Incremento de independencia a través del funcionamiento locomotor; sentido incrementado de la separación de sí mismo.
12 a 14 años. Aprendizaje para formar relaciones satisfactorias con personas del sexo opuesto; desarrollo de sentido de identidad.	12 a 20 años. Integrar las tareas dominadas en las etapas previas a un sentido seguro de sí mismo.	16 a 24 meses. Profunda conciencia de la separación de sí mismo; aprendizaje sobre búsqueda de “recaptura emocional” de la figura materna para mantener sentimientos de seguridad.
14 a 21 años. Establecimiento de identidad propia; experimentación de relaciones satisfactorias; trabajo para desarrollar una relación íntima y duradera con el sexo opuesto.	20 a 30 años. Formar una relación intensa y duradera, o un compromiso con otra persona, causa, institución o esfuerzo creativo.	24 a 36 meses. Sentido de la separación establecido; en la vía de la constancia objetal: capacidad de internalizar una imagen sostenida de objeto/persona amada cuando está fuera de vista; resolución de la ansiedad de separación.
	30 a 65 años. Lograr las metas de vida establecidas para sí mismo, mientras es considerado también el bienestar de generaciones futuras.	
	65 años a la muerte. Repasar la propia vida y derivar el significado de eventos positivos y negativos, mientras es obtenido un sentimiento positivo de valor propio.	

Una dificultad importante para los psiquiatras es establecer una clasificación de estos trastornos. El *DSM-IV-TR* proporciona criterios específicos de estos en tres grupos, que están descritos a continuación, además de los trastornos clasificados en cada uno:

1. Grupo A: Comportamientos descritos como extraños y excéntricos.
 - a. Trastorno de personalidad paranoide.
 - b. Trastorno de personalidad esquizoide.
 - c. Trastorno de personalidad esquizotípica.
2. Grupo B: Comportamientos descritos como dramáticos, emocionales o erráticos.
 - a. Trastorno de personalidad antisocial.
 - b. Trastorno de personalidad límitrofe.
 - c. Trastorno de personalidad histriónica.
 - d. Trastorno de personalidad narcisista.
3. Grupo C: Comportamientos descritos como ansiosos o temerosos.
 - a. Trastorno de personalidad dependiente.
 - b. Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva.

NOTA: La tercera edición del *DSM* incluyó el trastorno de personalidad pasivo-agresiva en el grupo C. En el *DSM-IV-TR* este trastorno fue incluido en la sección “Criterios proporcionados para más estudios”. Para

propósitos de este texto, el trastorno de personalidad pasiva-agresiva está descrito en el grupo C.

De manera histórica, los individuos con trastornos de personalidad son etiquetados como “malos” o “inmorales” y como desviaciones en la variedad de dimensiones de personalidad normal. Los eventos y las secuencias que resultan en la patología de la personalidad presentan complicaciones y son difíciles de aclarar. Es necesario continuar con los estudios para entender este fenómeno de comportamiento tan complejo.

TIPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Trastorno de Personalidad Paranoide

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

El *DSM-IV-TR* define el trastorno de personalidad paranoide como “suspicacia dominante y desconfianza hacia los demás de tal modo que sus motivos se interpretan como malévolos, al inicio de la juventud, y se presentan en gran variedad de contextos” (APA, 2000). Sadock y Sadock (2003) identifican como rasgos característicos la suspicacia,

cia prolongada y la desconfianza hacia los demás en general. La prevalencia es difícil de establecer debido a que los individuos con este trastorno casi no buscan ayuda o requieren hospitalización. Cuando recurren al tratamiento lo hacen por insistencia de otras personas, ya que pueden ser capaces de controlarse lo suficiente de modo que su comportamiento no parezca de inadaptación. El trastorno es diagnosticado con más frecuencia en varones que en mujeres.

Cuadro Clínico

Los individuos con trastorno de personalidad paranoide están en guardia constante, hipervigilante, y listos para enfrentar cualquier amenaza real o imaginaria; parecen tensos e irritables; desarrollan una apariencia exterior dura y son inmunes o insensibles a los sentimientos de los demás; evitan interacciones con otras personas, a menos que sean forzados a renunciar a un poco de su propio poder; siempre sienten que los demás quieren tomar ventaja de ellos.

Estas personas son en extremo sensibles y tienden a malinterpretar las más pequeñas señales en el ambiente, las magnifican y distorsionan en pensamientos engañosos y decepcionantes. Debido a que no confían en nadie, “prueban” de manera constante la honestidad de los demás; sus maneras intimidantes provocan exasperación y enojo de la mayoría con quien tienen contacto.

Aquellos individuos con personalidad paranoide mantienen su autoestima por atribución de sus defectos a los demás, o sea, no aceptan la responsabilidad de sus comportamientos y sentimientos sino que los proyectan en otras personas. Son envidiosos y hostiles hacia quienes tienen éxito, y la única razón de su propia falta de reconocimiento es porque han sido tratados de manera injusta. Las personas paranoídes son en extremo vulnerables por lo que de manera habitual están a la defensiva; cualquier amenaza real o imaginaria puede liberar hostilidad y enojo, que son alimentados por animosidades del pasado. El deseo de represalia y vindicación es tan intenso que es posible que pierdan el control, lo que puede ocasionar agresión y violencia. Estos exabruptos por lo general son breves, y la persona paranoide pronto retoma el control externo, racionaliza su comportamiento, y reconstruye las defensas a su patrón de personalidad.

Implicaciones Etiológicas

Las investigaciones indican un posible vínculo hereditario en el trastorno de personalidad paranoide. Los estudios revelaron una mayor incidencia de este padecimiento entre familiares de pacientes con esquizofrenia que entre sujetos testigo (Sadock y Sadock, 2003).

Desde el punto de vista psicosocial, las personas con este trastorno pueden ser sujetos de antagonismo parental y acoso. Parecen servir de “chivos expiatorios” para la agresión desplazada por parte de los padres y de manera gradual renuncian a la esperanza de afecto y aprobación. Aprenden a percibir el mundo como amenazante y desagradable, un lugar que reclama vigilancia protectora y desconfianza; entran en él con una actitud resentida ya que encuentran muchos deseires y rechazos por parte de quienes lo rodean, por lo que en anticipación a ser humillados y traicionados, las personas paranoides aprenden a atacar primero.

Trastorno de Personalidad Esquizoide

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

Una primera característica de la personalidad **esquizoide** es un profundo defecto en la capacidad para formar relaciones personales o responder a los demás de manera significativa y emocional (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Estos individuos muestran un patrón de vida de retramiento social, y su incomodidad con la interacción es evidente. La prevalencia de la personalidad esquizoide dentro de la población general está considerada entre 3 y 7.5%. Un gran número de personas con el trastorno no aparecen en el escenario clínico, por lo que la proporción de género de este padecimiento es desconocida aunque puede decirse que es más frecuente en varones.

Cuadro Clínico

Las personas con trastorno de personalidad esquizoide parecen frías, distantes e indiferentes hacia los demás; prefieren trabajar en aislamiento y no son sociables; con poca necesidad o ningún deseo de lazos emocionales, y son capaces de invertir gran cantidad de energía afectiva en pasatiempos intelectuales.

En presencia de los demás parecen tímidos, ansiosos o inseguros; son demasiado serios con respecto a todo y tienen dificultades en actuar en una forma frívola; su comportamiento y conversación son poco o nada espontáneos. De manera habitual, son incapaces de experimentar placer, y su afecto por lo general es insulso y limitado.

Implicaciones Etiológicas

Aunque el papel de la herencia en la etiología del trastorno de personalidad esquizoide no está claro, la característica de introversión parece ser un rasgo heredado (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Son necesarias más investigaciones antes de hacer declaraciones definitivas.

Desde la visión psicosocial, el desarrollo de la personalidad esquizoide está influenciado tal vez por los patrones tempranos de interacción que la persona aprecia como

fríos e insatisfactorios. La niñez de estos individuos con frecuencia está caracterizada como sombría, fría, y de manera notable carente de crianza y empatía. Un niño con este tipo de crianza puede convertirse en un adulto esquizoide si presenta una disposición de temperamento de timidez, ansiedad e introversión. Phillips, Yen y Gunderson (2003) explican:

Los médicos han observado que la personalidad esquizoide se presenta en adultos que experimentaron relaciones frías, negligentes y poco gratificantes en la niñez temprana, lo que conduce a estas personas a asumir que las relaciones no son valiosas ni meritorias de conservar (pp. 812-813).

Trastorno de Personalidad Esquizotípica

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

Los individuos con este trastorno fueron descritos en un tiempo como “esquizofrénicos latentes”. Su comportamiento es raro y excéntrico pero no empeora al grado de esquizofrénica. La personalidad esquizotípica es una forma agravada de la patología menos comprometida de la personalidad esquizoide. Los estudios indican que alrededor de 3 % de la población tiene este trastorno (APA, 2000).

Cuadro Clínico

Los individuos con personalidad esquizotípica son distantes y aislados, su comportamiento es insulso y apático. El pensamiento mágico, ideas de referencia, ilusiones y despersonalización son parte de su mundo diario; ejemplos de esto incluyen supersticiones, creencias en la clarividencia, telepatía, o “sexto sentido”; y las creencias de que “otros pueden percibir mis sentimientos” (APA, 2000).

El patrón del discurso algunas veces es bizarro; las personas con este trastorno con frecuencia no pueden orientar sus pensamientos de manera lógica y divagan en irrelevancias personales y tangenciales, desviadas e impertinentes en relación con el tema del que hablan. Esta característica de su personalidad por sí sola los aísla de los demás.

En condiciones de estrés estos sujetos pueden empeorar y demostrar síntomas psicóticos, como pensamientos delirantes, alucinaciones, o comportamientos raros, pero que por lo general son de poca duración (Sadock y Sadock, 2003). Con frecuencia hablan y gesticulan con ellos mismos, como si “vivieran en su propio mundo”. Su afecto es insulso o inapropiado, como reírse de sus propios problemas o en una situación en la que la mayoría consideraría triste.

Implicaciones Etiológicas

Ciertas evidencias sugieren que la personalidad esquizotípica es más común entre los parientes de primer grado de

las personas con esquizofrenia que entre la población general, lo que indica un posible factor hereditario (APA, 2000).

Aunque se cree que otros factores biogénicos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno incluyen deficiencias anatómicas o disfunciones neuroquímicas, que resultan en actividad reducida, sensibilidad placodolor mínima, y funciones cognitivas alteradas. Estos factores biológicos apoyan la estrecha relación entre el trastorno de personalidad esquizotípica y la esquizofrenia, y fueron considerados cuando fue clasificada la personalidad esquizotípica con la esquizofrenia, en lugar de ponerla en la categoría de trastornos de personalidad en el *International Classification of Diseases (ICD-10)* (Phillips, Yen, y Gunderson, 2003).

Las dinámicas de familia más tempranas de los individuos con personalidad esquizotípica están caracterizadas por la indiferencia, frialdad, o formalidad, que conducen a un patrón de incomodidad con el afecto y cercanía personal. Desde temprano, las deficiencias afectivas los hacen poco atractivos y compañeros sociales poco satisfactorios. Parecen esquivos, desconsiderados, rechazados, y humillados por los demás, lo que ocasiona sentimientos de baja autoestima y una marcada desconfianza hacia las relaciones interpersonales. Después de enfrentarse en repetidas ocasiones con estas adversidades, empiezan a retraerse y reducir el contacto con personas y situaciones que evocan tristeza y humillación; su nuevo mundo interno les proporciona una existencia significativa y en gran medida más gratificante que la que experimentan en la vida real.

Trastorno de Personalidad Antisocial

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

La personalidad antisocial es un patrón de comportamiento irresponsable, abusivo, y exculpatorio que refleja falta de consideración por los derechos de los demás (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Estos individuos explotan y manipulan a otras personas por beneficios personales y tienen completa falta de respeto por la ley. Tienen dificultades para conservar empleos y para desarrollar relaciones estables.

Es uno de los más antiguos y mejor investigados de los trastornos de personalidad y está en todas las decisiones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. En Estados Unidos, la prevalencia es considerada de 3 % en varones por 1 % en mujeres (APA, 2000). Es el trastorno más común entre las clases socioeconómicas bajas, en particular entre los residentes transitorios de las áreas urbanas empobrecidas (Sadock y Sadock, 2003). El *ICD-10* identifica este trastorno como *trastorno de personalidad disocial*.

NOTA: El cuadro clínico, las implicaciones etiológicas, diagnósticos de enfermería, y las intervenciones para la atención de pacientes con personalidad antisocial aparecen más adelante en este capítulo.

Trastorno de Personalidad Limítrofe

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

Una característica de este trastorno es un patrón de relaciones intensas y caóticas, con inestabilidad afectiva y actitudes fluctuantes hacia otras personas. Estos individuos son impulsivos, autodestructivos de manera directa o indirecta, y carecen de un claro sentido de identidad. Su prevalencia está considerada entre 2 a 3% de la población. Es la forma más común de trastorno de personalidad, que ocurre en todas las culturas (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Es más común en mujeres que en varones, la proporción es mayor a cuatro a uno (Finley-Belgrad y Davies, 2006). El *ICD-10* lo identifica como *trastorno de personalidad inestable emocionalmente*.

NOTA: El cuadro clínico, implicaciones etiológicas, diagnósticos de enfermería, e intervenciones para la atención con personalidad limítrofe están más adelante en este capítulo.

Trastorno de Personalidad Histriónica

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

La personalidad **histriónica** tiene como característica un comportamiento llamativo, dramático y extrovertido en personas excitables y emotivas. Tienen dificultades en conservar relaciones duraderas, aunque requieren afirmación constante de aprobación y aceptación por parte de otras personas. La prevalencia del trastorno es de 2 a 3%, y es más común en mujeres que en varones.

Cuadro Clínico

Las personas con este trastorno tienden a ser muy dramáticas, buscan tener atención, son muy gregarios y seductores; utilizan la manipulación y comportamientos exhibicionistas en sus demandas para ser el centro de la atención. Las personas con personalidad histriónica con frecuencia demuestran, de manera patológica, lo que nuestra sociedad tiende a adoptar y admirar en sus miembros: ser atractivos, exitosos, populares, extrovertidos y sociables. Sin embargo, debajo de estas características superficiales existe una necesidad que consume todo para sentirse aprobados y un esfuerzo desesperado por ser llame-

ativos, evocar el afecto y llamar la atención a toda costa; si no lo consiguen con frecuencia tienen sentimientos de rechazo y ansiedad.

Los individuos con este trastorno son distraídos y volubles por naturaleza; tienen dificultad en poner atención a los detalles. Se describen a sí mismos como despreocupados y sofisticados por un lado, pero son inhibidos e inocentes por otro. Tienden a ser muy sugestionables, impresionables, e influenciables por otras personas; son en gran medida dependientes.

Sus relaciones interpersonales son fugaces y superficiales; estas personas tienen dificultades para desarrollar sentimientos de plenitud y carecen de recursos para apoyarse, también carecen de la capacidad para brindar a otras personas afecto de manera perdurable y genuina. Las quejas somáticas son comunes en estos individuos, y presentan episodios fugaces de psicosis durante períodos de estrés extremo.

Implicaciones Etiológicas

Las correlaciones neurobiológicas proponen que existe una predisposición al trastorno de personalidad histriónica. Coccaro y Siever (2000) relacionan las características de mayor sensibilidad y reactividad a los estímulos ambientales por aumento de la actividad noradrenérgica en el individuo con este padecimiento; también sugieren que la característica de la impulsividad puede estar relacionada con disminución en la actividad de la serotonina.

Otro factor también puede ser la heredabilidad, ya que parece ser más común entre parientes de primer grado de personas con el trastorno que en la población general. Phillips, Yen y Gunderson (2003) sugieren que las características de comportamiento de la personalidad histriónica pueden estar relacionadas con un temperamento determinado por la biogenética. Desde esta perspectiva, este padecimiento surge de “una variación extrema de disposición temperamental”.

Desde una perspectiva psicosocial, las experiencias de aprendizaje pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. El niño puede aprender que el reforzamiento positivo fue supeditado a la capacidad de realizar comportamientos aprobados y admirados por los padres.

La aceptación y aprobación de los padres están presentes de manera inconstante y sólo cuando dichos comportamientos satisfacen las expectativas de los padres. Hanning (2007) comenta:

Las causas del origen [del trastorno de personalidad histriónica] son una relación no consolidada con la madre y una relación abusiva con el padre. Cuando el niño no es el centro de la atención de los padres, la carencia de vínculo y la priva-

ción deja al niño deseoso de la atención, aprobación, alabanza y protección.

Trastorno de Personalidad Narcisista

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

Aquellas personas con este tipo de personalidad tienen un exagerado sentido de autovaloración; carecen de empatía y son hipersensibles a la evaluación de otras personas. Creen tener el derecho inalienable de recibir consideración especial y que su deseo es suficiente justificación para poseer lo que sea que busquen.

El diagnóstico aparece por primera vez en la primera edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Sin embargo, el concepto de **narcisismo** tiene sus raíces en el siglo XIX. Fue visto por los primeros psicoanalistas como una fase normal del desarrollo psicosexual. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) estima que el trastorno ocurre en 2 al 16% de la población general. Es diagnosticado con más frecuencia en varones que en mujeres.

Cuadro Clínico

Los individuos con personalidad narcisista parecen carecer de humildad, son egocéntricos y abusan de los demás para satisfacer sus propios deseos. Con frecuencia no conciben que su comportamiento sea inapropiado u objetable; autoconsiderados como seres "superiores", piensan que son merecedores de derechos y privilegios especiales.

Aunque con frecuencia se sustenta en distorsiones grandiosas de la realidad, su ánimo por lo general es optimista, relajado, encantador y despreocupado; pueden cambiar con facilidad, por su frágil autoestima. Si no satisfacen sus propias expectativas no reciben la retroalimentación que esperan de otras personas, o si escuchan críticas responden con ira, vergüenza, humillación, o rechazo; entonces son introspectivos y fantasean racionalizaciones que los convencen de su estatura y perfección.

El abuso de otras personas por su autogratificación provoca relaciones interpersonales alteradas; para seleccionar una pareja, los individuos narcisistas con frecuencia eligen personas que les proporcionen alabanzas y retroalimentación positiva que requieren y que no piden mucho a cambio.

Implicaciones Etiológicas

Existen varias teorías en relación a la predisposición a la personalidad narcisista. Phillips, Yen y Gunderson (2003)

sugieren que, como niños, estos individuos tienen temores, fracasos o necesidades de dependencia que fueron respondidos con crítica, desprecio o negligencia. Crecen con el desprecio por estos comportamientos en ellos mismos y los demás, son incapaces de ver a otras personas como fuentes de consuelo y apoyo. Proyectan una imagen de invulnerabilidad y autosuficiencia que esconden su verdadera sensación de vacío y contribuyen a su incapacidad de sentir de manera profunda.

Mark (2002) sugiere que los padres de los individuos con personalidad narcisista con frecuencia padecen el mismo problema. Los padres son demandantes, perfeccionistas, críticos, y proponen expectativas no realistas en sus hijos. Los niños tienen el comportamiento modelo de sus padres, lo que da paso al adulto narcisista. Mark (2002) también sugiere que los padres pueden abusar del niño de manera física o emocional, o ser negligentes.

El desarrollo del narcisismo también proviene de un ambiente en el cual los padres intentan vivir sus vidas de manera indirecta a través del niño, es decir, esperan que su hijo alcance las cosas que ellos no obtuvieron, tengan lo que ellos no tuvieron, y vivan mejor y con mayor facilidad que ellos. El niño está sujeto a los requerimientos y restricciones que tuvieron sus padres en sus vidas; por lo tanto, crece con la idea de que está por encima de lo que es necesario para los demás. Mark (2002) menciona:

[Algunos] investigadores creen que los padres que son muy indulgentes con sus hijos o que brindan halagos y no ponen límites en lo que es apropiado en el comportamiento de sus hijos también pueden producir adultos con personalidad narcisista. El mensaje parece ser la inconsistencia —inconsistencia en la crianza—, el niño no sabe a dónde dirigirse o cómo comportarse de manera apropiada; no saben cuál es la realidad y cuál es la fantasía. Esto es, por supuesto, un aspecto importante de los síntomas del trastorno de personalidad narcisista —los enfermos tienden a esquivar la realidad.

Trastorno de Personalidad por Evitación

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

La persona con este tipo de trastorno es en extremo sensible al rechazo por lo que puede llevar una vida muy retraída; no es que sea antisocial, de hecho, puede existir un fuerte deseo de compañía. La excesiva timidez y el miedo al rechazo, sin embargo, crean necesidades inusuales de aceptación sin críticas (Sadock y Sadock, 2003). La prevalencia del trastorno en la población general está

entre 0.5 y 1%, y parece común tanto en mujeres como en varones (APA, 2000).

Cuadro Clínico

Estos individuos sienten extrañeza e incomodidad en situaciones sociales. Desde cierta distancia, la gente los percibe como tímidos, retraídos, o tal vez fríos y raros. Aquellos que tienen relaciones más estrechas con ellos, sin embargo, aprenden que son sensibles, susceptibles, evasivos y desconfiados.

Su discurso por lo general es lento y limitado, con dudas frecuentes, secuencias de pensamientos fragmentados, y a veces interrupciones irrelevantes y confusas. Con frecuencia están solos y expresan el sentimiento de que nadie los quiere; ven a los demás como críticos, traidores y humillantes, y aunque desean tener relaciones cercanas las evitan por temor a ser rechazados. Es común que estos individuos experimenten depresión, ansiedad y enojo con ellos mismos por no poder desarrollar relaciones sociales.

Implicaciones Etiológicas

Es posible que exista una influencia hereditaria en el trastorno de personalidad por evitación debido a que está presente con más frecuencia en ciertas familias (Rettew y Jellinek, 2006). Algunos niños que muestran características de comportamiento de hiperirritabilidad, protesta, tensión y retraimiento, presentan una disposición de temperamento hacia el patrón personalidad por evitación.

La primera influencia predisponente psicosocial para esta personalidad es el rechazo y censura de los padres, que con frecuencia es reforzado por los pares (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Estos niños por lo general son criados por una familia en la cual son menospreciados, abandonados y criticados, de tal modo que cualquier optimismo natural desaparece y es remplazado por sentimientos de minusvalía y alienación social. Aprenden a ser suspicaces y ven al mundo como hostil y peligroso.

Trastorno de Personalidad Dependiente

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

Este trastorno está caracterizado por “una necesidad dominante y excesiva de ser cuidado, lo que lleva a un comportamiento sumiso y apegado, que teme a la separación” (APA, 2000). Estas características son evidentes en la tendencia a permitir que los otros tomen decisiones, sentirse indefensos cuando están solos, actúan de manera sumisa, le dan más importancia a las necesidades de otras personas, toleran maltratos, para ganar aceptación recurren a la autodgradación, y fracasan para funcionar de

manera adecuada en situaciones que requieren comportamientos asertivos o dominantes.

La perturbación es en cierta medida común. Sadock y Sadock (2003) discuten los resultados en los cuales 2.5% de la muestra fue diagnosticada con trastorno de personalidad dependiente; es más común en mujeres que en hombres, y en los niños más pequeños de la familia.

Cuadro Clínico

Los individuos con este padecimiento carecen de manera notable de autoconfianza, que con frecuencia es aparente en su postura, voz y manerismos. En general son pasivos y aquiescentes a los deseos de los demás; son generosos en exceso y considerados, y subestiman su propio atractivo y sus logros. Para las otras personas parecen “ver el mundo de color de rosa”, pero cuando están solos son pesimistas, descorazonados, y rechazados; los demás no están conscientes de estos sentimientos, su “sufrimiento” es en silencio.

Aquellos con personalidad dependiente asumen el rol pasivo y sumiso en las relaciones. Están dispuestos a que otras personas tomen importantes decisiones por ellos. Cuando termina la relación dependiente, parecen indefensos y temerosos porque no sienten ser capaces de cuidar de sí mismos (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Pueden intentar a toda prisa y de manera indiscriminada establecer otra relación con alguien que consideren les va a proporcionar cuidados y la orientación que necesitan.

Evitan posiciones de responsabilidad y son muy ansiosos cuando los fuerzan. Tienen sentimientos de baja autoestima y pueden sentirse lastimados con facilidad cuando los critican o desaprueban, hacen casi cualquier cosa, incluso si es desagradable o denigrante para ganarse la aceptación de todos.

Implicaciones Etiológicas

Un niño puede estar genéticamente predispuesto a un temperamento dependiente. Los estudios que miden la sumisión en gemelos muestran una mayor correlación entre gemelos idénticos que entre gemelos fraternos.

Desde la perspectiva psicosocial, la dependencia es adoptada en la infancia cuando la estimulación y la crianza son experimentadas de manera exclusiva de una fuente. Surge un gran apego del niño hacia esa persona y excluye al resto. Si este apego exclusivo continúa conforme el niño crece, fomenta la dependencia. Puede surgir un problema cuando los padres son sobreprotectores y desalientan los comportamientos de independencia por parte del niño.

Los padres que hacen, sin necesidad, las nuevas experiencias fáciles para el niño y evitan que aprenda por su propia experiencia animan al niño a que renuncie a los

esfuerzos por alcanzar su autonomía. Los comportamientos dependientes pueden recompensarse de manera sutil en este ambiente, y el niño empieza a temer la pérdida de amor o unión de la figura paterna si intenta comportamientos de independencia.

Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsiva

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

Individuos que manifiestan este trastorno son muy serios y formales, con dificultades en expresar sus emociones. Son demasiado disciplinados, perfeccionistas y les preocupan las reglas; son inflexibles con respecto a cómo hacer las cosas y sienten devoción por la productividad a la vez que excluyen el placer personal. Son muy temerosos de cometer errores, lo que les dificulta tomar decisiones. El trastorno es en cierto grado común y está presente con más frecuencia en mujeres que en varones; dentro de la familia ocurre en los niños mayores.

Cuadro Clínico

Los individuos con personalidad obsesivo-compulsiva son inflexibles y carecen de espontaneidad; son meticulosos, por lo que trabajan con diligencia y paciencia en tareas que requieren exactitud y disciplina. En especial les interesan los asuntos de organización y eficiencia, tienden a ser rígidos y terminantes sobre las reglas y los procedimientos.

El comportamiento social tiende a ser amable y formal, están muy “conscientes del rango”, una característica que reflejan en sus comportamientos contrastantes, con los “superiores” opuestos a los “inferiores”. Pueden ser solícitos y obsequiosos con figuras de autoridad, sin embargo, con los subordinados, la persona compulsiva es autocrática y condenatoria, con frecuencia su comportamiento es pomposo y autosuficiente.

Las personas obsesivo-compulsivas son tipificadas con la “personalidad burocrática”, el supuesto hombre de empresa. Pueden verse a sí mismos como concienzudos, leales, fiables y responsables; pero son despectivos con las personas cuyo comportamiento consideran frívolo e impulsivo. El comportamiento emocional lo consideran inmaduro e irresponsable.

Aunque en la superficie estos individuos parecer calmados y controlados, debajo de este exterior existe una gran ambivalencia, conflicto y hostilidad. Los sujetos con este trastorno de manera habitual utilizan la defensa del mecanismo de formación de reacción. No pueden exponer sus verdaderos sentimientos desafiantes y su enojo; guardan

lo que sienten con tanta intensidad que surgen sentimientos opuestos. Las defensas de aislamiento, intelectualización, racionalización, formación reactiva, y la reparación también con frecuencia son evidentes (Phillips, Yen y Gunderson, 2003).

Implicaciones Etiológicas

Desde el punto de vista psicoanalítico, la crianza del individuo con personalidad obsesivo-compulsiva es demasiado controlada. Los padres esperan que los niños vivan con sus estándares de conducta y los condenan en caso de no hacerlo. El reconocimiento por los comportamientos positivos es otorgado al niño con mucha menos frecuencia que el castigo por comportamientos no deseables. En este ambiente, los individuos llegan a convertirse en expertos en aprender lo que *no* deben hacer para evitar el castigo y la condena, en lugar de aprender lo que *pueden* hacer para conseguir la atención y reconocimiento; por consiguiente, sólo aprenden a tener en cuenta las restricciones y las reglas. Nada más los logros positivos son esperados, se dan por garantizados, y sólo en ocasiones reciben el reconocimiento de los padres, cuyos comentarios y juicios están limitados a señalar las transgresiones y las infracciones de las reglas.

Trastorno de Personalidad Pasivo-Agresiva

Definición y Estadísticas Epidemiológicas

El *DSM-IV-TR* define este trastorno como un patrón dominante de actitudes negativas y resistencia pasiva a las demandas para rendimiento adecuado en las situaciones sociales y ocupacionales que inician en la juventud, y aparece en gran variedad de contextos. El nombre del trastorno está basado en la suposición de que tales personas expresan de manera pasiva la agresión encubierta. Este trastorno es incluido en todas las ediciones de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, y aunque no existen estadísticas que indiquen su prevalencia, el síndrome parece ser común.

Cuadro Clínico

Los individuos **pasivo-agresivos** sienten engaño y menosprecio. Consideran que la vida no ha sido amable con ellos, expresan envidia y resentimiento por la “vida fácil” que según ellos tienen los demás. Cuando sienten que otra persona los agravia, buscan venganza, o tratan de “quedarse a mano”, pero siempre de manera sutil y pasiva

en lugar de discutir sus sentimientos con el ofensor. Demuestran resistencia pasiva y dificultan la situación en respuesta a las expectativas de los demás.

Como táctica de comportamiento interpersonal, estos individuos en general cambian los roles de mártir, ofendido, agraviado, incomprendido, contrito, culpado, enfermizo, y esforzado. De esta forma pueden desahogar su enojo y resentimiento de manera sutil, al mismo tiempo que llaman la atención, protección y dependencia que anhelan.

Implicaciones Etiológicas

Actitudes y comportamientos contradictorios por parte de los padres están relacionadas con la predisposición al trastorno de personalidad pasivo-agresiva. En la dinámica del núcleo familiar, en cualquier momento y sin provocación, estos niños reciben el cariño y el apoyo que necesitan, o rechazo y hostilidad. Las respuestas paternas son inconsistentes e impredecibles, estos niños interiorizan las actitudes conflictivas en ellos mismos y los demás. Por ejemplo, no saben si son competentes o incompetentes, no saben si amar u odiar a aquellos de quienes dependen.

También puede observarse la comunicación de doble dependencia en estas familias; es decir, las expresiones de afecto e interés pueden ser verbales, para ser negadas y anuladas por medio de comportamientos sutiles y dudosos. Este patrón de *acercamiento-rechazo* es modelado por los niños, quienes también convierten sus propios pensamientos y acciones en equívocos y ambivalentes.

A través de este ambiente, los niños aprenden a controlar su enojo por miedo a provocar el rechazo de los padres y no recibir amor y apoyo —aun sin motivo evidente. De manera abierta el niño parece amable y no demandante; la hostilidad y la inefficiencia aparecen de manera encubierta e indirecta.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Trastorno de Personalidad Limítrofe

Valoración de Antecedentes

Desde la perspectiva histórica, ha existido un grupo de pacientes que no coincide de manera clásica con las categorías estándar de las neurosis o psicosis, por lo cual fue incorporada la designación “limítrofe” para identificar estos pacientes que parecen estar entre las dos categorías. Otra terminología utilizada para identificar este trastorno es *esquizofrenia ambulatoria*, *esquizofrenia seudoneurótica*, y *personalidad emocionalmente inestable*. Cuando el término

limítrofe fue propuesto por primera vez para la tercera edición del *DSM*, algunos médicos pensaron que podría utilizarse como diagnóstico “de desecho” para pacientes difíciles de tratar. Sin embargo, fue establecida una serie de criterios para diagnosticar lo que ha sido descrito como “un curso invariable y consistente de comportamiento inestable” (recuadro 21-1).

Cuadro Clínico

Aquellas personas con personalidad limítrofe siempre parecen estar en estado de crisis. Sus emociones son de gran intensidad, lo cual es reflejado en cambios frecuentes en el comportamiento, y que ocurren en días, horas o incluso minutos. Con frecuencia estos individuos muestran un estado de ánimo dominante, como depresión, que puede dar salida de manera periódica a episodios de agitación o exabruptos inapropiados de enojo.

RECUADRO 21-1 Criterios de Diagnóstico para Trastorno de Personalidad Limítrofe

Un patrón dominante de inestabilidad de relaciones interpersonales, autoimagen, afectos, y marcada impulsividad iniciada en la juventud y ocurre en una variedad de contextos, como indican cinco o más de los siguientes signos:

1. Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginado. **NOTA:** no incluye suicidio o comportamiento de auto-mutilación cubierto en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones inestables e intensas caracterizado por alternancia de idealización y devaluación.
3. Identidad perturbada: autoimagen o sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en por lo menos dos áreas que son en gran medida perjudiciales (p. ej., despil�ar, sexo, abuso de sustancias, manejar con descuido, comer de manera compulsiva). **NOTA:** no incluye suicidio o automutilación cubiertos en el criterio 5.
5. Comportamiento suicida recurrente, gestos, amenazas o automutilación.
6. Inestabilidad afectiva por reactividad marcada de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad, o ansiedad, por lo general presente por algunas horas y en raras ocasiones por días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Enojo intenso, inapropiado o difícil de controlar el enojo (p. ej., frecuentes desplantes, enojo constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas pasajeras paranoides relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves.

Fuente: De APA (2000), con permiso.

Depresión Crónica

Es tan común la depresión en los pacientes con este trastorno que antes de clasificar el trastorno de personalidad límitrofe en el *DSM*, muchos pacientes eran diagnosticados como deprimidos. La depresión aparece en respuesta a los sentimientos de abandono por la madre en la infancia (ver “*Implicaciones etiológicas*”). La depresión subyacente es un sentimiento de ira que de manera esporádica puede interiorizarse o exteriorizarse al medio. El individuo apenas está consciente de estos sentimientos hasta que recibe terapia a largo plazo.

Incapacidad para Estar Solo

Debido al sentimiento crónico de abandono, los enfermos con este trastorno casi no toleran estar solos; prefieren una búsqueda frenética de compañía, sin importar que sea insatisfactoria, a permanecer con sentimientos de soledad, vacío y aburrimiento (Sadock y Sadock, 2003).

Patrones de Interacción

Aferrarse y Distanciarse

El individuo con personalidad límitrofe de manera habitual muestra un patrón de interacción con otras personas caracterizado por el apego a alguien; pueden mostrarse indefensos, dependientes, e incluso con comportamientos infantiles. Idealizan a la persona con quien quieren pasar todo el tiempo, con quien expresan una intensa necesidad de hablar, o buscan protección constante. Es posible que presenten comportamientos inapropiados, incluso mutilación cuando no pueden estar con la persona elegida.

En cambio, los comportamientos de distanciamiento están caracterizados por hostilidad, enojo, y devaluación de los demás, que surgen de un sentimiento de incomodidad con la intimidad; además estos comportamientos son una respuesta a separaciones, confrontaciones, o intentos por limitar ciertas conductas. El menosprecio hacia otras personas es evidente por desacreditación o socavando sus cualidades y lo importantes que son para ellos.

Separación

La **separación** es un mecanismo de defensa del yo primitivo, común en personas con este trastorno, que surge de no poder alcanzar la **constancia del objeto**, visible por una incapacidad de integrar y aceptar tanto los sentimientos positivos y negativos.

Desde su punto de vista, las personas —incluso ellos mismos— y las situaciones de vida son buenas o malas. Por ejemplo, si la persona que los cuida es cariñosa y los

apoya, la idealizan como encantadora; pero si la relación afectuosa es amenazadora de cualquier forma (p. ej., la persona debe mudarse por su trabajo), de manera repentina la persona es devaluada, y la imagen idealizada cambia de beneficiaria a odiada y cruel perseguidora.

Manipulación

En sus esfuerzos por prevenir la separación, que con tanta desesperación temen, los pacientes con este trastorno pueden convertirse en maestros de la manipulación; entonces casi cualquier conducta es aceptable como un medio para conseguir el resultado deseado: aliviar la ansiedad de la separación. Jugar a enfrentar a una persona con otra es una estrategia común de aliviar el temor al abandono.

Comportamientos Autodestructivos

Las conductas repetitivas de automutilación son manifestaciones clásicas de este trastorno. Aunque estos actos pueden ser fatales, es más frecuente que sean gestos de manipulación diseñados para provocar una respuesta de rescate de las personas que le interesan. Con frecuencia hacen el intento; sin embargo, incorporan medidas de “seguridad” en el plan (p. ej., toman pastillas en un lugar donde la persona tiene la certeza de ser encontrada; o toman píldoras y después llaman por teléfono para avisar lo que hicieron). Otro tipo de conductas autodestructivas incluyen cortarse, arañarse, y quemarse.

Existen varias teorías sobre por qué estos individuos son capaces de causarse dolor. Una hipótesis sugiere que tienen concentraciones de endorfinas más elevadas que el resto de las personas, por lo que aumenta el umbral de dolor. Otra teoría relaciona la alteración de identidad personal del individuo; propone que a partir de que los comportamientos de automutilación aparecen en el individuo, es manifiesto un estado de despersonalización o desrealización, en principio no siente dolor, continúa con la mutilación hasta sentir dolor en un esfuerzo por contrarrestar los sentimientos de irrealidad. Algunos pacientes con trastorno de personalidad límitrofe mencionan que “...sentir dolor es mejor que no sentir”, por consiguiente el dolor valida su existencia.

Impulsividad

Estos pacientes tienen poco control de sus impulsos basados en los procesos primarios de funcionamiento. Los comportamientos impulsivos relacionados con este trastorno incluyen abuso de sustancias, apuestas, promiscuidad, manejar de manera arriesgada, comer de manera compulsiva y purgarse (APA, 2000). Muchas veces estos

comportamientos inapropiados ocurren en respuesta a sentimientos reales o percibidos de abandono.

Implicaciones Etiológicas

Influencias Biológicas

BIOQUÍMICAS. Cummings y Mega (2003) sugieren un posible efecto de serotonina en pacientes con personalidad límitrofe. En la tomografía con emisión de positrones utilizando alfa-[¹¹C] metil-L-triptófano (α -[¹¹C]MTrp), el cual refleja la capacidad de síntesis de serotonina en individuos con este trastorno, demuestra disminución de alfa-[¹¹C] metil-L-triptofano en las regiones media frontal, superior temporal, y estriadas del cerebro. Cummings y Mega (2003) mencionan que:

Estos estudios de imagenología funcional confirman las anomalías mediales y órbito-frontales que promueven los impulsos agresivos demostrados por pacientes con personalidad límitrofe (p. 230).

GENÉTICAS. La reducción de serotonina también puede tener implicaciones genéticas. Sadock y Sadock (2003) explican que la depresión es común en los antecedentes familiares de los pacientes con este trastorno. Comentan al respecto:

Estos pacientes tienen más parientes con trastornos de ánimo que los grupos testigo, y las personas con personalidad límitrofe con frecuencia padecen trastornos de ánimo.

Influencias Psicosociales

TRAUMA EN LA NIÑEZ. Las investigaciones demuestran que muchos individuos con personalidad límitrofe son criados en familias con ambientes caóticos. Finley-Belgrad y Davies (2006) establecen: “Los factores de riesgo [para trastorno de personalidad límitrofe] incluyen ambientes familiares caracterizados por trauma, negligencia o separación; la exposición a abuso sexual y físico; y psicopatología parental grave como abuso de sustancias y personalidad antisocial”.

Cuarenta del 71% de los individuos con personalidad límitrofe mencionan haber sido abusados de forma sexual, por lo general por alguien que los cuidaba (National Institute of Mental Health [NIMH], 2006). En algunos casos, este trastorno está relacionado con trastorno por estrés postraumático, en respuesta a traumas y abuso en la niñez. Oldham y colaboradores (2002) comentan lo siguiente:

Aun cuando no se presenten todos los criterios para trastorno de estrés postraumático mórbido, los pacientes con personalidad límitrofe pueden manifestar síntomas semejantes a estrés postraumático. Por ejemplo, los síntomas como intrusión,

rechazo, e hiperexcitación puede surgir durante la psicoterapia. La conciencia del trauma relacionado a la naturaleza de estos síntomas puede facilitar tanto los esfuerzos psicoterapéuticos como farmacológicos para aliviar los síntomas (p. 1267).

Factores de Desarrollo

Según la teoría de Mahler de las relaciones objetuales (Mahler, Pine y Bergman, 1975), el lactante pasa por seis fases desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, cuando queda establecido el sentido de separación de los padres. Estas fases incluyen lo siguiente:

- **Fase I (nacimiento a un mes), fase autista.** Durante este periodo, el bebé pasa la mitad del tiempo despierto y la mitad dormido. El principal objetivo es satisfacer las necesidades de supervivencia y comodidad.
- **Fase II (un mes a cinco meses), fase simbiótica.** En esta etapa, hay un tipo de unión psíquica de la madre y el niño. El niño es visto como una extensión de la figura que lo cría, aunque existe una creciente conciencia de las fuentes externas que satisfacen sus necesidades.
- **Fase III (cinco a 10 meses), fase de diferenciación.** El niño empieza a reconocer que está separado de la figura de crianza.
- **Fase IV (10 a 16 meses), fase de práctica.** Esta etapa está caracterizada por mayor funcionamiento locomotor y la capacidad para explorar el ambiente de manera independiente. Aumenta el sentido de separación del niño.
- **Fase V (16 a 24 meses), fase de reabastecimiento.** La conciencia de separación es obvia, lo que asusta al niño y quiere recuperar la cercanía, pero no a la simbiosis. El niño quiere que su madre esté cuando necesita “recarga emocional” y conservar los sentimientos de seguridad.
- **Fase VI (24 a 36 meses), fase en camino a la constancia del objeto.** En este periodo, el niño termina el proceso de individuación y aprende a relacionarse con objetos de manera efectiva y constante. Es establecido el sentido de separación, y es capaz de interiorizar una imagen constante del objeto o persona amada cuando está fuera de su vista. La ansiedad de separación queda resuelta.

El individuo con personalidad límitrofe permanece en la fase de reacercamiento de desarrollo. Esto ocurre cuando el niño empieza a separarse y mostrar autonomía; la madre, que siente seguridad en la relación mientras el niño sea dependiente, siente una amenaza conforme su hijo es cada vez más autónomo.

De hecho la madre experimenta sus propios temores de abandono, en respuesta a la separación, ésta le retira el

apoyo emocional o “recarga” que es tan necesaria durante esta fase para la seguridad del niño. En cambio, la madre recompensa el apego, los comportamientos dependientes, y castiga (retira el apoyo emocional) las conductas de independencia.

Con la sensación de sobrevivencia emocional en riesgo, el niño aprende a comportarse de manera que satisfaga los deseos de la madre; desarrolla un conflicto interno por temor al abandono; al mismo tiempo que busca la independencia común en esta etapa del desarrollo, teme que la madre le retire su apoyo emocional. Este miedo al abandono sin resolver permanece hasta la adultez. El duelo no resuelto por la crianza que no tuvieron es interiorizado como ira, que a su vez exterioriza como depresión que es tan común en individuos con personalidad límítrofe.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería son formulados a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración y los antecedentes en relación a las implicaciones etiológicas para el trastorno. Algunos de los diagnósticos comunes de enfermería para el paciente con trastorno de personalidad límítrofe incluyen:

- Riesgo de automutilación relacionado con privación emocional por parte de los padres (temor al abandono no resuelto).
- Duelo complicado relacionado con la privación durante la fase de reacercamiento del desarrollo (interiorizado como pérdida, con fijación en la etapa de enojo del proceso de duelo), evidenciado por ánimo depresivo, comportamientos inapropiados.
- Interacción social alterada relacionada con temores extremos de abandono y abatimiento, evidenciados por alternar los comportamientos de apego y distanciamiento.
- Identidad personal alterada relacionada con el subdesarrollo del Yo que puede observarse por sentimientos de despersonalización y desrealización.
- Ansiedad (grave a pánico) relacionada con problemas inconscientes basados en el temor al abandono manifestado por síntomas psicóticos temporales (pensamiento desorganizado; interpretación equivocada del ambiente).
- La baja autoestima crónica relacionada con la falta de retroalimentación positiva por la manipulación de otras personas, y la incapacidad de estar solo.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados de atención a los pacientes con trastorno de personalidad límítrofe.

El paciente:

- No se ha lastimado a sí mismo.

- Busca ayuda del personal cuando surge el deseo de automutilarse.
- Es capaz de identificar la verdadera fuente de enojo.
- Expresa su enojo de manera apropiada.
- Tiene relación con más de un miembro del personal.
- Termina las actividades de su vida diaria de manera independiente.
- No manipula a algún miembro del personal contra otro para satisfacer sus deseos.

Planeación y Realización

En el cuadro 21-2 aparecen diagnósticos de enfermería comunes para los pacientes con personalidad límítrofe en un plan de atención; además de los criterios de resultado con las intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de las interrelaciones entre diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos, y tratamientos. La figura 21-1 muestra un ejemplo de plan de atención de planificación de concepto para un paciente con personalidad límítrofe.

Evaluación

La revaloración es realizada para determinar si las acciones de enfermería tienen éxito en alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente con personalidad límítrofe puede ser más fácil con la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente es capaz de buscar al personal cuando tiene el deseo de lastimarse?
- ¿Evita lesionarse?
- ¿Puede correlacionar los momentos en que piensa en lastimarse con mayor ansiedad?
- ¿Discute sus sentimientos con el personal (en particular los sentimientos de depresión y enojo)?
- ¿Identifica la verdadera fuente hacia la cual dirigir su enojo?
- ¿El paciente entiende la base de su ira?
- ¿Expresa su enojo de manera apropiada?
- ¿El individuo funciona de manera independiente?
- ¿Tiene relación con más de un miembro del personal?
- ¿Sabe que el personal regresa y no lo va a abandonar cuando salen de trabajar?
- ¿Puede separarse del personal de manera apropiada?
- ¿El individuo retrasa la gratificación y refrena las conductas de manipulación para satisfacer sus deseos?

CUADRO 21-2 Plan de Atención al Paciente con Trastorno de Personalidad Limítrofe**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN****RELACIONADO CON:** privación emocional paternal (miedos al abandono sin resolver)

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no infinge daño en sí mismo.	<ol style="list-style-type: none"> Observe el comportamiento del paciente con regularidad. Haga esto a través de las actividades e interacciones rutinarias; evite parecer vigilante y suspicaz. Asegure un contrato verbal con el paciente para cuando aparezca el impulso para la mutilación de sí mismo, buscará a algún miembro del personal. Si la automutilación ocurre, cuide de las heridas del paciente en una manera práctica. No dé reforzamiento positivo a este comportamiento al ofrecer simpatía o atención adicional. Aliente al paciente a hablar sobre sentimientos que haya tenido antes de que este comportamiento ocurriera. Actúe como un modelo de conducta para la expresión apropiada de sentimientos de enojo, y proporcione reforzamiento positivo al paciente cuando haga intentos de ajustarse. Remueva todos los objetos peligrosos del ambiente del paciente. Si es justificado por la gravedad de la situación, el personal puede necesitar ser asignado a una base de uno a uno. 	<ol style="list-style-type: none"> La observación cercana es requerida para intervenir si es necesario y asegurar la seguridad del paciente (y de otras personas). Discutir los sentimientos de daño a sí mismo con alguien de confianza proporciona alivio al paciente. Un contrato propone el tema a discusión y coloca algo de la responsabilidad de su seguridad en el paciente. Expresa una actitud de aceptación del paciente como un individuo que vale la pena. La falta de atención hacia el comportamiento no adaptativo puede evitar su repetición. Para resolver los problemas de esta situación con el paciente, es importante el conocimiento de los factores que lo precipitan. Es vital que el paciente exprese sentimientos de enojo ya que el suicidio y otros comportamientos autodestructivos con frecuencia son vistos como resultado de la ira interiorizada. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería. A causa de su miedo extremo al abandono, los pacientes con este desorden no deben dejarse solos en un momento estresante, que agravan la ansiedad y agitación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DUELO COMPLICADO**RELACIONADO CON:** privación materna durante la fase de acercamiento en el desarrollo (interiorizada como pérdida, con fijación en la etapa de ira del proceso de aflicción)**EVIDENCIADO POR:** ánimo deprimido, mal comportamiento

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de identificar la verdadera fuente de la ira, acepta como propios los sentimientos, y los expresa en una manera socialmente aceptable como un esfuerzo de superar el proceso doloroso.	<ol style="list-style-type: none"> Expresa una actitud de aceptación que genere un ambiente no amenazador para que el paciente exprese sus sentimientos. Sea honesto y cumpla todas sus promesas. Identifique la función que la ira, la frustración y la furia cumplen para el paciente. Permitále expresar esos sentimientos dentro de la razón. Aliente al paciente a liberar la ira acumulada a través de la participación en actividades de motricidad (por ejemplo, caminatas ligeras, trote, ejercicios físicos, voleibol, boxeo, bicicleta). Investigue junto con el paciente la verdadera fuente de la ira. Esta es una terapia dolorosa que por lo usual dirige hacia la regresión mientras el paciente trata con los sentimientos del abandono temprano. Mientras la ira es desplazada hacia el enfermero o terapeuta, deben tomarse precauciones para proteger contra los efectos negativos de la contratransferencia (ver el capítulo 7). Esos son pacientes muy difíciles que tienen la capacidad de provocar sentimientos negativos por parte del terapeuta. 	<ol style="list-style-type: none"> Una actitud de aceptación transmite al paciente que usted cree que él o ella es una persona que vale la pena. Aumenta la confianza. La verbalización de sentimientos en un ambiente no amenazador puede ayudar al paciente a llegar a los términos con asuntos sin resolver. El ejercicio físico proporciona un método seguro y efectivo para liberar la tensión acumulada. La reconciliación de los sentimientos relacionados con esta etapa es necesaria antes de que la progresión a través de proceso de aflicción pueda continuar. La existencia de sentimientos negativos por parte del enfermero o terapeuta debe ser reconocida, pero ellos no deben permitir que interfiera con el proceso terapéutico.

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>6. Explique los comportamientos relacionados con el proceso normal de aflicción. Ayude al paciente a reconocer su posición en este proceso.</p> <p>7. Ayude al paciente a entender formas apropiadas de expresar la ira. Brinde reforzamiento positivo a comportamientos utilizados para expresar la ira de manera apropiada. Actúe como modelo de conducta.</p> <p>8. Establezca límites para los malos comportamientos y explique las consecuencias de la violación de esos límites. Sea un apoyo, pero consistente y firme en el cuidado de este paciente.</p>	<p>6. El conocimiento de la aceptación de los sentimientos relacionados con la aflicción normal puede ayudar a aliviar un poco la culpa que estas reacciones generan.</p> <p>7. El refuerzo positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables.</p> <p>8. El paciente carece de suficiente autocontrol para manejar los comportamientos no adaptativos, así que es necesaria ayuda por parte del personal. Sin consistencia de parte de todos los miembros del personal al trabajar con el paciente, de cualquier manera, no es posible lograr un resultado positivo.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DEFICIENTE**RELACIONADO CON:** miedos extremos al abandono y ahogamiento**EVIDENCIADO POR:** comportamientos alternados de aferramiento y distanciamiento, así como separación del personal

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no exhibe comportamientos de separación o de aferramiento y distanciamiento en relaciones con el personal o semejantes.	<p>1. Aliente al paciente a examinar esos comportamientos (para reconocer que éstos ocurren).</p> <p>2. Ayude al paciente a darse cuenta que usted está disponible, sin reforzar los comportamientos dependientes.</p> <p>3. Proporcione refuerzos positivos para los comportamientos independientes.</p> <p>4. Alterne a los miembros del personal que trabajan con el paciente para evitar el desarrollo de dependencia del paciente hacia individuos en particular.</p> <p>5. Investigue con el paciente sentimientos que estén relacionados con miedos al abandono y ahogamiento. Ayúdolo a entender que los comportamientos de aferramiento y distanciamiento son engendrados por esos miedos.</p> <p>6. Ayude al paciente a entender cómo esos comportamientos interfieren en relaciones satisfactorias.</p> <p>7. Apoye al paciente para trabajar hacia el logro de la constancia del objeto. Esté disponible, sin promover la dependencia.</p>	<p>1. El paciente puede no estar al tanto de la separación o del patrón de aferramiento y distanciamiento en la interacción con los demás. El reconocimiento debe ocurrir antes de que el cambio pueda suceder.</p> <p>2. El conocimiento sobre su disponibilidad puede proporcionar la seguridad necesaria para el paciente.</p> <p>3. El refuerzo positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables.</p> <p>4. El paciente debe aprender a relacionarse con más de uno de los miembros del personal en un esfuerzo por disminuir el uso de separación, y los miedos al abandono.</p> <p>5. La investigación de sentimientos junto con un individuo de confianza, puede ayudar al paciente a llegar a los términos con asuntos sin resolver.</p> <p>6. El paciente puede no estar al tanto de la percepción que otras personas tienen de él y de por qué esos comportamientos no son aceptables para los demás.</p> <p>7. Esto puede ayudar al paciente a resolver miedos al abandono y desarrollar la habilidad de establecer relaciones íntimas satisfactorias.</p>

- ¿Comenta sobre los recursos en la comunidad a los cuales recurrir en caso de necesitar ayuda en momentos de estrés extremo?

subyacente. En el *DSM-II* aparece como un tipo diferente de personalidad, una distinción presente en las siguientes ediciones. Los criterios de diagnóstico del *DSM-IV-TR* para personalidad antisocial están en el cuadro 21-2.

Los individuos con este trastorno no son vistos con frecuencia en la práctica clínica, y cuando lo son es como una forma de evitar las consecuencias legales. Algunas veces son admitidos en el sistema de atención a la salud por orden judicial para evaluación psicológica. Sin embargo, con mayor frecuencia estos individuos están en prisiones, cárceles y servicios de rehabilitación.

Trastorno de Personalidad Antisocial**Valoración de Antecedentes**

En el *DSM-I*, el comportamiento antisocial está clasificado como reacción “sociopática o psicótica” sintomática de cualquiera de los diferentes trastornos de personalidad

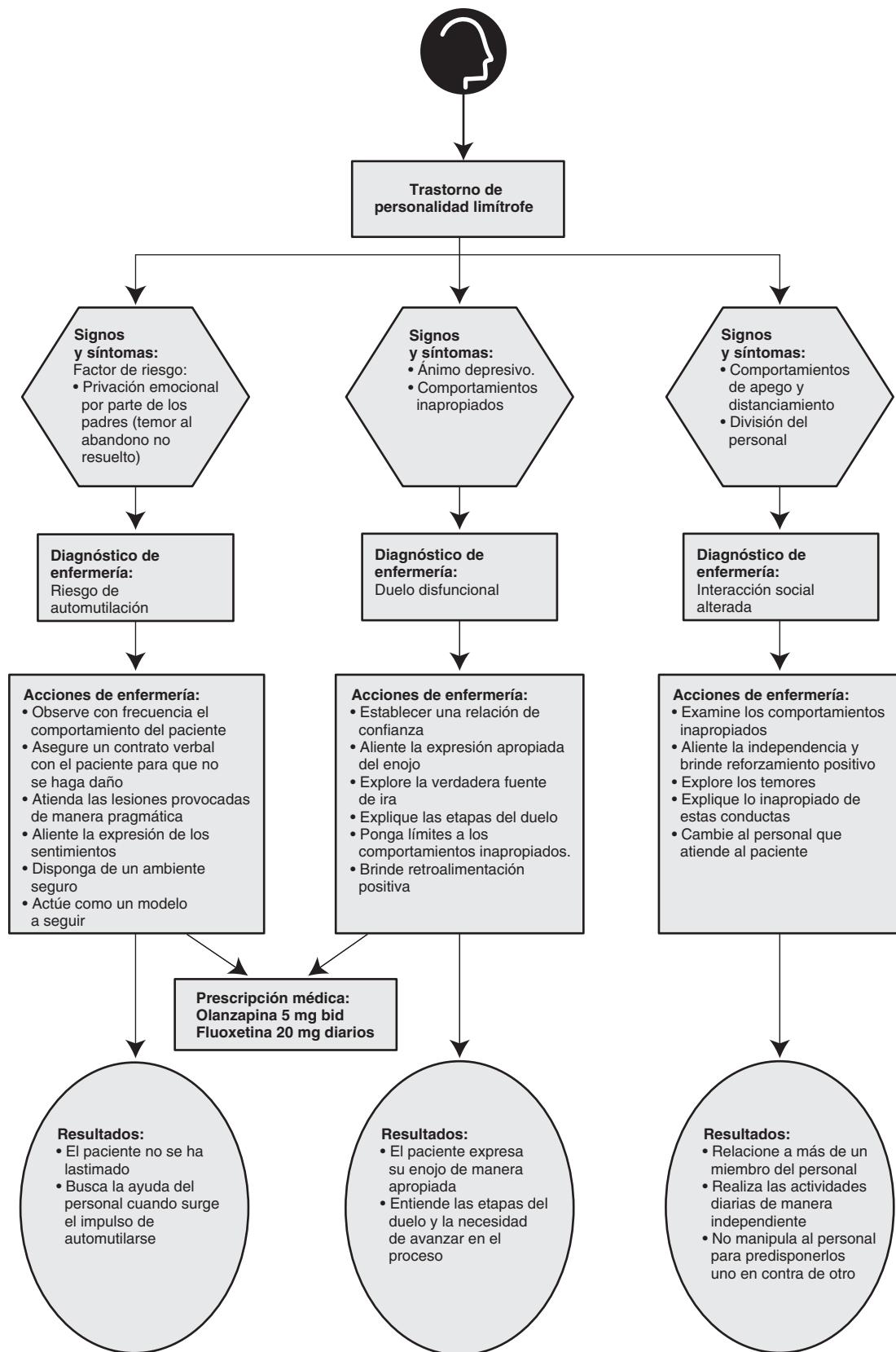


FIGURA 21-1 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno de personalidad límitrofe.

RECUADRO 21–2 Criterios de Diagnóstico para Trastorno de Personalidad Antisocial

- A. Existe un patrón dominante de falta de respeto y violación de los derechos de otras personas que presente desde los 15 años de edad, como es indicado por tres o más de los siguientes criterios:
 1. Fallas en aceptar las normas sociales con respeto a conductas legales como indican repetidos actos que llevan al arresto.
 2. Falsedad, que puede observarse por mentir de manera continua, uso de alias, o estafar a los demás para beneficio propio o por placer.
 3. Impulsividad o deficiencia para planear a futuro.
 4. Irritabilidad y agresividad, notorias por peleas físicas o asaltos.
 5. Descuido en la precaución por la seguridad propia y de otras personas.
 6. Irresponsabilidad consistente, manifestada por fracasos repetidos para realizar trabajos de manera consistente o mantener las obligaciones financieras.
 7. Carencia de remordimientos, observable por la indiferencia o racionalización de haber lastimado, maltratado, o robado.
- B. El individuo por lo menos tiene 18 años de edad.
- C. Existe evidencia de trastorno de conducta que inició antes de los 15 años.
- D. La presentación de comportamiento antisocial no es exclusivo durante el curso de la esquizofrenia o un episodio maníaco.

Fuente: De APA (2000), con permiso.

Cuadro Clínico

Phillips, Yen y Gunderson (2003) describen el trastorno de personalidad antisocial como un patrón de comportamiento social irresponsable, abusador, y sin sentimiento de culpa. Estos individuos abusan y manipulan a los demás por beneficio personal y sin consideraciones en general por la ley. Tienen dificultades para conservar empleos y en desarrollar relaciones estables. Parecen fríos y despiadados, con frecuencia intimidan a otras personas con su manera brusca y beligerante; tienden a ser argumentativos, en ocasiones son crueles y maliciosos, carecen de calidez y compasión, son suspicaces cuando ven estas cualidades en otros individuos.

Los sujetos con personalidad antisocial tienen muy poca tolerancia por la frustración, actúan de manera imprevisible y son incapaces de retrasar la gratificación; son inquietos, suelen aburrirse con facilidad, es común que aprovechen las oportunidades y buscan emociones fuertes como si fueran inmunes al peligro.

Cuando las cosas ocurren a su modo, son personas alegres, incluso graciosas y encantadoras. Debido a su poca

tolerancia por la frustración, este plácido exterior puede cambiar con rapidez. Cuando sienten que son desafiados en sus deseos, enfurecen y son vengativos. Su primera inclinación cuando son provocados es insultar y dominar. Piensan que “los chicos buenos deben quedar atrás”, y muestran desprecio por los débiles y no privilegiados; abusan de los demás para conseguir lo que quieren, no muestran vergüenza o culpa por su comportamiento.

Los individuos con este trastorno consideran que son víctimas, utilizan la proyección como mecanismo primario de defensa del Yo; además no aceptan la responsabilidad de su comportamiento. Gorman, Raines y Sultan (2002) explican:

Los individuos manipuladores sospechan que cualquier persona o institución puede tratar de controlarlos, interpretando que no tienen poder y que son vulnerables al ataque (p. 168).

En sus mentes, esta percepción justifica su comportamiento malicioso, para no ser blanco de persecución injusta y hostilidad por parte de los demás.

No es posible que desarrollen relaciones satisfactorias debido a que estos individuos aprenden a confiar sólo en ellos mismos; tienen la filosofía de “todos hacen un esfuerzo por ayudar al número uno, y no debe detenerse en intimidar a los demás” (APA, 2000).

Una de las características más distintivas de las personalidades antisociales es su tendencia a ignorar a la autoridad convencional y las reglas, es decir, actúan como si las normas sociales establecidas de autodisciplina y conducta cooperativa no aplicaran sobre ellos. Su comportamiento es flagrante en la falta de respeto por la ley y los derechos de otras personas.

Implicaciones Etiológicas

Influencia Biológica

El *DSM-IV-TR* indica que la personalidad antisocial es más común entre los familiares biológicos de primer grado de aquellos con el trastorno que entre la población general (APA, 2000). Las investigaciones en gemelos y niños adoptados relacionan la genética con este trastorno (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Estos estudios de familias de individuos con personalidad antisocial muestran más familiares con este trastorno o alcoholismo que los observados en la población general. Además señalan que los niños de padres con comportamiento antisocial tienen más posibilidades de ser diagnosticados con el mismo padecimiento, aun cuando desde el nacimiento sus padres biológicos están separados y son criados por personas sin este trastorno.

Las características relacionadas con el temperamento en el recién nacido pueden ser significativas en la predisposición a la personalidad antisocial. Los padres que traen a su hijo con problemas de comportamiento con frecuencia mencionan que los niños hacen rabietas desde la infancia, enfurecen si esperan por la botella para ser alimentados, y al cambiarles el pañal. Conforme crecen, desarrollan una actitud abusiva hacia otros niños; permanecen imperturbables cuando son castigados y en general son incontratables. Son atrevidos y temerarios para enfrentar cualquier daño físico y no parece afectarles el dolor.

Fischer y colaboradores (2002) identifican el trastorno de hiperactividad y deficiencia de atención, y trastorno de conducta en la niñez y adolescencia como factores predisponentes a este padecimiento.

Aunque estas influencias biogenéticas pueden describir algunos patrones familiares al desarrollo de la personalidad antisocial, todavía no ha sido determinado el proceso patológico básico como un factor biológico. Bienenfeld (2006) explica:

Los bajos niveles de inhibición en el comportamiento se pueden medir por las alteraciones serotonérgicas en el sistema septo-hipocampo. También pueden ser anomalías en el desarrollo o adquiridas en los sistemas prefrontales del cerebro y reducción de la actividad autónoma en el trastorno de personalidad antisocial. Esto puede reforzar las deficiencias de poca excitación, mal condicionamiento del miedo, y de toma de decisiones descritos en la personalidad antisocial.

Dinámica Familiar

La personalidad antisocial con frecuencia surge de un ambiente caótico. La privación de los padres durante los primeros cinco años de vida parece ser un factor crítico predisponente en el desarrollo de este trastorno. La separación por delincuencia por parte de los padres parece estar muy correlacionada con el padecimiento, en comparación a la pérdida de estos por otras causas. La presencia o aparición esporádica de padres impulsivos e inconsistentes (no la pérdida de un parente estable) es ambientalmente más perjudicial.

Los estudios muestran que los sujetos con este tipo de personalidad con frecuencia son abusados de manera física en la niñez. Este abuso contribuye al desarrollo del comportamiento antisocial de varias formas: primero, proporciona un modelo de comportamiento; segundo, ocasiona lesiones en el sistema nervioso central, por lo tanto alteran la capacidad del niño para funcionar de manera apropiada; por último, genera ira en el niño victimizado, el cual es desplazado hacia los demás en su entorno.

Existe una relación de varios factores con el funcionamiento familiar alterado en el desarrollo de la personali-

dad (Hill, 2003; Phillips, Yen, y Gunderson, 2003; Ramsland, 2007). Las siguientes circunstancias pueden influir en la predisposición a este trastorno:

- Ausencia de disciplina por parte de los padres.
- Pobreza extrema.
- Retirarlos del hogar.
- Crecer sin figuras paternas de ambos sexos.
- Métodos de disciplina erráticos e inconsistentes.
- Ser “rescatado” cada vez que están en problemas (nunca sufre las consecuencias de su conducta).
- Privación materna.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería son formulados a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración y de los antecedentes en relación a los factores predisponentes del trastorno. Algunos diagnósticos de enfermería comunes para el paciente con personalidad antisocial incluyen:

- Riesgo de violencia hacia los demás relacionados con las reacciones de ira, ejemplos negativos de comportamiento, incapacidad para tolerar la frustración.
- Enfrentamiento defensivo relacionado con sistema familiar disfuncional, evidenciado por falta de respeto para las normas sociales y las leyes, ausencia de sentimientos de culpa, o incapacidad para retrasar la gratificación.
- Baja autoestima crónica relacionada con retroalimentación negativa repetida resultante en menoscrecio, evidenciado por la manipulación para satisfacer sus deseos o incapacidad para formar relaciones personales estrechas.
- Interacción social alterada relacionada con modelos negativos y baja autoestima, evidenciada por incapacidad para desarrollar relaciones satisfactorias, perdurables e íntimas.
- Conocimiento deficiente (actividades de cuidado personal para obtener y conservar bienestar óptimo) relacionado con la falta de interés por aprender y negación de la necesidad de información, observable por la incapacidad de tomar la responsabilidad por realizar prácticas básicas de salud.

Los siguientes criterios son utilizados para medir los resultados en la atención del paciente con trastorno de personalidad antisocial.

El paciente:

- Discute sentimientos de enojo con el personal y en las sesiones de grupo.
- No ejerce daño sobre sí mismo ni sobre los demás.
- Encauza la hostilidad en comportamientos sociales aceptables.

- Sigue las reglas y las regulaciones de la terapia ambiental.
- Comenta que sus comportamientos no son aceptables.
- Respeta los derechos de las otras personas al retrasar la gratificación de sus deseos cuando es apropiado.
- No manipula a los demás para aumentar sus sentimientos de autoestima.
- Entiende la importancia del conocimiento requerido para mantener las necesidades básicas de salud.

Planificación y Realización

En el cuadro 21-3 está descrito un plan de atención de los diagnósticos de enfermería comunes para el paciente con este trastorno, además de los criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiadas, y razonamientos para cada una.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para la organización de la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos y tratamientos. En la figura 21-2 es mostrado un ejemplo de plan de atención de planificación de concepto para un paciente con trastorno de personalidad antisocial.

Evaluación

La revaloración debe realizarse para determinar si las acciones de enfermería tienen éxito en el alcance de los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente antisocial puede facilitarse con la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿El individuo reconoce cuando el enojo sale de su control?
- ¿Busca al personal en lugar de expresar su enojo de manera inapropiada?
- ¿Utiliza otros medios para encauzar su ira (p. ej., actividades físicas)?
- ¿El paciente acata las reglas y lineamientos del medio terapéutico con pocos o ningún reclamo?
- ¿Habla de los comportamientos que son apropiados y de los que no lo son?
- ¿Comenta que desea cambiar?
- ¿El individuo retrasa la gratificación de sus deseos para satisfacer a otros cuando es apropiado?
- ¿El sujeto evita manipular a otras personas para satisfacer sus deseos?
- ¿El paciente cumple con las actividades diarias de manera voluntaria e independiente?
- ¿Comenta métodos para conseguir y mantener un bienestar óptimo?

- ¿Habla de recursos en la comunidad donde buscar ayuda cuando sea necesario para satisfacer sus necesidades de vida diaria y atención a la salud?

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Pocas personas discutirían que el tratamiento de los individuos antisociales es difícil y, en algunos casos, puede parecer imposible. Las características de personalidad son aprendidas desde muy temprano y tal vez sean genéticas, no es sorprendente entonces, que los patrones de comportamiento perduren y sean necesarios años para cambiar, si el cambio ocurre. Phillips, Yen y Gunderson (2003) explican:

Debido a que los trastornos de personalidad consisten de actitudes arraigadas profundamente y los patrones de comportamiento se consolidan durante el desarrollo y perduran desde la juventud, siempre se piensa que son muy resistentes para cambiar. Es más, los esfuerzos de los tratamientos se confunden por el grado al cual los pacientes con trastornos de personalidad no reconocen sus características de no adaptación como no deseables o que sea necesario el cambio (p. 809).

Muchos médicos piensan que lo mejor es disminuir la inflexibilidad de las características de no adaptación y reducir su interferencia con el funcionamiento diario y las relaciones significativas.

Existen pocas investigaciones para guiar la decisión sobre la terapia más apropiada en el tratamiento de trastornos de la personalidad. La selección de la intervención en general está basada en el área de mayor disfunción, como la cognición, emociones, comportamiento, o relaciones interpersonales. A continuación aparece una breve descripción de varios tipos de terapias y los trastornos a los cuales son aplicadas de manera habitual.

Psicoterapia Interpersonal

Según los objetivos terapéuticos, la psicoterapia interpersonal para trastornos de personalidad es breve y está limitada por el tiempo, o puede incluir psicoterapia exploratoria a largo plazo. La psicoterapia interpersonal puede ser apropiada ya que estos trastornos reflejan problemas en el estilo interpersonal.

La psicoterapia a largo plazo intenta entender y modificar comportamientos mal ajustados, cognición, y las emociones de los pacientes con estos padecimientos que dominan sus vidas y relaciones. El elemento central del tratamiento es el establecimiento de una relación empática terapeuta-paciente, basada en la colaboración y descubrimiento guiados, en el cual el terapeuta actúa como modelo para el paciente.

CUADRO 21 – 3 Plan de Atención al Paciente con Desorden de Personalidad Antisocial**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTRAS PERSONAS****RELACIONADO CON:** reacciones de furia, modelo de conducta negativo, incapacidad de tolerar la frustración

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no daña su ser ni a otros.	<p>1. Exprese una actitud de aceptación hacia este paciente. Los sentimientos de rechazo son sin duda familiares para él. Sea honesto, cumpla todas las promesas, y transmita el mensaje de que no es <i>él</i> sino el <i>comportamiento</i> el que es inaceptable.</p> <p>2. Mantenga un bajo nivel de estimulación en el ambiente del paciente (luz tenue, pocas personas, decoración simple, bajo nivel de ruido).</p> <p>3. Observe el comportamiento del paciente de manera frecuente durante actividades rutinarias e interacciones; evite parecer vigilante y suspicaz.</p> <p>4. Retire todos los objetos peligrosos del ambiente del paciente.</p> <p>5. Ayude al paciente a identificar el verdadero objeto de su hostilidad.</p> <p>6. Aliente al paciente a verbalizar de manera gradual sentimientos hostiles.</p> <p>7. Investigue junto con el paciente maneras alternativas para manejar la frustración (por ejemplo, habilidades de motricidad que canalicen la energía hostil en comportamientos aceptables a nivel social).</p> <p>8. El personal debe mantener y expresar una actitud de calma.</p> <p>9. Tenga suficiente personal disponible para una demostración de fuerza al paciente en caso de ser necesario.</p> <p>10. Suministre medicamentos tranquilizantes según lo prescrito por el médico o, en caso de ser necesario, obtenga una prescripción. Vigile la efectividad o efectos colaterales de tales medicamentos.</p> <p>11. Si el paciente no responde “hablándole de manera calmada” ni con medicamentos, utilice sujetaciones mecánicas si es necesario. Asegúrese de tener suficiente personal disponible para ayudarle. Siga el protocolo establecido por la institución que ejecute esta intervención. La Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud requiere que el médico evalúe de nuevo y expida una nueva orden para sujetaciones cada 4 horas para adultos de 18 años en adelante.</p>	<p>1. Una actitud de aceptación promueve sentimientos de valor propio. La confianza es la base para establecer una relación terapéutica.</p> <p>2. Un ambiente estimulador puede incrementar la agitación y promueve comportamientos agresivos.</p> <p>3. La observación cercana es indispensable para intervenir, si es necesario cerciorarse de la seguridad del paciente (y de otras personas).</p> <p>4. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería.</p> <p>5. Debido al desarrollo débil del Yo, el cliente puede mal usar el mecanismo de defensa de desplazamiento. Auxiliarle a él a reconocer esto en una manera no amenazadora, puede ayudar a revelar asuntos sin resolver de manera que éstos puedan ser confrontados.</p> <p>6. La verbalización de sentimientos en un ambiente no amenazador puede ayudar al paciente a llegar a términos con asuntos sin resolver.</p> <p>7. Las actividades que requieren esfuerzo físico ayudan a aliviar la tensión acumulada.</p> <p>8. La ansiedad es contagiosa y puede transferirse de los miembros del personal al paciente. Una actitud de calma proporciona al paciente un sentimiento de seguridad y protección.</p> <p>9. Esto transmite al paciente la evidencia de control sobre la situación y proporciona un poco de seguridad física para el personal.</p> <p>10. Los ansiolíticos (por ejemplo, diazepam, clordiazapoxide, oxazepam) producen un efecto calmante y pueden ayudar a disipar comportamientos hostiles. (NOTA: no es usual la prescripción de los medicamentos a pacientes con este desorden debido a la susceptibilidad del paciente a las adicciones).</p> <p>11. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería.</p>

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>Nunca utilice las sujeciones como medida correctiva; éstas deben ser utilizadas como medida protectora para el paciente que está fuera de control. Observe al paciente con sujeteciones cada 15 minutos (o lo indicado por las políticas de la institución). Asegúrese de que la circulación de las extremidades no está comprometida (revise temperatura, color, pulsos). Ayude al paciente con necesidades relacionadas a la nutrición, hidratación, y eliminación. Posicione al paciente de manera que se le facilite la comodidad y la aspiración pueda ser prevenida.</p> <p>12. Mientras la agitación disminuye, evalúe la disposición del paciente para la eliminación o reducción de las sujeteciones. Retire una sujeción a la vez, mientras evalúa la reacción del paciente.</p>	<p>12. Esto minimiza el riesgo de daño hacia el paciente y hacia los miembros del personal.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO DEFENSIVO**RELACIONADO CON:** sistema familiar disfuncional**EVIDENCIADO POR:** indiferencia hacia las normas y leyes de la sociedad; ausencia de sentimientos de culpabilidad; inhabilidad de retrasar la satisfacción

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de seguir reglas y retrasar la satisfacción personal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde su llegada, debe ponerse al tanto al paciente de cuáles comportamientos son aceptables y cuáles no. Explique las consecuencias de la violación de límites. Una consecuencia debe involucrar algo de valor para el paciente. Todo el personal debe ser consistente en hacer respetar esos límites. Las consecuencias deben ser administradas de una manera práctica de manera inmediata después de la infracción. 2. No intente convencer o persuadir al paciente a hacer “lo correcto”. No utilice las palabras “usted debe (o no debe)...”; en lugar de eso, utilice “se espera que usted...”. Lo ideal sería que el paciente de manera gradual interiorizara las normas sociales, comenzando con este paso a paso, propuesta de “uno u otro” (o usted hace [o no hace] esto, o va a suceder esto). 3. Proporcione retroalimentación positiva o recompense los comportamientos aceptables. 4. Comience a aumentar la duración del requisito de tiempo de comportamiento aceptable para poder alcanzar la recompensa. Por ejemplo, 2 horas de comportamiento aceptable pueden ser intercambiadas por una llamada de teléfono, 4 horas por 2 horas de televisión; 1 día de comportamiento aceptable por una actividad de boliche como terapia recreativa, 5 días por un pase de fin de semana. 5. Una unidad del entorno proporciona el ambiente apropiado para el paciente con personalidad antisocial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debido a que el paciente no puede (o no podrá) imponer sus propios límites en los comportamientos mal adaptativos, éstos deben ser delineados y cumplidos por los miembros del personal. Las consecuencias no deseables pueden ayudar a disminuir la repetición de esos comportamientos. 2. Las explicaciones deben ser concisas, concretas, y claras, con poca o nula posibilidad de interpretación equivocada. 3. El refuerzo positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables. 4. Este tipo de intervención puede ayudar al paciente en el aprendizaje para retrasar la satisfacción propia. 5. La propuesta democrática, con reglas y normas específicas, reuniones de la comunidad, y sesiones de terapia en grupo reproducen el tipo de situación social en la cual el paciente debe aprender a vivir. La retroalimentación de pares es por lo regular más efectiva que la confrontación con una figura autoritaria. El paciente aprende a seguir las reglas del grupo como un paso positivo en el progreso hacia la interiorización de las reglas de la sociedad.

(continúa)

**CUADRO 21 – 3 Plan de Atención al Paciente con Desorden de Personalidad Antisocial
(continuación)**

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>6. Ayude al paciente a llegar a comprender bien sus propios comportamientos. A menudo estos individuos razonan hasta el punto en que niegan que lo que ellos han hecho es incorrecto (por ejemplo, “el propietario de esta tienda tiene mucho dinero, así que él nunca echará de menos lo poquito que yo tome. Él lo tiene todo, y yo no tengo nada. ¡No es justo! Yo merezco tener algo de lo que él tiene”).</p> <p>7. Hable sobre comportamientos pasados con el paciente. Discutan comportamientos que son aceptados por la sociedad y aquellos que no lo son. Ayude al paciente a identificar las maneras en las que él se ha aprovechado de los demás. Aliéntelo a investigar cómo podría sentirse si las circunstancias fueran al contrario.</p> <p>8. Durante toda la relación con el paciente, mantenga una actitud de “no es usted, sino su <i>comportamiento</i>, el que es inaceptable”.</p>	<p>6. El paciente debe llegar a entender que ciertos comportamientos no son tolerables dentro de la sociedad y que consecuencias graves serán impuestas en aquellos individuos que no cumplan. Él debe querer convertirse en un miembro productivo de la sociedad antes de que sea posible ayudarlo.</p> <p>7. Debe hacerse un intento de ilustrar al paciente sobre la sensibilidad de otras personas, al promover la autoconciencia en un esfuerzo por ayudarlo a llegar a comprender bien su propio comportamiento.</p> <p>8. Una actitud de aceptación promueve sentimientos de dignidad y de valor propio.</p>

La psicoterapia interpersonal es sugerida para pacientes con personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípica, límitrofe, dependiente, narcisista, y obsesivo-compulsiva.

Psicoterapia Psicoanalítica

El tratamiento de elección para los individuos con personalidad histrionica es la psicoterapia psicoanalítica (Phillips, Yen y Gunderson, 2003), ya que este tratamiento va enfocado a la motivación inconsciente para buscar la satisfacción total de los demás y ser incapaz de comprometerse en una relación significativa y estable.

Terapia Social o de Grupo

Este tratamiento es apropiado en especial para individuos con personalidad antisocial, quienes responden de manera adaptativa al apoyo y retroalimentación de sus pares. En la terapia social o de grupo, la retroalimentación de sus compañeros es más efectiva que la interacción uno-a-uno con un terapeuta. La terapia de grupo —en particular grupos de apoyo homogéneos que enfatizan el desarrollo de habilidades sociales— puede ser útil en prevenir la ansiedad social y en el desarrollo de confianza interpersonal y compenetración en pacientes con personalidad de evitación (Phillips, Yen y Gunderson, 2003). Los grupos de conciencia feminista pueden ser útiles para ayudar a pacientes dependientes que enfrentan estereotipos sociales.

Terapia Cognitivo-Conductual

Las estrategias de comportamiento ofrecen reforzamiento para cambios positivos. El entrenamiento de habilidades sociales y entrenamiento asertivo enseñan formas

alternativas para lidiar con la frustración. Las estrategias cognitivas ayudan al paciente a reconocer y corregir esquemas mentales inexactos. Este tipo de terapia es útil para pacientes con trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva, pasivo-agresiva, antisocial y personalidad de evitación.

Psicofarmacología

Los tratamientos farmacológicos son útiles en ciertos casos. Algunos de estos medicamentos no tienen efecto directo en el tratamiento del trastorno mismo, pero pueden proporcionar alivio sintomático. Los antipsicóticos son usados para tratar descompensaciones psicóticas que experimentan los pacientes con personalidades paranoide, esquizotípica, y límitrofe (Coccaro y Siever, 2000).

Son utilizadas varias intervenciones con fármacos con personalidad límitrofe; los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (SSRI) y los inhibidores de monoaminoxidasa (MAOI) sirven para disminuir la impulsividad y las conductas autodestructivas en estos pacientes. Los inhibidores de monoaminoxidasa no son empleados con tanta frecuencia por las restricciones con la dieta y el elevado riesgo de muerte por sobredosis (Andreasen y Black, 2006). Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina reducen la ira, impulsividad y la inestabilidad de ánimo en pacientes con personalidad límitrofe (Coccaro y Siever, 2000). Los antipsicóticos disminuyen los delirios, ideas de referencia, pensamiento paranoide, ansiedad y hostilidad en algunos enfermos.

El carbonato de litio y el propanolol pueden ser útiles para episodios violentos observados en pacientes con personalidad antisocial (Coccaro y Siever, 2000). Deben

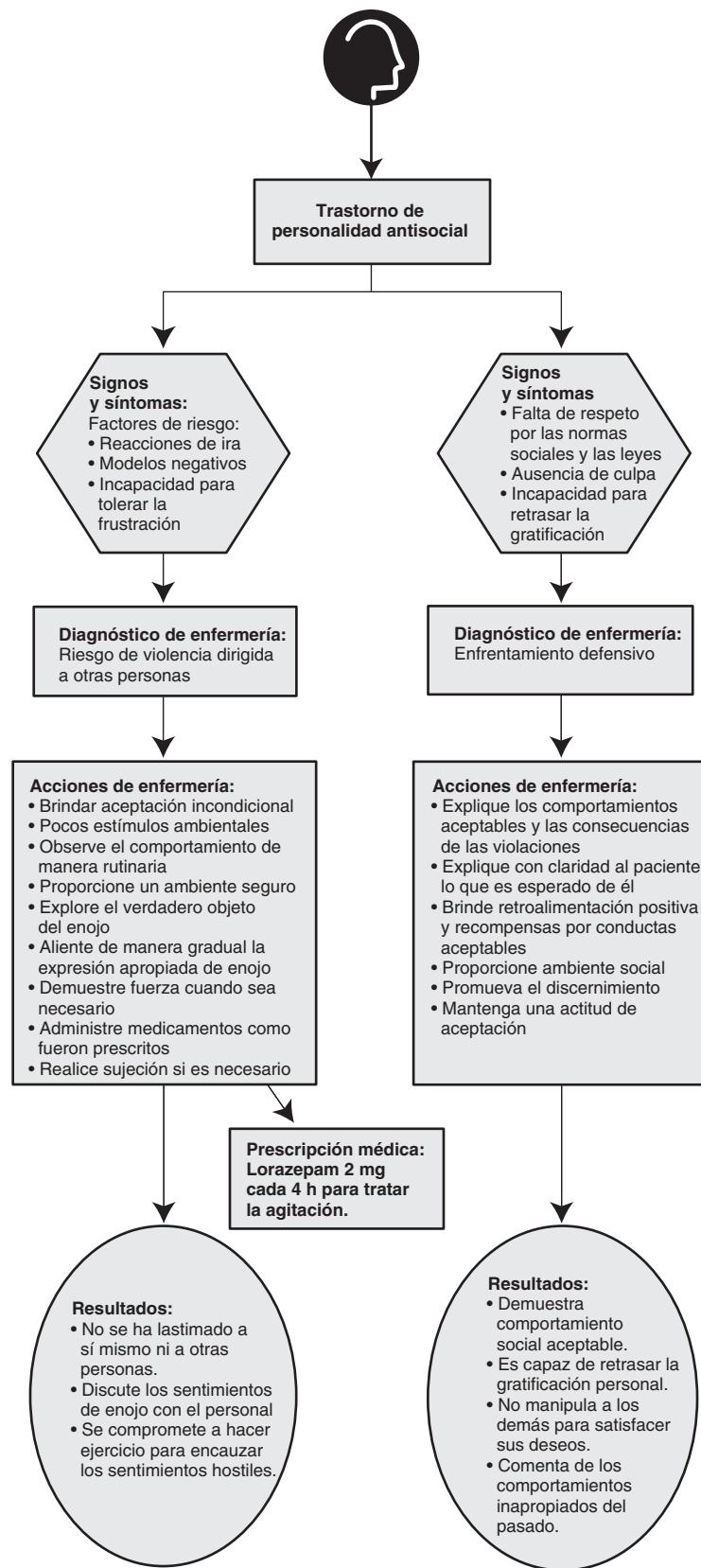


FIGURA 21-2 Mapa conceptual del plan de atención para el paciente con trastorno de personalidad antisocial.

tomarse precauciones antes de prescribir medicamentos fuera de un escenario estructurado debido al elevado riesgo de abuso de sustancias por parte de estas personas.

Para el paciente con trastorno de personalidad por evitación, los ansiolíticos son útiles en ocasiones en las que existe el comportamiento evitativo. La sola posesión del medicamento puede ayudar al paciente durante los períodos de estrés. En el caso de pacientes que desarrollan trastornos de pánico es posible utilizar antidepresivos como la sertralina (Zoloft) y la paroxetina (Paxil).

RESUMEN

Los pacientes con trastornos de personalidad de manera indudable son las personas más difíciles de tratar para el personal de atención a la salud. La formación de las características de personalidad es muy temprana en la vida y son difíciles, si no imposibles, de cambiar. De hecho, algunos médicos creen que el acercamiento terapéutico no es para tratar de cambiar las características, sino para disminuir la inflexibilidad de los rasgos no adaptativos y reducir la interferencia con el funcionamiento diario y las relaciones significativas.

Este capítulo presenta una revisión del desarrollo de la personalidad de acuerdo con Sullivan, Erikson y Mahler. Las etapas identificadas por estos teóricos representan el progreso “normal” y establecen una base para estudiar los patrones disfuncionales.

El concepto de trastorno de personalidad está presente a lo largo de la historia de la medicina, y han surgido problemas para establecer un sistema de clasificación para estos padecimientos. El *DSM-IV-TR* los clasifica en grupos. El grupo A (comportamientos descritos como extra-

ños o excéntricos) incluye los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B (comportamientos descritos como dramáticos, emotivos o erráticos) incluye las personalidades antisocial, limítrofe, histríonica y narcisista. El grupo C (comportamientos descritos como ansiosos o temerosos) incluye la personalidad por evitación, dependiente, y obsesivo-compulsiva. El *DSM-IV-TR* incluye el trastorno de personalidad pasivo-agresiva en “Criterios propuestos para más estudios” con los trastornos del grupo C.

La atención del paciente con un trastorno de personalidad debe llevarse a cabo con los pasos del proceso de enfermería; hay que presentar los antecedentes e información relacionada con posibles implicaciones etiológicas, además de modalidades de tratamiento actuales para cada trastorno.

La atención de los individuos con personalidad limítrofe y antisocial está descrita de forma amplia. Es posible que los pacientes limítrofes entren al sistema de salud por inestabilidad y los frecuentes intentos de comportamiento autodestructivo. El individuo antisocial puede ser parte del sistema de salud para evitar consecuencias legales o por una orden judicial para evaluación psicológica. Los diagnósticos de enfermería comunes para cada padecimiento van de la mano con las apropiadas intervenciones y criterios de resultado relevantes para cada uno.

El personal de enfermería que trabaja en todo tipo de escenarios clínicos debe estar familiarizado con las características relacionadas con los individuos de personalidad alterada.

El personal en psiquiatría debe estar al tanto de la adecuada intervención con estos pacientes, y es difícil que encuentren un mayor reto profesional del que presentan estos pacientes.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. Kim fue diagnosticada con trastorno de personalidad límitrofe. Con frecuencia presenta comportamientos de apego y distanciamiento. La intervención de enfermería más apropiada con este tipo de comportamiento sería:
 - a. Alentar a Kim para que establezca confianza con un miembro del personal, con quien tendrá lugar la interacción terapéutica.
 - b. Asegure un contrato verbal de que Kim dejará estos comportamientos.
 - c. No prestar más atención si estos comportamientos continúan.
 - d. Rotar los miembros del personal que trabajan con Kim para que aprenda a relacionarse con más de una persona.
2. Kim manipula al personal para satisfacer sus deseos. Los siguientes son ejemplos de comportamientos manipulativos en el trastorno límitrofe excepto:
 - a. No querer permanecer sola en la habitación, diciendo: “está tan solitario”.
 - b. Pedirle a la enfermera Jones cigarros después de 30 min, sabiendo que le explicaron a la enfermera asignada que debía esperar una hora.
 - c. Le dice a la enfermera Jones “de verdad la quiero a usted como mi enfermera. Usted es la mejor aquí”.
 - d. Corta sus brazos con una navaja de rastrillo después de discutir planes de remoción con el médico.
3. “La separación” para un paciente límitrofe denota:
 - a. Evidencia de desarrollo precoz.
 - b. Un mecanismo primitivo de defensa en el cual el individuo ve los objetos como del todo buenos o del todo malos.
 - c. Un breve episodio psicótico en el que el sujeto pierde contacto con la realidad.
 - d. Dos distintas personalidades en el paciente límitrofe.
4. Según Margaret Mahler, la predisposición a la personalidad límitrofe aparece cuando las tareas de desarrollo no son satisfechas en la fase de:
 - a. Fase autista, durante la cual el niño necesita seguridad y comodidad.
 - b. Fase simbiótica, en la que no hay unión del niño con la madre.
 - c. Fase de diferenciación, el niño no reconoce la separación entre él mismo y su madre.
 - d. Fase de reacercamiento, la madre le retira al niño el apoyo emocional en respuesta a la creciente independencia del niño.

Situación: Jack fue arrestado por irrumpir en una joyería y robar miles de dólares en diamantes. En su acuerdo, el juez ordenó una evaluación psicológica. Acaba de ser admitido en la unidad cerrada por una corte judicial. En base a la historia de comportamiento no adaptativo, fue diagnosticado con trastorno de personalidad antisocial.

5. ¿Cuál de las siguientes características esperaría valorar en Jack?
 - a. No siente culpa por su comportamiento.
 - b. Discernimiento de su propio comportamiento.
 - c. Capacidad de aprender de las experiencias anteriores.
 - d. Obediencia a la autoridad.
6. La terapia social es una buena opción para los pacientes con personalidad antisocial porque:
 - a. Proporciona un sistema de castigo y recompensa para la modificación del comportamiento.
 - b. Es semejante a una comunidad social en la cual el individuo aprende a vivir en armonía con otras personas.
 - c. Proporciona una interacción uno-a-uno entre el paciente y el terapeuta.
 - d. Provee un escenario estructurado en el que el sujeto participa poco en la planeación de su cuidado.

7. En la evaluación del progreso de Jack, ¿cuál de los siguientes comportamientos sería considerado la indicación más significativa de cambio positivo?
- Jack enfureció sólo una vez en el grupo esta semana.
 - Jack fue capaz de esperar una hora por un cigarro sin abusar de manera verbal del personal.
 - Por su propia iniciativa, Jack le envió una nota de disculpa a un hombre que había insultado en una pelea reciente.
 - Jack dijo que ya no iniciaría más peleas.
8. Donna y Katie trabajan en las oficinas secretariales de una gran organización. Faltan 30 min para salir cuando el supervisor le da a Katie un trabajo que le llevará una hora y le dice que lo quiere antes de irse. Entonces le dice a Donna: “¡No me puedo quedar más tarde! ¡Voy a ver a Bill a las cinco en punto! Sé buena, Donna, ¡haz este trabajo por mí!” Donna acepta, aunque en silencio está furiosa con Katie porque ésta es la tercera vez que sucede en dos semanas. Katie se va y Donna dice para sí misma: “Esto es una locura. No voy a terminar este trabajo por ella. Vamos a ver cómo sale del problema por esta vez.” Donna deja sin terminar el trabajo. Este es un ejemplo de personalidad:
- Antisocial.
 - Paranoide.
 - Pasivo-agresiva.
 - Obsesivo-compulsiva.
9. Carol es una enfermera recién graduada que recibe orientación en una unidad médica/quirúrgica por la enfermera en jefe, la Sra. Carey. Cuando Carol describe una nueva técnica que aprendió para pacientes inmóviles, la Sra. Carey dice: “¿Qué estás tratando de hacer... decirme como hacer mi trabajo?” Este comportamiento es un ejemplo de personalidad:
- Antisocial.
 - Paranoide.
 - Pasivo-agresiva.
 - Obsesivo-compulsiva.
10. ¿Cuál de los siguientes patrones de comportamiento es característico de individuos con trastorno de personalidad histriónica?
- Disminuirse a sí mismos y sus capacidades.
 - Sobreactuar de manera inapropiada al menor estímulo.
 - Sospechar y desconfiar de otras personas.
 - Un patrón de vida de retramiento social.

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

Lana, de 32 años, fue diagnosticada con personalidad límitrofe cuando tenía 26. Su esposo la llevó a la sala de emergencias cuando fue al baño, la encontró y vio que se había cortado con una navaja. En ese momento, la valoración reveló que Lana tenía una larga historia de automutilación, que supo esconder a su marido y otras personas. Lana empezó psicoterapia psicoanalítica como paciente externa. En la terapia fue descubierta que Lana había sido abusada de manera física y sexual cuando era niña por padre y madre, quienes ya murieron. Ella admitió que tenía depresión crónica, y su pareja relata episodios de ira. Lana fue hospitalizada en la unidad psiquiátrica por una semana después de tener ideas de suicidio. Después de realizar un contrato de no suicidio con el personal, le fue permitido dejar la unidad para asistir a una cita con el dentista que

había hecho semanas atrás. Regresó a la unidad y le dijo a la enfermera: “Acabo de tomar 20 Desyrel mientras estaba en el estacionamiento sentada en el coche.”

Responda las siguientes preguntas relacionadas con Lana:

- La enfermera conoce a Lana y cree que es un gesto de manipulación. ¿Cómo debe el personal de enfermería manejar esta situación?
- ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería prioritario para Lana?
- A Lana le gusta “separar” a los “buenos chicos” de los “malos chicos” del personal. ¿Cuál es la intervención más importante para la separación en una persona con trastorno de personalidad límitrofe?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Zanarini, M.C. y Frankenburg, F.R. (2001). Tratamiento de olanzapina en mujeres con trastorno de personalidad límitrofe: Estudio piloto doble ciego y testigos placebo. *Journal of Clinical Psychiatric*, 62(11), 849-854.

Descripción del estudio. El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia y seguridad de la olanzapina *versus* placebo en el tratamiento de mujeres con trastorno de personalidad límitrofe (BPD). El estudio incluyó 28 mujeres que cumplieron los criterios en la Entrevista Diagnóstica de Revisión para límitrofes y en los criterios del DSM-IV-TR para este trastorno. Los sujetos fueron asignados de manera aleatoria, 19 recibieron la olanzapina y 9 el placebo. La duración del tratamiento fue de seis meses. Los resultados fueron autoinformes en Symptom Checklist-90, que mide los cambios de ansiedad, depresión, paranoia, ira/hostilidad, y sensibilidad interpersonal.

Resultados del estudio. La olanzapina tuvo mayor índice de mejoría que el placebo en todos los síntomas estudiados excepto la depresión. El aumento de peso fue modesto pero más elevado en el grupo que recibió la olanzapina que en el grupo placebo. No hubo evidencia de trastornos de movimiento graves.

Implicaciones para la práctica de enfermería. La olanzapina parece ser un fármaco seguro y efectivo en el tratamiento de mujeres que cumplen los criterios para trastorno de personalidad límitrofe. El personal de enfermería que trabaja con individuos con este padecimiento debe estar familiarizado con el medicamento y entender las implicaciones de enfermería relacionadas con su administración. Dichas implicaciones de este estudio son en particular significativas para el personal de enfermería, quienes tienen autoridad para prescribir y tratar pacientes con personalidad límitrofe.

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Dekovic, M., Janssens, J.A.M., y VanAs, N.M.C. (2003). Factores familiares de predicción de comportamiento antisocial en la adolescencia. *Family Process*, 42(2), 223-235.

Descripción del estudio. El objetivo de este estudio fue examinar la capacidad combinada y única de diferentes aspectos del funcionamiento familiar para predecir la participación en el comportamiento antisocial en una muestra de adolescentes de una comunidad (no clínica). Los aspectos del funcionamiento familiar medidos incluyen:

1. *Factores proximales*: comportamientos de estilo de crianza parental y la calidad de la relación padres-adolescente.
2. *Factores distales*: las características de los padres (p. ej., depresión; confianza en sí mismos para ser padres).
3. *Factores contextuales*: rasgos familiares (p. ej., unión familiar, calidad de la relación de pareja; compromiso entre los miembros).
4. *Factores globales*: estatus socioeconómico de la familia; composición de la familia (p. ej., familia de un solo parente).

Los investigadores sugieren que los factores proximales son los más importantes en el futuro comportamiento antisocial que las otras tres variables. La muestra incluyó 508 familias con adolescentes entre los 12 y 18 años; 254 mujeres y 254 varones. La muestra de padres consistió en 969 (502 madres y 467 padres). Noventa y uno por ciento de las familias estaban completas, 7% de los padres eran separados o divorciados, y 2% eran viudos. El rango socioeconómico y educativo era muy amplio, aunque los padres con poca educación y bajos niveles ocupacionales no estaban bien representados. Los datos fue-

ron reunidos en los hogares de los sujetos por medio de una batería de cuestionarios administrados de manera individual a los adolescentes, madres y padres.

Resultados del estudio. Los resultados mostraron que los factores proximales fueron predictores significativos del comportamiento antisocial, de manera independiente de la varianza compartida con otros factores. También consistente con el modelo hipotético, los efectos de los factores distales y contextuales parecen ser más indirectos ya que, en relación a los factores proximales, no fueron significativos para la conducta antisocial.

Los indicadores globales del funcionamiento (estatus socioeconómico y composición familiar) no estuvieron relacionados con el comportamiento antisocial adolescente. Este estudio mostró que los padres que brindan apoyo, que utilizan medios sutiles para guiar (i.e. supervisión más que estrategias de castigo), y quienes fueron constantes en su comportamiento hacia sus hijos, tuvieron menos riesgo de que los adolescentes desarrollaran conductas antisociales.

Los muchachos ligados a una crianza coercitiva y hostil tal vez adopten este estilo agresivo de interactuar con los demás. La relación padre-adolescente caracterizada por niveles elevados de conflicto y falta de intimidad y aceptación surge como un factor de riesgo para este tipo de conductas. La depresión en los padres, el conflicto en la pareja, y la falta de unión entre los miembros también influyen en las actitudes antisociales de los adolescentes, pero de manera menos directa que los factores proximales.

(continúa)

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (continuación)

Implicaciones para la práctica de enfermería. El personal de enfermería debe utilizar la información para diseñar y poner en práctica programas efectivos para padres. También puede tener una activa participación en la enseñanza, para pacientes internos y externos, y en programas educativos comunitarios. Los investigadores explican: “Los hallazgos de este estudio

sugieren que, cuando se formulan intervenciones con un enfoque en los factores familiares, además de la enseñanza de habilidades adecuadas de crianza, se le debe dar más atención a los métodos para mejorar la *calidad* general de la relación padres-adolescentes”.

R E F E R E N C I A S

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) *Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006). *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bienefeld, D. (2006). Personality disorders. Retrieved March 29, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic3472.htm>
- Coccaro, E.F., & Siever, L.J. (2000). The neuropsychopharmacology of personality disorders. *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. The American College of Neuropsychopharmacology. Retrieved March 29, 2007 from <http://www.acnp.org/G4/GN401000152/CH148.html>
- Cummings, J.L., & Mega, M.S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Finley-Belgrad, E.A., & Davies, J.A. (2006). Personality disorder: Borderline. Retrieved March 29, 2007 from <http://www.emedicine.com/ped/topic270.htm>
- Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 463–475.
- Gorman, L., Raines, M.L., & Sultan, D.F. (2002). *Psychosocial nursing for general patient care* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Hannig, P.J. (2007). *Histrionic personality disorder*. Retrieved March 29, 2007 from http://www.nvo.com/psych_help/histrionicpersonalitydisorder
- Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182 (Suppl. 44), s11–s14.
- Mark, R. (2002). *How to deal with narcissistic personality disorder*. Retrieved March 29, 2007 from http://wiwi.essortment.com/narcissisticp_rwmn.htm
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2006). Borderline personality disorder: Raising questions, finding answers. Retrieved March 30, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bpd.cfm>
- Oldham, J.M., Gabbard, G.O., Goin, M.K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., & Phillips, K.A. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. In *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2006*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Phillips, K.A., Yen, S., & Gunderson, J.G. (2003). Personality Disorders. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ramsland, K. (2007). *Born or made? Theories of psychopathy*. Retrieved March 30, 2007 from http://www.crimeibrary.com/criminal_mind_psychology/psychopath/2.html?sect=4
- Rettew, D.C., & Jellinek, M.S. (2006). *Personality disorder: Avoidant personality*. Retrieved March 29, 2007 from <http://www.emedicine.com/ped/topic189.htm>
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tyler, P., & Stein, G. (1993). *Personality disorder reviewed*. London: Royal College of Psychiatrists.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.



REFE R E N C I A S D E I N T E R N E T

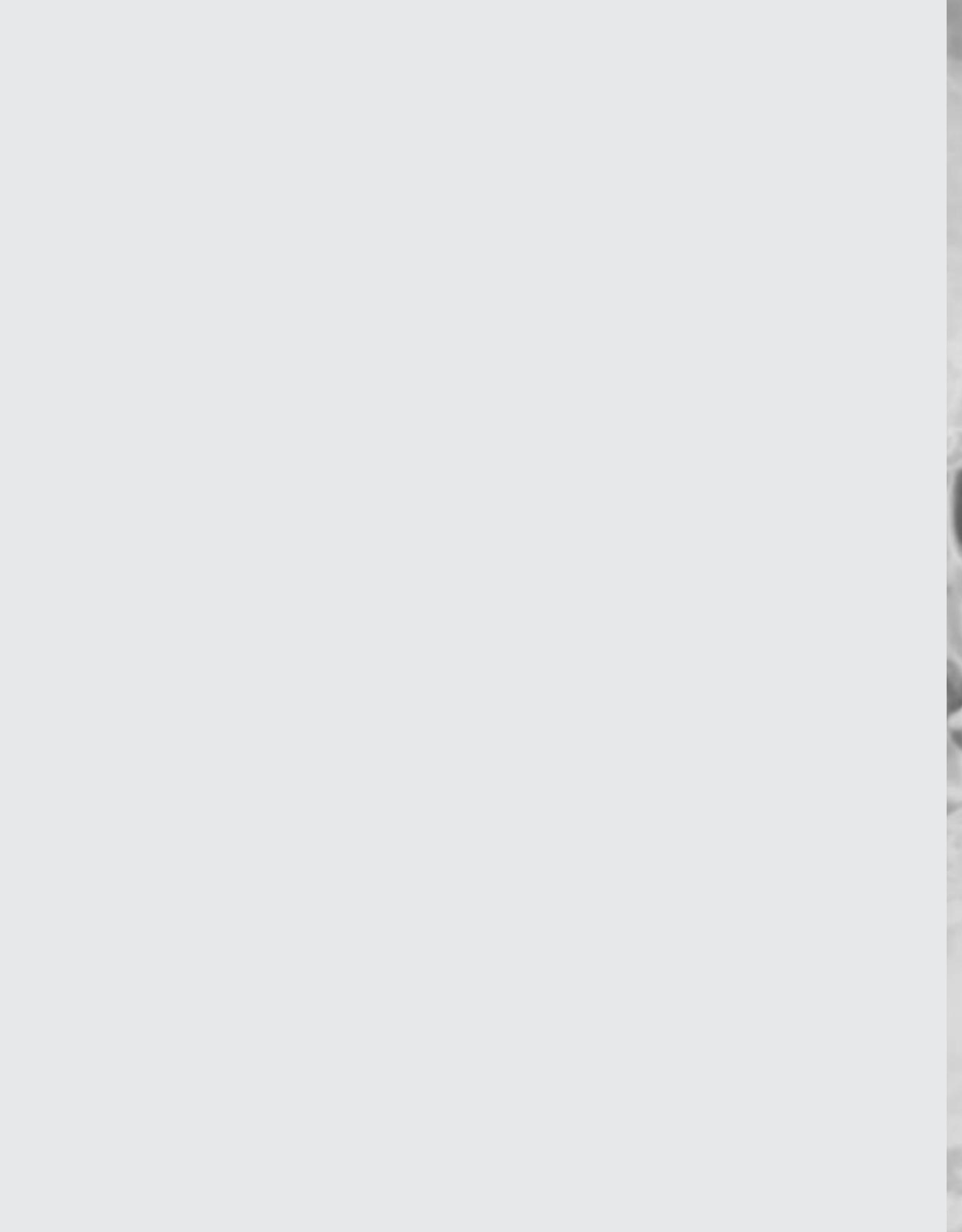
Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastornos de personalidad en:

- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe04.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe08.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe05.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe09.html>

- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe06.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe07.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe10.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe01.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe02.html>
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe03.html>

UNIDAD CUATRO

POBLACIONES ESPECIALES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/ PSIQUIÁTRICA



22

CAPÍTULO

NIÑOS Y ADOLESCENTES

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

RETRASO MENTAL

TRASTORNO AUTISTA

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD
Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

TRASTORNO DE CONDUCTA

TRASTORNO DE OPOSICIONISTA DESAFIANTE

SÍNDROME DE TOURETTE

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

ACERCAMIENTOS TERAPÉUTICOS GENERALES

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

trastorno autista
apego

ecolalia
impulsividad

negativismo
palilalia

CONCEPTOS CENTRALES

trastorno generalizado del desarrollo
trastornos
temperamento

trastornos de comportamiento
disruptivo

hiperactividad
impulsividad

OBJETIVOS

Después de este capítulo, el estudiante será capaz de:

- Identificar los trastornos psiquiátricos que en general son diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia.
- Discutir las implicaciones etiológicas de retraso mental, trastorno autista, trastorno de hiperactividad/déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno de oposición

desafiante, síndrome de Tourette, y trastorno de ansiedad de separación.

- Identificar la sintomatología y utilizar la información en la valoración de pacientes con los trastornos antes mencionados.

4. Identificar los diagnósticos de enfermería para pacientes con estos trastornos y seleccionar las intervenciones apropiadas para cada una.
 5. Discutir los criterios relevantes para la evaluación de atención de enfermería de pacientes con trastornos psiquiátricos en la infancia, niñez y adolescencia.
 6. Describir las modalidades de tratamiento para los trastornos de la infancia, niñez y adolescencia.
-

INTRODUCCIÓN

Este capítulo examina varios trastornos en los cuales los síntomas son evidentes por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia. Esto no significa que algunos de los padecimientos explicados en este capítulo no aparezcan más tarde, o que los síntomas relacionados con otros trastornos, como depresión mayor o esquizofrénica, no aparezcan en la niñez o adolescencia. Los conceptos básicos de atención están aplicados al tratamiento en estos casos, en consideración de las variantes de la edad y el nivel de desarrollo.

Las teorías del desarrollo son discutidas en el capítulo 2. En cualquier trabajo de enfermería con niños o adolescentes deben conocerse las etapas “normales” de crecimiento y desarrollo. En la mejor de las situaciones el proceso de desarrollo está lleno de frustraciones y dificultades, y las respuestas de comportamiento son individuales e idiosincráticas; de hecho son respuestas *humanas*.

Con frecuencia es difícil determinar si el comportamiento de un niño indica problemas emocionales. El *DSM-IV-TR* (*American Psychiatric Association* [APA], 2000) incluye los siguientes criterios entre la gran cantidad de las categorías diagnósticas. Existe un problema emocional si las manifestaciones de comportamiento:

- No son apropiadas a la edad.
- No van de acuerdo con las normas culturales.
- Crean deficiencias o alteraciones en funciones adaptativas.

El enfoque de este capítulo es sobre el proceso de enfermería en la atención de pacientes con retraso mental, trastorno autista, hiperactividad/déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante, síndrome de Tourette, y trastorno de ansiedad de separación. También van incluidas las modalidades de tratamiento.

RETRASO MENTAL

El *retraso mental* es definido por deficiencias en el funcionamiento intelectual y adaptativo (APA, 2000). El

funcionamiento intelectual general es medido por rendimiento individual en las pruebas de coeficiente de inteligencia (IQ). El funcionamiento de adaptación es la capacidad de la persona para adecuarse a los requerimientos de la vida diaria y las expectativas de su edad y grupo cultural. El *DSM-IV-TR* identifica los criterios para retraso mental como un IQ de 70 o menos, con deficiencias o alteraciones en la comunicación, cuidado personal, de vivienda, habilidades sociales e interpersonales, uso de los recursos de la comunidad, autodirección, habilidades académicas funcionales, trabajo, pasatiempos, salud y seguridad.

Implicaciones Etiológicas

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) establece que la etiología de retraso mental puede ser biológico o psicosocial, o una combinación de ambos. En alrededor del 30 al 40% de los individuos vistos en los escenarios clínicos no es determinada la etiología. Los cinco principales factores predisponentes son:

1. Factores hereditarios.
2. Alteraciones tempranas en el desarrollo embrionario.
3. Gestación y factores prenatales.
4. Condiciones médicas generales adquiridas en la infancia o niñez.
5. Influencias ambientales y otros trastornos mentales.

Factores Hereditarios

Estos factores son considerados como la causa de 5% de los casos, fenilcetonuria e hiperglucinemia; también están incluidos el síndrome de Down y el de Klinefelter, anomalías de un solo gen, como esclerosis-tuberosa y neurofibromatosis.

Alteraciones Tempranas en el Desarrollo Embrionario

Los factores que resultan en las alteraciones tempranas en el desarrollo embrionario representan alrededor de 30% de los casos de retraso mental. Las lesiones pueden ocurrir en respuesta a toxicidad relacionada con ingestión materna de alcohol y otras drogas. Enfermedades mater-

nas e infecciones durante la gestación (p. ej., rubeola, citomegalovirus) y complicaciones de gestación (p. ej., toxemia, diabetes sin control) también pueden ocasionar retraso mental congénito (Sadock y Sadock, 2003).

Factores de Gestación y Perinatales

Alrededor del 10% de los casos de retraso mental son resultado de los factores que aparecen durante la gestación (p. ej., mala nutrición, infecciones virales o de otro tipo, y prematuros) o durante el proceso de nacimiento. Los ejemplos de este último son traumatismo en la cabeza durante el nacimiento, placenta previa o separación prematura de la placenta, y prolapsio de cordón umbilical.

Condiciones Médicas Generales Adquiridas en la Infancia o la Niñez

Las enfermedades adquiridas durante la infancia o niñez representan alrededor del 5% de los casos de retraso mental, e incluyen meningitis y encefalitis; envenenamientos por insecticidas, medicamentos y plomo; y traumatismo físico, como lesiones en la cabeza, asfixia, e hiperpirexia (Sadock y Sadock, 2003).

Influencias Ambientales y Otros Trastornos Mentales

Entre el 15 y 20% de casos de retraso mental son atribuidos a la privación de cariños y atención social, lingüística, y otros estímulos; y de graves trastornos mentales, como trastorno autista (APA, 2000).

El reconocimiento de la causa y el periodo de inicio proporciona información con respecto a lo que puede esperarse en términos de comportamiento y potencial. Sin embargo, cada niño es diferente, y es necesario considerar al individuo en cada caso.

Aplicación del Proceso de Enfermería al Retraso Mental

Valoración de Antecedentes (Sintomatología)

El grado de retraso mental es identificado por el nivel de IQ del paciente. Existen cuatro niveles establecidos: leve, moderado, grave y profundo. Las diferentes manifestaciones de comportamiento y las capacidades relacionadas con cada uno de estos niveles de retraso son resumidas en el cuadro 22-1.

CUADRO 22 – 1 Características del Desarrollo de Retraso Mental Profundo

Nivel (CI)	Habilidad para Desempeñar Actividades de Cuidado Personal	Capacidades Cognitivas/Educativas	Capacidades Sociales/Comunicativas	Capacidades Psicomotoras
Leve (50 – 70)	Es capaz de vida independiente, con apoyo durante momentos de tensión.	Es competente en habilidades académicas hasta el sexto grado. Como adulto puede obtener habilidades vocacionales al menos para su propio mantenimiento.	Es capaz de desarrollar habilidades sociales. Hay un buen funcionamiento en un entorno estructurado y protegido.	Las habilidades psicomotoras en general no parecen afectadas, aunque puede tener algunos problemas leves de coordinación.
Moderado (35 – 49)	Puede desempeñar algunas actividades de manera independiente. Requiere de supervisión.	Capacitado para habilidades académicas sólo hasta segundo grado. Como adulto puede ser capaz de contribuir a su propio mantenimiento al trabajar en un taller protegido.	Puede experimentar algunas limitaciones en la comunicación oral. La dificultad para adherirse a convencionalismos sociales puede interferir en las relaciones con sus pares.	El desarrollo motor es bueno. Las capacidades profesionales pueden estar limitadas a actividades de motricidad gruesa no calificadas.
Grave (20 – 34)	Puede ser adiestrado en algunas habilidades de higiene elementales. Requiere de completa supervisión.	Incapaz de beneficiarse de la formación académica o profesional. Los beneficios vienen del entrenamiento sistemático del hábito.	Habilidades verbales mínimas. Deseos y necesidades comunicadas de manera usual al representar diferentes comportamientos.	Desarrollo psicomotor deficiente. Sólo es capaz de desempeñar tareas sencillas bajo supervisión cercana.
Profundo (menos de 20)	Ninguna capacidad para el funcionamiento independiente. Requiere de constante ayuda y supervisión.	Incapaz de beneficiarse de la formación académica o profesional. Puede responder a un entrenamiento mínimo de autoayuda si es presentado en el contexto cercano de una relación de uno a uno.	Poco o ningún desarrollo en el habla. Ninguna capacidad de habilidades sociales.	Falta de habilidad para movimientos motrices finos y gruesos. Requiere de supervisión y cuidado constantes. Puede presentarse con otros desórdenes físicos.

Fuentes: Adaptado de APA (2000), Sadock y Sadock (2003), y Andreasen y Black (2006).

El personal de enfermería debe valorar y enfocarse en las fortalezas y habilidades individuales del niño. El conocimiento con respecto al nivel de independencia en el rendimiento de actividades de cuidado personal es esencial en el desarrollo de un plan adecuado para la provisión de atención de enfermería.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

La selección de diagnósticos de enfermería apropiados para el paciente con retraso mental depende en gran medida de la gravedad de la condición y de las capacidades del paciente. Los posibles diagnósticos de enfermería incluyen:

- Riesgo de lesión relacionado con movilidad física alterada o comportamiento agresivo.
- Deficiencia en el cuidado personal relacionado con movilidad física alterada o falta de madurez.
- Alteraciones en la comunicación verbal relacionada con trastornos en el desarrollo.
- Alteración en la interacción social relacionada con deficiencias en el discurso o dificultad para adaptarse al comportamiento social convencional.
- Retraso en el crecimiento y el desarrollo relacionado con aislamiento de otras personas importantes para él; estimulación ambiental inadecuada; factores hereditarios.
- Ansiedad (moderada a grave) relacionada con la hospitalización y ausencia de entorno familiar.
- Enfrentamiento defensivo relacionado con sentimientos de impotencia y amenaza a la autoestima.
- Enfrentamiento ineficiente relacionado con habilidades inadecuadas secundarias retraso del desarrollo.

Pueden utilizarse los siguientes criterios para medir los resultados en la atención del paciente con retraso mental.

El paciente:

- No presenta lesiones físicas.
- Sus necesidades de cuidado personal están satisfechas.
- Interactúa con los demás de manera apropiada socialmente.
- Mantiene la ansiedad en un nivel manejable.
- Es capaz de aceptar la dirección sin ponerse a la defensiva.
- Demuestra habilidades de enfrentamiento adaptativas en respuesta a situaciones de estrés.

Planeación y Realización

El cuadro 22-2 proporciona un plan de atención para el niño con retraso mental con diagnósticos de enfermería seleccionados, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos.

Aunque este plan de atención está dirigido a pacientes individuales, es esencial que los miembros de la familia, o personas a cargo, participen en la continuación de la atención del paciente con retraso mental; quienes necesitan recibir información en relación a la condición, expectativas realistas y el potencial del individuo, métodos para modificar el comportamiento como es requerido, y los recursos de la comunidad de la que pueden recibir ayuda y apoyo.

Evaluación

La evaluación de atención proporcionada al paciente con retraso mental debe reflejar cambios positivos de comportamiento; ésta es realizada a través de los objetivos de atención satisfechos por medio de las acciones de enfermería seleccionadas. Lo anterior para llevar a cabo la revaloración del trabajo de enfermería y hacer los cambios necesarios. La reevaluación de los datos puede incluir información recopilada por medio de las siguientes preguntas:

- ¿Las acciones de enfermería proporcionadas para la seguridad del paciente son suficientes para prevenir las lesiones?
- ¿Están satisfechas todas las necesidades de cuidado personal? ¿Puede realizar algunas de éstas de manera independiente?
- ¿El paciente es capaz de comunicar sus necesidades y deseos de tal modo que puede ser entendido?
- ¿El individuo aprende a interactuar de manera apropiada con otras personas?
- ¿Cuando manifiesta comportamientos regresivos, el sujeto acepta la retroalimentación constructiva y evita el comportamiento inapropiado?
- ¿Mantiene la ansiedad a un nivel que pueda manejar?
- ¿El sujeto aprende nuevas habilidades de enfrentamiento por medio de modificaciones del comportamiento?, ¿demuestra mejoría en su autoestima al aplicar estas nuevas habilidades y comportamientos adaptativos?
- ¿Las personas que lo cuidan conocen las expectativas reales del comportamiento del individuo y los métodos para intentar modificar comportamientos inaceptables?

Concepto Central

Trastornos generalizados de desarrollo

Un grupo de trastornos caracterizados por alteración en varias áreas del desarrollo, que incluyen habilidades de interacción social y comunicación interpersonal.

En esta categoría son considerados: trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, y trastorno de Asperger (APA, 2000).

CUADRO 22 – 2 Plan de Atención para el Niño con Retraso Mental

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO PARA LESIÓN
RELACIONADO CON: movilidad física alterada o comportamiento agresivo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no experimenta lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establezca un ambiente seguro para el paciente. 2. Asegúrese de que los objetos pequeños han sido eliminados del área donde el paciente merodea y de que los objetos filosos están fuera de su alcance. 3. Almacene los objetos que el paciente utiliza, con frecuencia de fácil alcance. 4. Rellene los extremos y la cabecera de la cama del paciente que tiene historial de ataques. 5. Prevenga agresiones físicas y malos comportamientos al aprender a reconocer los signos que demuestran que el paciente está impacientándose. 	1 – 5. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: CARENCIA DE AUTOCUIDADO
RELACIONADO CON: movilidad física alterada o falta de madurez

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de participar en aspectos de autocuidado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique los aspectos de cuidado personal que puedan estar dentro de las capacidades del paciente, y trabaje en un solo aspecto a la vez. Brinde explicaciones sencillas y concretas. Ofrezca retroalimentación positiva por los esfuerzos. 2. Cuando uno de los aspectos de cuidado personal ha sido dominado al máximo de las capacidades del paciente, continúe con el siguiente. Aliente la independencia pero intervenga cuando el paciente sea incapaz de desempeñarse. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El refuerzo positivo aumenta la autoestima y alienta la repetición de comportamientos deseables. 2. La comodidad y seguridad del paciente son prioridades de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: COMUNICACIÓN VERBAL ALTERADA
RELACIONADO CON: alteración del desarrollo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de comunicar sus necesidades y deseos al personal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenga la consistencia en la asignación del personal en un cierto plazo de tiempo. 2. Anticipese y satisfaga las necesidades del paciente hasta que los patrones satisfactorios de comunicación sean establecidos. Aprenda (de la familia, si es posible) las palabras especiales que utiliza el paciente que sean diferentes de las normales. Identifique signos o gestos no verbales que el paciente pueda utilizar para expresar sus necesidades en caso de que la comunicación verbal esté ausente. Practique estas habilidades de comunicación de manera repetida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La consistencia en la asignación del personal facilita la confianza y la habilidad de entender las acciones y modos de comunicación del paciente. 2. Algunos niños con retraso mental, en particular los más graves, sólo pueden aprender por medio del hábito sistemático de entrenamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DETERIORADA
RELACIONADO CON: deficiencias del habla o dificultad para presentar un comportamiento convencional

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de interactuar con otras personas utilizando comportamientos que son aceptados en el aspecto social y apropiados para el nivel de desarrollo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permanezca con el paciente durante las intervenciones iniciales con otras personas en la unidad. 2. Explique a otros pacientes el significado detrás de algunos gestos y signos no verbales de su paciente. Utilice lenguaje sencillo para explicar al paciente qué comportamientos son aceptables y cuáles no lo son. Establezca un procedimiento para recompensar comportamientos apropiados, y reforzamientos desagradables por comportamientos inadecuados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La presencia de un individuo de confianza proporciona un sentimiento de seguridad. 2. Los reforzamientos positivos, negativos y desagradables pueden contribuir a cambios deseables en el comportamiento. Estos privilegios y castigos son determinados de manera individual mientras el personal aprende los gustos y disgustos del paciente.

- ¿Quienes están a cargo del paciente tienen información sobre los recursos donde buscar ayuda y apoyo dentro de la comunidad?

TRASTORNO AUTISTA

Este trastorno está caracterizado por retraimiento del niño en sí mismo y en un mundo de fantasía de su creación. El paciente presenta desarrollo muy alterado o anómalo en la interacción social y de comunicación (APA, 2000). Las actividades y los intereses son limitados y pueden considerarse como extraños.

La prevalencia de los trastornos del espectro del autismo en Estados Unidos es de uno en 150 niños (*Center for Disease Control and Prevention [CDC]*, 2007). Ocurre de cuatro a cinco veces más en varones que en niñas. El inicio del trastorno es antes de los tres años, y en casi todos los casos es de curso crónico, con síntomas que persisten en la adultez.

Implicaciones Etiológicas

Implicaciones Neurológicas

Existe una aceptación general de que el autismo es causado por anomalías en las estructuras o funciones del cerebro (*National Institute of Mental Health [NIMH]*, 2004). Las anomalías pueden observarse en la amígdala, la cual regula aspectos de comportamiento social y emocional. También fueron encontradas concentraciones elevadas de serotonina en personas con autismo. Las imágenes de resonancia magnética (MRI) son utilizadas para estudiar la actividad cerebral de niños con autismo, y muestran menos actividad en las áreas parietales y el cuerpo calloso que en niños no afectados.

Popper y colaboradores (2003) identifican los primeros problemas de desarrollo, como infecciones neurológicas posnatales, rubeola congénita, fenilcetonuria, y síndrome de X frágil, como posibles implicaciones de varias anomalías estructurales y funcionales en el cerebro; problemas que incluyen agrandamiento ventricular, anomalías en el lóbulo temporal izquierdo, y aumento en el metabolismo de glucosa. Popper y colaboradores (2003) explican: “La disfunción neurobiológica parece ser muy difusa, y no se encuentra ninguna deficiencia primaria en la mayoría de los individuos con autismo.”

Genéticas

Investigaciones recientes revelan fuerte evidencia de que los factores genéticos son importantes en la etiología del autismo (Andreasen y Black, 2006). Existen estudios que muestran que los padres de un niño con autismo tienen más riesgo de tener más de un hijo con este padecimiento.

Otras investigaciones con gemelos monocigóticos y dígitos también proporcionan evidencia de una participación genética, y continúan las investigaciones sobre cómo influyen los factores genéticos en el desarrollo de trastorno autista.

Influencias Perinatales

Los investigadores en Kaiser Permanente, en Oakland, California, acaban de encontrar que las mujeres que sufren de asma o alergias durante la gestación presentan mayores riesgos de tener un niño autista (Croen y cols, 2005); durante el segundo trimestre el riesgo de tener un hijo afectado es dos veces más elevado. También postulan que puede ser por la respuesta inmunitaria materna durante la gestación, o que el asma y la alergia comparten factores de riesgo ambientales con los trastornos del espectro del autismo.

Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno Autista

Valoración de Datos (Sintomatología)

La sintomatología que es presentada aquí es común entre los niños con este padecimiento. Esta información, además del conocimiento sobre los factores predisponentes relacionados con el trastorno, es importante para el plan preciso para la atención del paciente.

Alteración en la Interacción Social

Los niños con trastorno autista no forman relaciones interpersonales con otros; no responden o no muestran interés en la gente. Como lactantes pueden tener una aversión a las emociones y contacto físico. En los niños pequeños (que empiezan a caminar) el cariño por un adulto significativo puede estar ausente, o manifestarse como comportamientos exagerados de apego. En la niñez hay fallas en el desarrollo de juego cooperativo, juegos imaginativos, y amistades. Estos niños con incapacidades mínimas progresan al punto de reconocer a otros niños como parte de su ambiente, si acaso de manera pasiva.

Alteración en la Comunicación y Actividad Imaginativa

Tanto las habilidades verbales como las no verbales están afectadas; el lenguaje puede no existir en absoluto, o caracterizarse por estructura inmadura o pronunciaciones idiosincráticas, cuyo significado es claro sólo para personas que están familiarizadas con las experiencias pasadas del niño. Es común no observar comunicación no verbal, como expresiones faciales o gestos, o si existen, son inapropiados para las normas sociales. En el caso del patrón del juego imaginativo con frecuencia es limitado y estereotipado.

Actividades e Intereses Limitados

Los individuos con autismo de manera habitual oponen resistencia incluso a cambios mínimos en el ambiente, o en ocasiones responden de manera histérica. El apego o extrema fascinación con objetos que pueden moverse o girar (p. ej., ventiladores) es común. La rutina pasa a ser una obsesión, y las alteraciones más pequeñas en la rutina provocan angustia.

También son típicos los movimientos corporales estereotipados (aplaudir, mecerse, balancear todo el cuerpo) y las verbalizaciones (repetición de palabras o frases); y es común observar anomalías en la dieta, que incluyen comer sólo un tipo específico de alimentos o tomar demasiados líquidos. Pueden ser muy evidentes comportamientos de autolesión, como golpearse la cabeza o morderse manos y brazos.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Con base en los datos recopilados durante la valoración de enfermería, los posibles diagnósticos de enfermería para el paciente con trastorno autista incluyen:

- Riesgo de automutilación relacionado con alteraciones neurológicas.
- Alteraciones en la interacción social relacionadas con la incapacidad para confiar; alteraciones neurológicas.
- Trastornos de la comunicación verbal relacionados con retrainingo; estimulación sensorial inadecuada; alteraciones neurológicas.
- Identidad personal perturbada, relacionada con estimulación sensorial inadecuada; alteraciones neurológicas.

Los siguientes criterios pueden ser utilizados para medir los resultados en el cuidado del paciente con trastorno autista.

El paciente:

- No presenta signos de lesiones.
- Interactúa de manera apropiada por lo menos con un miembro del personal.
- Demuestra confianza en por lo menos un miembro del personal.
- Es capaz de comunicarse y puede ser entendido por lo menos por alguien del personal.
- Demuestra comportamientos que indican que empieza el proceso de separación/individuación.

Planeación y Realización

El cuadro 22-3 presenta un plan de atención para el niño con autismo, además de diagnósticos de enfermería seleccionados, criterios de resultado, y apropiadas intervenciones de enfermería y razonamientos.

Evaluación

La evaluación de la atención del niño autista refleja si las acciones de enfermería tienen efecto en alcanzar los objetivos establecidos. El proceso de enfermería requiere la revaloración del plan. Las preguntas para valorar los datos incluyen:

- ¿El niño es capaz de establecer confianza al menos con *una* persona que lo atiende?
- ¿Las acciones de enfermería dirigidas a prevenir los comportamientos de mutilación son efectivas en la protección del paciente?
- ¿El niño intenta interactuar con otras personas?, ¿le es brindado reforzamiento positivo por estos esfuerzos?
- ¿Ha mejorado el contacto visual?
- ¿El paciente establece los medios para comunicar sus necesidades y deseos a los demás?
- ¿Puede nombrar partes del cuerpo y partes del cuerpo de otra persona?
- ¿Acepta ser tocado por otros?, ¿de manera voluntaria y apropiada toca a otros?

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

La característica esencial de este trastorno es un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad-**impulsividad**, el cual es más frecuente y grave que los observados de manera habitual en individuos de nivel de desarrollo comparable (APA, 2000). Estos niños pueden distraerse con mucha facilidad y son incapaces de contenerse al estímulo. La actividad motora es excesiva y los movimientos son al azar e impulsivos. Es difícil diagnosticar el inicio del trastorno en niños menores de cuatro años porque su comportamiento característico es mucho más variable que en niños mayores; con frecuencia el trastorno no es reconocido hasta que el niño entra a la escuela. Es cuatro a nueve veces más común en varones que en niñas y puede presentarse en 3 a 7% de los niños en edad escolar (APA, 2000). De hecho, el *DSM-IV-TR* categoriza el trastorno en los siguientes subtipos:



Concepto Central

Hiperactividad

Excesiva actividad psicomotora que puede tener un propósito o sin sentido, acompañada de movimientos físicos y pronunciaciones verbales que por lo general son más rápidas de lo normal. La falta de atención y la distracción son comunes en el comportamiento hiperactivo.

CUADRO 22 – 3 Plan de Atención para el Niño con Desorden Autista**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN
RELACIONADO CON: alteraciones neurológicas**

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no causa daño en sí mismo.	<ol style="list-style-type: none"> Trabaje con el paciente en una base de persona a persona. Trate de determinar si el comportamiento de automutilación ocurre en respuesta a un aumento de ansiedad, y en caso de ser así, a qué es atribuida tal ansiedad. Trate de intervenir con actividades de diversión o de remplazo y ofrézcase a sí mismo al niño cuando el nivel de ansiedad comience a elevarse. Proteja al niño cuando ocurran comportamientos automutilantes. Estrategias tales como un casco, guantes acolchados, o cubiertas para los brazos, pueden proporcionar protección cuando existe el riesgo de daño a sí mismo. 	<ol style="list-style-type: none"> La interacción de uno a uno facilita la confianza. Los comportamientos mutilantes pueden ser evitados si la causa es determinada y aliviada. Algunas actividades de diversión y remplazo pueden proporcionar sensaciones necesarias de seguridad y sustituir a los comportamientos automutilantes. La seguridad del paciente es prioridad de la intervención de enfermería.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DETERIORADA
RELACIONADO CON: incapacidad para confiar; alteraciones neurológicas**

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente inicia interacciones sociales con la persona que lo cuida.	<ol style="list-style-type: none"> Asigne un número limitado de personas al cuidado del niño. Asegúrese de que le expresen calidez, aceptación y disponibilidad. Proporcione al niño objetos que le sean familiares, tales como juguetes conocidos o una frazada. Apoye los intentos del niño de interactuar con otras personas. Brinde reforzamientos positivos para el contacto visual con algo aceptable para el niño (por ejemplo, comida u objetos familiares). Remplácelo de manera gradual con reforzamiento social (por ejemplo, tacto, sonrisas, abrazos). 	<ol style="list-style-type: none"> La calidez, aceptación y disponibilidad, junto con la consistencia en la asignación del personal, mejoran la creación y mantenimiento de una relación basada en la confianza. Los objetos familiares y la presencia de un individuo de confianza proporcionan seguridad durante momentos de tensión. Ser capaz de establecer contacto visual es esencial para la habilidad del niño de crear relaciones interpersonales satisfactorias.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: COMUNICACIÓN VERBAL DETERIORADA
RELACIONADO CON: retraimiento dentro de sí mismo; estimulación sensorial inadecuada; alteraciones neurológicas**

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente establece un método para comunicar sus necesidades y deseos a otras personas.	<ol style="list-style-type: none"> Mantenga consistencia en la asignación de cuidadores. Anticípese y satisfaga por completo las necesidades del niño hasta que la comunicación pueda establecerse. Busque claridad y validación. Proporcione reforzamientos positivos cuando utilice el contacto visual para formular expresiones no verbales. 	<ol style="list-style-type: none"> La consistencia facilita la confianza y aumenta la habilidad del cuidador de entender los intentos de comunicación del paciente. Las necesidades anticipadas ayudan a minimizar la frustración mientras el niño aprende habilidades de comunicación. La validación asegura que el mensaje pretendido haya sido expresado. El reforzamiento positivo incrementa la autoestima y alienta la repetición.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IDENTIDAD PERSONAL DISTORSIONADA
RELACIONADO CON: estimulación sensorial inadecuada; alteraciones neurológicas**

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente nombra sus propias partes del cuerpo por separado y como individuales de las de otras personas.	1. Ayude al niño a reconocer la separación que hay durante las actividades de cuidado personal, tales como el vestido y la alimentación. 2. Apoye al niño en el aprendizaje sobre nombrar sus propias partes del cuerpo. Esto puede facilitarse por medio del uso de espejos, dibujos, y fotografías del mismo niño. Aliente el tacto apropiado hacia, y el ser tocado por otras personas.	1. El reconocimiento de las partes del cuerpo durante el vestido y la alimentación incrementa la conciencia del niño de sí mismo como individuo separado de los demás. 2. Todas estas actividades pueden ayudar a incrementar la conciencia del niño de sí mismo como individuo separado de los demás.

- **Trastorno de hiperactividad y déficit de atención, tipo combinado.** Este subtipo es utilizado si persisten por lo menos seis de los síntomas de falta de atención y seis síntomas de hiperactividad-impulsividad por lo menos seis meses, la mayoría de los niños y adolescentes con el trastorno padecen el tipo combinado. Es desconocido si es lo mismo para los adultos con el trastorno.
- **Trastorno de hiperactividad y déficit de atención, tipo predominantemente con falta de atención.** Este subtipo es opción si por lo menos seis síntomas de falta de atención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad e impulsividad) persisten por lo menos seis meses.
- **Trastorno de hiperactividad y déficit de atención, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.** Utilizar este subtipo si por lo menos seis síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de seis síntomas de falta de atención) persisten por lo menos seis meses. En muchos casos, la falta de atención puede ser una característica clínica significativa.

Implicaciones Etiológicas

Factores Biológicos

Genéticos

Algunos estudios revelan evidencia que apoya las influencias genéticas en la etiología de este trastorno. Los resultados indican que gran número de padres de niños

hiperactivos mostraron signos de hiperactividad durante su niñez; que los niños hiperactivos son más propensos que los niños con comportamiento típico de tener hermanos que también sean hiperactivos; y que cuando un gemelo tiene un hermano idéntico, ambos tengan el padecimiento (*National Institute of Mental Health, [NIMH], 2006*).

Teoría Bioquímica

Aunque es creído que ciertos neurotransmisores —en particular dopamina, norepinefrina, y tal vez serotonina— producen los síntomas relacionados con el trastorno, su participación todavía es investigada. Las concentraciones anómalas de estos neurotransmisores pueden estar relacionadas con los síntomas de hiperactividad, impulsividad, ánimo, y agresión con frecuencia observados en los individuos con el trastorno.

Influencias Anatómicas

Recientes estudios implican alteraciones en áreas específicas del cerebro en los individuos con hiperactividad/déficit de atención; estas regiones incluyen los lóbulos frontales, ganglios basales, núcleo caudado, y cerebelo (Popper y col, 2003).

Factores Prenatales, Perinatales y Posnatales

Un reciente estudio es consistente con un primer hallazgo que relaciona el hábito de fumar de la madre durante la gestación y el comportamiento hiperactividad-impulsivo en el niño (Linnet y col, 2005). La exposición intrauterina a sustancias tóxicas, incluso el alcohol, puede producir efectos en el comportamiento. El síndrome de alcoholismo fetal incluye hiperactividad, impulsividad, y falta de atención, como también anomalías físicas (Popper y col, 2003; Sadock y Sadock, 2003).

Las influencias perinatales que pueden contribuir en este trastorno son prematuridad, signos de sufrimiento fetal, bajo peso al nacimiento, trabajo de parto precipitado o

Concepto Central

Impulsividad

La característica de actuar sin reflexionar y sin pensar en las consecuencias de la conducta. Una abrupta inclinación al acto (y la incapacidad para resistir el actuar) sobre conductas apremiantes.

prolongado, y anoxia perinatal. Los factores posnatales que están relacionados incluyen parálisis cerebral, epilepsia, y otras anomalías del sistema nervioso central resultantes de traumatismos, infecciones, u otros trastornos neurológicos (Popper, y col, 2003).

Influencias Ambientales

Plomo Ambiental

Existen estudios que continúan proporcionando evidencia de los efectos adversos en el desarrollo y comportamiento en los niños con elevadas concentraciones de plomo en la sangre. El plomo está presente en nuestro ambiente, aunque el gobierno ha ordenado estrictas restricciones en la sustancia en años recientes. Todavía hay investigaciones sobre una posible relación entre las concentraciones elevadas de plomo y el comportamiento relacionado con el trastorno de hiperactividad y déficit de atención.

Factores de Alimentación

La posible relación entre los tintes y complementos en los alimentos, como saborizantes artificiales y preservativos, fue introducida a mediados de la década de 1970; sin embargo, los estudios sobre los efectos de la comida y las alergias a los complementos siguen siendo controversiales, en gran parte por la inconsistencia de los resultados. Algunos padres y maestros mencionan la sorprendente mejoría en el comportamiento cuando niños hiperactivos son puestos a dieta de tintes y complementos alimentarios; sin embargo, los resultados no son concluyentes.

Influencias Psicosociales

Ambientes desorganizados o caóticos o una interrupción en el equilibrio de la familia puede predisponer a algunos individuos a trastorno de hiperactividad y déficit de atención; existe una relación importante con el elevado grado de estrés psicosocial, trastorno mental materno, criminalidad paterna, bajo nivel socioeconómico y padre adoptivos (Dopheide, 2001; Voeller, 2004).

Otras influencias psicosociales a considerar son la historia familiar de alcoholismo, comportamientos histéricos y sociopáticos, e historia de los padres de hiperactividad; también los trastornos de aprendizaje pueden predisponer a este trastorno.

Aplicación del Proceso de Enfermería a Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención

Valoración de Datos (Sintomatología)

Una buena parte de los problemas de un niño con este trastorno tiene relación con dificultades en realizar las

tareas apropiadas a su edad. Estos niños pierden la concentración con mucha facilidad y tienen períodos en extremo limitados de atención; es frecuente que cambien de una actividad sin terminar a otra, y la impulsividad o la deficiencia en el control inhibitorio también es común.

Los niños hiperactivos tienen dificultades para formar relaciones interpersonales satisfactorias, demuestran comportamientos que inhiben la interacción social aceptable. Interrumpen y son entrometidos en los grupos que tratan de hacer algo, les es difícil cumplir con las normas sociales, algunos niños hiperactivos son muy **agresivos** o desafiantes, mientras que otros son regresivos y presentan comportamientos inmaduros. También es común la poca tolerancia a la frustración y los exabruptos temperamentales.

Los niños con hiperactividad y déficit de atención tienen energía ilimitada, muestran niveles excesivos de actividad, inquietud y nerviosismo; son descritos como “permanentes máquinas en movimiento”, ya que de manera continua corren, brincan, se contornean o retuerzen. Sufren un mayor número de accidentes, desde pequeños percances a accidentes más serios que pueden provocar lesiones físicas o la destrucción de propiedad.

En el cuadro 22-1 aparecen los criterios de diagnóstico del *DSM-IV-TR* para trastorno de hiperactividad y déficit de atención.

Diagnóstico e Identificación de Resultado

Con base en los datos recopilados durante la valoración de enfermería, los posibles diagnósticos de enfermería para el niño con este padecimiento incluyen:

- Riesgo de lesionarse por comportamiento impulsivo y predisposto a los accidentes, e incapacidad para percibir que se lastima.
- Interacción social alterada relacionada con intrusividad y comportamiento inmaduro.
- Baja autoestima relacionada con sistema familiar disfuncional y retroalimentación negativa.
- No cumple con las tareas esperadas, esto en relación con poca tolerancia a la frustración y períodos cortos de atención.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados en la atención del niño con hiperactividad.

El paciente:

- No presenta lesiones físicas.
- Interactúa con otras personas de manera apropiada.
- Menciona aspectos positivos sobre sí mismo.
- Demuestra menos comportamientos demandantes.
- Son cooperativos con el personal en un esfuerzo por completar las tareas asignadas.

RECUADRO 22-1 Criterios de Diagnóstico para el Desorden de Déficit de Atención e Hiperactividad

- A. Sólo (1) o (2):
1. Seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido por al menos 6 meses a un grado en el que no hay adaptación e inconsistente con el nivel de desarrollo:
- Falta de atención*
- (a) Fracasa a menudo al poner atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, el trabajo o algunas otras actividades.
 - (b) A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
 - (c) De manera frecuente parece no escuchar cuando le hablan de forma directa.
 - (d) De manera habitual no sigue instrucciones y falla al terminar trabajos escolares, tareas o deberes en el lugar de trabajo (no por oposición o fracaso al entender instrucciones).
 - (e) Es común que tenga dificultad para organizar tareas y actividades.
 - (f) A menudo evita, le desagradan, o rehusa a ocuparse en tareas que requieren de mantener un esfuerzo mental (tales como el trabajo escolar o los deberes en casa).
 - (g) Por lo general pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas).
 - (h) Pierde concentración con facilidad a causa de estímulos extraños.
 - (i) A menudo olvida las actividades diarias.
2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por al menos 6 meses a un grado en el que no puede adaptarse y es inconsistente con el nivel de desarrollo:
- Hiperactividad*
- (a) De manera habitual mueve con nerviosismo manos o pies, o no permanece tranquilo en el asiento.
 - (b) En general deja su asiento en el salón de clases o en alguna otra situación en la cual es esperado que permanezca sentado.
- (c) Con frecuencia corretea o trepa de manera excesiva en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
 - (d) A menudo tiene dificultades para jugar u ocuparse en actividades de tiempo libre con tranquilidad.
 - (e) Casi siempre está “en marcha” o actúa como si “trajera motor”.
 - (f) A veces habla de manera excesiva.
- Impulsividad*
- (g) Por lo general responde a las preguntas antes de completarlas.
 - (h) Es común que tenga dificultades para esperar turnos.
 - (i) Con frecuencia interrumpe o importuna a otras personas (por ejemplo, entra en conversaciones o juegos ajenos).
- B. Algunos síntomas hiperactivos-impulsivos o distraídos que causen impedimentos aparecen antes de los 7 años.
 - C. Algunas alteraciones de los síntomas ocurren en dos o más escenarios (por ejemplo, en la escuela, trabajo o en el hogar).
 - D. Existe una clara evidencia de impedimentos clínicos importantes en el funcionamiento social, académico u ocupacional.
 - E. Los síntomas no ocurren de manera exclusiva durante el curso de un desorden dominante del desarrollo, esquizofrenia, o algún otro padecimiento psicótico, y no pueden explicarse por otro trastorno mental (por ejemplo, desorden emocional, de ansiedad, disociativo, o de personalidad).
- Subtipos:*
1. **Tipo combinado, déficit de atención/desorden de hiperactividad:** si están presentes, en los 6 últimos meses, ambos criterios (A1 y A2).
 2. **Tipo predominantemente distraído, déficit de atención e hiperactividad:** si hay presencia del criterio A1, pero no del criterio A2, en los 6 últimos meses.
 3. **Tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, déficit de atención e hiperactividad:** presencia del criterio A2, pero no el criterio A1, en los últimos 6 meses.

Fuente: De APA (2000), con permiso.

Planeación y Realización

En el cuadro 22-4 está proporcionado un plan de atención para el niño con este trastorno utilizando los diagnósticos de enfermería comunes a hiperactividad, criterios de resultado, e intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos.

El plan de atención de planificación de concepto es un acercamiento nuevo para organizar la atención de enfermería (ver capítulo 7). Es una estrategia diagramática de enseñanza y aprendizaje que permite la visualización de interrelaciones entre diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería, valoración de datos, y tratamientos. La figura 22-1 presenta un ejemplo de plan de atención de planificación de concepto para el paciente con hiperactividad y déficit de atención.

Evaluación

La evaluación de la atención del paciente con hiperactividad y déficit de atención incluye examinar los comportamientos del paciente después de realizar las acciones de enfermería para determinar si los objetivos de la terapia fueron alcanzados. La recolección de los datos por medio de las siguientes preguntas puede proporcionar información adecuada para la evaluación.

- ¿Las acciones de enfermería dirigidas a la seguridad del paciente son efectivas para protegerlo de lesionarse?
- ¿El niño es capaz de establecer una relación de confianza con la persona que lo cuida?
- ¿El paciente responde a los límites impuestos para comportamientos inaceptables?

CUADRO 22 – 4 Plan de Atención al Niño con Déficit de Atención e Hiperactividad**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE LESIONES**

RELACIONADO CON: comportamiento impulsivo y propenso a accidentes, e incapacidad de percibir el daño que puede provocarse a sí mismo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no presenta lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegúrese de que el paciente cuenta con un ambiente seguro. Retire los objetos del área inmediata con los cuales el paciente pudiera dañarse a sí mismo como resultado de movimientos inesperados e hiperactivos. 2. Identifique comportamientos deliberados que pongan al niño en riesgo de lesionarse. Establezca las consecuencias para la repetición de este comportamiento. 3. Si hay riesgo de lesiones relacionado con actividades terapéuticas específicas, proporcione supervisión adecuada, o limite la participación del paciente si esa supervisión adecuada no es posible. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los objetos que son apropiados para una situación de vida normal pueden ser peligrosos para el niño cuyas actividades motoras están fuera de control. 2. El comportamiento puede ser modificado con reforzamiento desagradable. 3. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DETERIORADA

RELACIONADO CON: comportamiento molesto e inmaduro

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente observa los límites establecidos para un comportamiento molesto y demuestra la habilidad de interactuar de manera apropiada con otras personas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle una relación de confianza con el niño. Exprese aceptación hacia el niño de manera separada del comportamiento inaceptable. 2. Discuta con el paciente qué comportamientos son aceptables y cuáles no. Describa de manera práctica las consecuencias del comportamiento inaceptable. Dé seguimiento a esas consecuencias. 3. Proporcione situaciones de grupo al paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La aceptación incondicional incrementa los sentimientos de valor propio. 2. El reforzamiento desagradable puede modificar comportamientos no deseados. 3. El comportamiento social apropiado es a menudo aprendido por medio de retroalimentación positiva y negativa de los demás.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: BAJA AUTOESTIMA

RELACIONADO CON: sistema familiar disfuncional y retroalimentación negativa

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra un incremento en los sentimientos de valor propio al expresar afirmaciones positivas sobre sí mismo y al exhibir comportamientos menos difíciles.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegúrese de que los objetivos sean realistas. 2. Planee actividades que proporcionen oportunidades para el éxito. 3. Exprese aceptación incondicional y opiniones positivas. 4. Ofrezca reconocimiento a los esfuerzos exitosos y reforzamiento positivo por los intentos realizados. Procure dar retroalimentación positiva inmediata a los comportamientos aceptables. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los objetivos no realistas convocan al paciente al fracaso, lo que disminuye la autoestima. 2. El éxito aumenta la autoestima. 3. La afirmación del paciente como un ser humano que vale la pena puede incrementar la autoestima. 4. El refuerzo positivo aumenta la autoestima y puede incrementar los comportamientos deseables.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCUMPLIMIENTO (CON EXPECTATIVAS DE TAREAS)

RELACIONADO CON: baja tolerancia a la frustración y corta capacidad de concentración

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de completar tareas asignadas de manera independiente o con un mínimo de ayuda.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcione un ambiente lo más libre posible de distracciones para la realización de las tareas asignadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente es muy propenso a las distracciones y es incapaz de desempeñarse en la presencia incluso de la mínima estimulación.

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>2. Proporcione ayuda con base en uno a uno, comenzando con instrucciones sencillas y concretas.</p> <p>3. Pida al paciente que repita las instrucciones.</p> <p>4. Establezca metas que permitan al paciente completar una parte de las tareas, gratificando cada paso terminado con un descanso para actividades físicas.</p> <p>5. Disminuya de manera gradual la cantidad de ayuda que usted brinde, mientras convence al paciente de que la ayuda sigue disponible si la considera necesaria.</p>	<p>2. El paciente carece de la habilidad de asimilar la información que es complicada o que tiene un significado abstracto.</p> <p>3. La repetición de las instrucciones ayuda a determinar el nivel de comprensión del paciente.</p> <p>4. Las metas a corto plazo no son tan agobiantes para alguien con una capacidad tan corta de concentración. El reforzamiento positivo (actividad física) incrementa la autoestima y proporciona incentivos al paciente para que continúe la tarea hasta su término.</p> <p>5. Esto alienta al paciente a desempeñarse de manera independiente, mientras le proporciona un sentimiento de seguridad con la presencia de un individuo de confianza.</p>

- ¿El individuo puede interactuar de manera apropiada con otras personas?
- ¿Es capaz de comentar aspectos positivos de sí mismo?
- ¿Puede terminar las tareas asignadas de manera independiente o con poca ayuda?, ¿puede seguir instrucciones simples después de escucharlas?
- ¿Es capaz de aplicar el autocontrol para disminuir la actividad motora?

Intervención Psicofarmacológica para Hiperactividad y Déficit de Atención

Algunas ocasiones son prescritos estimulantes del sistema nervioso central (SNC) a niños hiperactivos, los más utilizados son: dextroanfetamina (Dexadrine), metilfenidato (Ritalin; Concerta), dexmetilfenidato (Focalin) y dextroanfetamina/anfetamina composito (Adderall). El mecanismo real por el cual estos medicamentos mejoran el comportamiento relacionado con este trastorno es desconocido. En la mayoría de los pacientes, produce estimulación, excitabilidad e inquietud; en los niños hiperactivos los efectos son períodos de atención más prolongados, control del comportamiento hiperactivo, y aumento de la capacidad de aprendizaje.

Los efectos colaterales incluyen insomnio, anorexia, pérdida de peso, taquicardia, y disminución temporal en el índice de crecimiento y desarrollo, es necesario considerar que puede presentarse tolerancia física.

En 2002, la U.S. Food and Drug Administration (FDA) aprobó la atomexitina (Strattera), un medicamento específico para trastorno de hiperactividad y déficit de atención; este medicamento es un inhibidor de recaptación selectivo de norepinefrina, pero el mecanismo de acción del efecto terapéutico en este padecimiento permanece desconocido. Los efectos colaterales incluyen dolor de cabeza, náusea y vómito, dolor abdominal superior, boca seca, disminución del apetito, pérdida de peso, constipa-

ción, insomnio, aumento de la presión arterial y frecuencia cardiaca, y disfunción sexual.

Los fármacos de la clasificación de antidepresivos también son usados con cierto éxito en el tratamiento de este trastorno. Los medicamentos más utilizados de esta categoría son: bupropión (Wellbutrin), desipramina (Norpramin), nortriptilina (Pamelor) e imipramina (Tofranil).

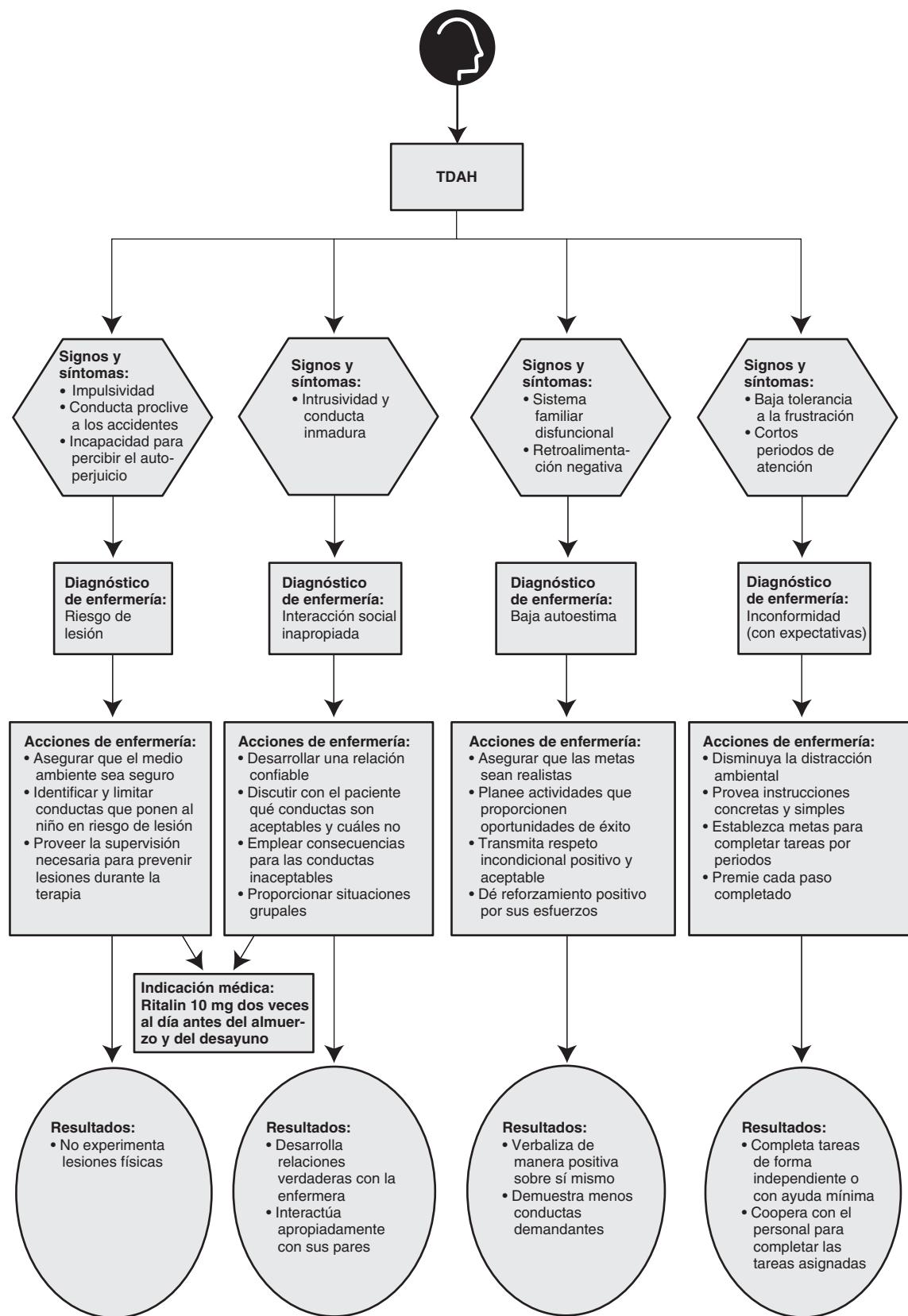
El bupropión tiene presentación de corta y acción prolongada. Los efectos colaterales son similares a los de los estimulantes: taquicardia, vértigo, temblores, insomnio, náusea, anorexia, y pérdida de peso. Los individuos con historia de convulsiones o trastornos de alimentación no deben tomar este medicamento.

Los antidepresivos tricíclicos también son útiles en el tratamiento de los síntomas, en particular la atención y la inquietud. Los principales efectos colaterales incluyen sedación, boca seca, aumento del apetito, cambios de conducción aurículo-ventricular, hipertensión o hipotensión, arritmias, y taquicardia, por lo que es necesario realizar un electrocardiograma antes de iniciar la terapia con estos medicamentos.

Información de Vía y Dosis

DEXTROANFETAMINA (DEXADRINE); DEXTROANFETAMINA/ANFETAMINA COMPUESTA (ADDERALL)

- *PO (niños de tres a cinco años de edad).* Dosis inicial: 2.5 mg/día. Esta dosis puede aumentar en cantidades de 2.5 mg/día en intervalos de una semana hasta obtener la respuesta deseada.
- *PO (niños de seis años en adelante).* Dosis inicial: 5 mg/día o dos veces al día. Puede aumentarse 5 mg/día en intervalos de una semana hasta obtener la respuesta deseada. La dosis pocas veces exceden 40 mg/día. La primera dosis en tabletas o en solución puede administrarse por la mañana; la dosis adicional a intervalos de



cuatro a seis horas. Las formas de liberación continua pueden utilizarse en una dosis al día, administrada sólo en la mañana.

METILFENIDATO (RITALIN; CONCERTA)

- *PO (niños de seis años en adelante).* Dosis inicial de 5 mg antes del desayuno y almuerzo. La dosis aumenta de manera gradual en 5 a 10 mg/día en intervalos semanales. Dosis diaria máxima: 60 mg. El uso de las formas de liberación continua es de una dosis al día, administrada en la mañana.

DEXMETILFENIDATO (FOCALIN)

- *PO (niños de seis años de edad en adelante).* Dosis inicial: 2.5 mg dos veces al día. La dosis puede aumentar de manera gradual en intervalos de una semana de 20 mg/día (10 mg dos veces al día). Las formas de liberación inmediata van administradas dos veces al día, con una diferencia mínima de cuatro horas. Las formas de liberación continua son suministradas una vez al día con una dosis inicial de 5 mg/día y con aumento de 5 mg por vez, en intervalos de una semana hasta el máximo de 20 mg/día.

ATOMOXETINA (STRATTERA)

- *PO (niños y adultos con peso mayor a 70 kg).* Dosis inicial: 40 mg/día. Aumenta después de un mínimo de tres días hasta una dosis total diaria de 80 mg, en una dosis única en la mañana o dos divididas en la mañana y en la tarde, o temprano en la noche. Después de dos a cuatro semanas, la dosis total debe aumentarse a un máximo de 100 mg, si es necesario.
- *PO (niños y adultos con peso de 70 kg o menos).* Dosis inicial: 0.5 mg/kg por día. Aumenta después de un mínimo de tres días hasta la dosis total diaria de 1.2 mg/kg en una sola dosis en la mañana o dos dosis divididas en la mañana y en la tarde o temprano en la mañana. La dosis máxima diaria: 1.4 mg/kg o 100 mg diarios, puede ser menor.

BUPROPIÓN (WELLBUTRIN)

- *PO (niños de seis años en adelante).* Dosis: 3 mg/kg por día en dosis divididas.

IMIPRAMINA (TOFRANIL)

- *PO (niños de seis años de edad o más):* Dosis inicial: 1 mg/kg por día en dosis dividida, con aumentos diarios de dos a tres semanas hasta un máximo de 2.5 mg/kg por día.

Implicaciones de Enfermería

- Valore el estado mental del paciente por cambios de ánimo, nivel de actividad, grado de estimulación, y agresividad.
- Asegúrese que el paciente está protegido de lastimarse. Mantenga pocos estímulos y el ambiente tan tranquilo como sea posible para desalentar la sobreestimulación.
- Reducir la anorexia, los medicamentos pueden administrarse de manera inmediata después de los alimentos. Es necesario pesar al paciente de manera regular (por lo menos una vez a la semana) mientras que la terapia con estimulantes de SNC es aplicada, debido al potencial para anorexia y pérdida de peso, además de la interrupción temporal del crecimiento y desarrollo.
- Prevenir el insomnio, administrar la última dosis por lo menos seis horas antes de ir a dormir. Administre las formas de liberación continua en la mañana.
- En niños con trastornos de comportamiento, una droga “recreativa” debe probarse de manera periódica bajo vigilancia médica para determinar la efectividad del medicamento y la necesidad de continuar con el mismo.
- De manera reciente, la FDA ordena advertencias relacionadas con los estimulantes de SNC y la atomoxetina por el riesgo de muerte repentina en pacientes con enfermedad cardiovascular. Hay que hacer exámenes periódicos de la función cardiovascular para continuar la administración de estos medicamentos.
- Puede haber daño hepático grave con atomoxetina. Es pertinente informar de cualquiera de los siguientes efectos de manera inmediata al médico: comezón, orina oscura, dolor en el cuadrante superior derecho, ojos o piel amarillos, dolor de garganta, fiebre, malestar general.
- Han sido observados nuevos síntomas psiquiátricos, o el empeoramiento de los ya presentes, con los estimulantes de SNC y la atomoxetina. Es importante vigilar de manera continua por la presentación de síntomas psicóticos (p. ej., escuchar voces, comportamientos paranoides, delirios) y por síntomas maniacos, que incluyen agresividad y comportamientos hostiles.
- Cualquiera de los efectos colaterales deben informarse al médico de manera inmediata: respiración entrecortada, dolor en el pecho, dolor en el brazo izquierdo/maxilar, desmayos, convulsiones, cambios repentinos de visión, debilidad de un lado del cuerpo, balbucear, confusión, comezón, orina oscura, dolor en el cuadrante superior izquierdo, ojos o piel amarillos, dolor de garganta, fiebre, malestar general, mayor hiperactividad, creer cosas que no son ciertas, o escuchar voces.
- Informar a los padres la necesidad de evitar los medicamentos de mostrador mientras el niño reciba esti-

mulantes, ya que algunas de esas medicinas, en particular para el resfriado y preparaciones para bajar la fiebre, contienen fármacos simpatomiméticos que podrían complicar los efectos de los estimulantes y producir una interacción tóxica para el niño.

- Asegúrese que los padres estén conscientes de que los medicamentos no deben suspenderse de manera repentina. El retiro del medicamento debe ser bajo supervisión del médico y de manera gradual.

TRASTORNO DE CONDUCTA

Este trastorno tiene un patrón repetitivo y persistente de comportamiento que viola los derechos básicos de los demás o las normas sociales apropiadas para alguien mayor o las reglas (APA, 2000); además es común la agresión física. El *DSM-IV-TR* divide este trastorno en dos subtipos en base a la edad de inicio:

- 1. Inicio en la niñez.** Este subtipo está definido por el inicio de por lo menos un criterio característico de trastorno de conducta antes de los 10 años. Los individuos con este subtipo por lo general son niños, con frecuencia agresivos, y las relaciones con sus pares son desagradables. Pueden presentar trastorno oposicionista desafiante durante la niñez temprana, por lo general corresponden con todos los criterios de trastorno de conducta para pubertad y parecen desarrollar personalidad antisocial en la adultez.
- 2. Inicio en la adolescencia.** Un rasgo importante de este subtipo es la ausencia de cualquier característica de algún trastorno de la conducta antes de los 10 años de edad.

Concepto Central

Trastornos de comportamiento disruptivo

Una alteración de conducta grave, lo suficiente para producir alteración significativa en el funcionamiento social, ocupacional o académico por los síntomas que varían de comportamiento de oposición desafiante de moderado a trastorno de conducta grave (Shahrokh y Hales, 2003).

Son menos propensos a los comportamientos agresivos y tienden a tener relaciones más normales con sus compañeros.

La proporción de niños a niñas es menor en este subtipo que en el anterior.

Implicaciones Etiológicas

Influencias Biológicas

Genéticas

Los estudios con gemelos monocigóticos, dicigóticos y hermanos no gemelos, revelan un mayor número de trastornos de conducta entre aquellos que tienen miembros de la familia con el trastorno (APA, 2000). Aunque los factores genéticos parecen estar involucrados en la etiología de los trastornos de conducta, es poca la información sobre los mecanismos reales en la transmisión genética.

Una investigación reciente encontró que las regiones en los cromosomas 19 y dos pueden contener genes con riesgo de trastorno de conducta (Dick y col, 2004); este estudio también vincula la dependencia de alcohol con el cromosoma dos. Los investigadores indican que el trastorno de la conducta está relacionado con la susceptibilidad a tener problemas con el alcohol en el futuro; por lo que concluyeron que estos hallazgos sugieren que los genes que contribuyen a la dependencia del alcohol en los adultos pueden contribuir al trastorno de conducta en la niñez.

Temperamento

El término *temperamento* hace referencia a las características que son evidentes muy temprano en la vida, y pueden presentarse en el nacimiento. La evidencia sugiere un componente genético en el temperamento y una relación entre éste y problemas de comportamiento. Lo que demuestra que, sin intervención apropiada, el temperamento difícil a los tres años tiene vínculos con trastorno de la conducta, y a los 17 años va a requerir atención, o va a ser institucionalizado (Bagley y Mallick, 2000).

Concepto Central

Temperamento

Las características de personalidad que define el ánimo y tendencias del comportamiento de un individuo. El conjunto de componentes físicos, emocionales e intelectuales que influyen en las acciones y reacciones del individuo.

Factores Bioquímicos

Existen diversas investigaciones sobre varios químicos como marcadores biológicos, y que sugieren alteraciones en los neurotransmisores norepinefrina y serotonina (Comings y col, 2000; Searight y col, 2001). Algunos investigadores buscan la posibilidad de la relación entre testosterona y violencia; existe un estudio que correlaciona elevadas concentraciones de testosterona en niños púberes con la dominancia social y la relación con pares perturbados (Rowe y col, 2004).

Influencias Psicosociales

Los grupos sociales tienen un impacto significativo en el desarrollo de un niño, es decir, los compañeros tienen un rol esencial en la socialización de competencia interpersonal, y las habilidades adquiridas de esta manera afectan la adaptación del niño a largo plazo.

Los estudios muestran que las relaciones deficientes con pares durante la niñez estuvieron implicadas de manera consistente en la etiología de trastornos posteriores (Ladd, 1999). Un descubrimiento fue que la agresión es la principal causa de rechazo por parte de los demás, lo que contribuye a un ciclo de comportamiento no adaptativo.

Influencias Familiares

Los siguientes factores relacionados con la dinámica de familia son considerados contribuciones en la predisposición del trastorno (Foley y col, 2004; Popper y col, 2003; Sadock y Sadock, 2003):

- Rechazo por parte de los padres.
- Manejo inconsistente con disciplina violenta.
- Vivir en instituciones desde pequeños.
- Cambios frecuentes de figuras paternas.

- Familias grandes.
- Padre ausente.
- Los padres con trastorno de personalidad antisocial o dependencia al alcohol.
- Conflictos maritales y divorcio.
- Patrones de comunicación inadecuados.
- Padres permisivos.

Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno de Conducta

Valoración de Antecedentes (Sintomatología)

La característica clásica del trastorno de conducta es el uso de agresión física en la violación de los derechos de otras personas. El patrón de comportamiento aparece en casi todas las áreas de la vida del niño (hogar, escuela, pares, y en la comunidad); robar, mentir, y aprovecharse de los demás son problemas comunes, además de que el niño carece de sentimientos de culpa o remordimiento.

El uso de tabaco, licor o fármacos no prescritos y participación en actividades sexuales ocurren antes de la edad esperada. La proyección es un mecanismo de defensa.

RECUADRO 22-2 Criterios de Diagnóstico para el Desorden de Conducta

- | | |
|--|---|
| <p>A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento el cual viole los derechos básicos de los demás, o las reglas o normas sociales importantes de edades apropiadas, manifestado por la presencia de tres o más de los siguientes criterios en los últimos 12 meses, con al menos un criterio presente en los últimos 6 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agresión hacia personas o animales <ol style="list-style-type: none"> a. A menudo tiraña, amenaza o intimida a otras personas. b. Inicia peleas físicas de manera frecuente. c. Utiliza un arma que puede causar daño físico serio a otras personas (por ejemplo, un bate, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo o una pistola). d. Es cruel de manera física con la gente. e. Es cruel de manera física con los animales. f. Ha robado durante el enfrentamiento hacia alguna víctima (por ejemplo, atraco, robo de carteras, extorsión, asalto a mano armada). g. Ha forzado a alguien a una actividad sexual. 2. Destrucción de la propiedad <ol style="list-style-type: none"> a. Ha participado de manera deliberada en el inicio de un incendio con la intención de ocasionar daños graves. b. Ha destruido de manera deliberada la propiedad de otros (además de la del incendio). 3. Embuste o robo <ol style="list-style-type: none"> a. Irrumpió en la casa, edificio o automóvil de alguien más. | <p>b. Miente a menudo para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones (ejemplo, "timos" hacia los demás).</p> <p>c. Ha robado objetos de un valor significativo sin confrontar a la víctima (por ejemplo, hurto en tiendas, pero sin allanamiento de morada; falsificación).</p> <p>4. Violaciones serias de las reglas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar del impedimento de sus padres, comenzando antes de los 13 años de edad. b. Huyó de casa por la noche al menos dos veces mientras vivía en casa de sus padres o de padres sustitutos (o una sola vez sin regresar por un largo periodo). c. Con frecuencia escapa de la escuela, comenzando antes de los 13 años de edad. <p>B. El trastorno en el comportamiento ocasiona impedimentos clínicos significativos en funciones sociales, académicas u ocupacionales.</p> <p>C. Si el individuo tiene 18 años de edad o más, los criterios no cumplen con el desorden de personalidad antisocial.</p> <p>Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo originada en infancia: aparición de al menos una característica de los criterios del desorden de conducta antes de la edad de 10 años. 2. Tipo originada en adolescencia: ausencia de cualquier característica de los criterios del desorden de conducta antes de la edad de 10 años. 3. Inicio no específico: es desconocida la edad de inicio. |
|--|---|

La baja autoestima es evidente por la imagen de un "chico rudo". Las características incluyen poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, y frecuentes exabruptos de temperamento, también son frecuentes los síntomas de ansiedad y depresión. El nivel de logro académico puede ser bajo en relación a la edad e IQ.

Las manifestaciones relacionadas con hiperactividad y déficit de atención (p. ej., dificultades de atención, impulsividad, e hiperactividad) son muy comunes en niños con trastorno de conducta.

En el cuadro 22-2 están los criterios de diagnóstico del *DSM-IV-TR*.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Con base en los datos recopilados durante la fase de valoración, los posibles diagnósticos de enfermería para trastorno de conducta incluyen:

- Riesgo de violencia dirigida a otras personas relacionando con características de temperamento, rechazo de pares, modelos paternos negativos,
- Relaciones perturbadas que conducen a comportamientos sociales inapropiados.
- Enfrentamiento defensivo relacionado con falta de retroalimentación positiva y relación padres-hijos insatisfactorias.
- Baja autoestima relacionada con falta de retroalimentación positiva y una relación padres-hijo deficiente.

Los siguientes criterios son usados para medir resultados en la atención del paciente con trastorno de conducta.

El paciente:

- El paciente no se lastima a sí mismo o a otras personas.
- Interactúa con otros en una manera social apropiada.
- Acepta direcciones sin ponerse a la defensiva.
- Demuestra evidencia de aumento de autoestima por reducción de comportamientos explosivos y demandantes hacia los demás.

Planeación y Realización

El cuadro 22-5 proporciona un plan de atención para el niño con trastorno de conducta con diagnósticos de enfermería comunes al trastorno, criterios de resultado, e intervenciones apropiadas de enfermería y razonamiento.

Evaluación

Después de planear y realizar el plan de atención, debe llevarse a cabo la evaluación de los cambios de comportamiento en el niño con trastorno de conducta, lo que es determinado observando los objetivos de la terapia alcan-

zados. La revaloración, el siguiente paso en el proceso de enfermería, puede iniciar con la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿Las acciones de enfermería dirigidas a manejar el comportamiento agresivo son efectivas?
- ¿Las intervenciones previenen el daño a los demás o la propiedad de otras personas?
- ¿El paciente es capaz de expresar enojo de manera apropiada?
- ¿Ha desarrollado estrategias de enfrentamiento adaptativo para lidiar con el enojo y los sentimientos de agresión?
- ¿El individuo demuestra la capacidad de confiar en otras personas?, ¿puede interactuar con el personal y compañeros de manera apropiada?
- ¿Es capaz de aceptar la responsabilidad de su comportamiento?, ¿culpa menos a otros individuos?
- ¿El paciente es capaz de aceptar retroalimentación de los demás sin ponerse a la defensiva?
- ¿Habla de manera positiva de sí mismo?
- ¿Puede interactuar con otros sin manipular?

TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE

La característica del trastorno oposicionista desafiante es un patrón de comportamiento negativo, desafiante, desobediente, y hostil hacia las figuras de autoridad, que ocurre con más frecuencia en individuos mayores de edad y de nivel de desarrollo, e interfiere con el funcionamiento social, académico, u ocupacional (APA, 2000). El trastorno por lo general empieza alrededor de los ocho años de edad, y hasta la adolescencia temprana. Tiene mayor prevalencia en niños que en niñas antes de la pubertad. En una proporción significativa de casos, el trastorno oposicionista desafiante es un antecedente para trastorno de conducta (APA, 2000).

Implicaciones Etiológicas

Influencias Biológicas

Debido a que los comportamientos relacionados con trastorno oposicionista son muy similares a los de trastorno de la conducta (con la excepción de la violación de los derechos de los demás) es razonable especular que pueden compartir *algunas* de las mismas influencias biológicas. Esto todavía es investigado, al igual que la existencia de alteraciones genéticas, de temperamento, o bioquímicas en la etiología del trastorno.

El estudio de Comings y colaboradores (2000) sugiere que los genes para el metabolismo de la dopamina, sero-

CUADRO 22 – 5 Plan de Atención para el Niño y Adolescente con Trastorno de Conducta**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTRAS PERSONAS**

RELACIONADO CON: características de temperamento, rechazo de los demás, modelos de conducta paternos negativos, dinámicas familiares disfuncionales

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no daña a otras personas ni la propiedad de las mismas.	<ol style="list-style-type: none"> Observe el comportamiento del paciente de manera frecuente a través de actividades rutinarias y de interacciones. Observe comportamientos que indiquen un aumento de inquietud. Desvíe el comportamiento violento con canalizadores físicos para la ira y la frustración contenidas. Aliente al paciente a expresar la ira y actúe como modelo de conducta para la expresión apropiada de esa ira. Asegúrese de que está disponible un número suficiente de personal para indicar evidencia de fuerza si es necesario. Administre medicamentos tranquilizantes, si están prescritos, o utilice sujetaciones mecánicas o aislamiento social sólo si la situación no puede ser controlada con métodos menos restrictivos. 	<ol style="list-style-type: none"> El reconocimiento de comportamientos que preceden la presentación de la agresión puede proporcionar la oportunidad de intervenir antes de que tenga lugar la violencia. La energía excesiva es liberada a través de actividades físicas que inducen un sentimiento de relajación. La discusión de situaciones que crean enojo puede guiar a maneras más efectivas de tratar con ellas. Esto expresa una evidencia de control sobre la situación y proporciona seguridad física para el personal. Es el derecho del paciente el esperar el uso de técnicas que aseguren la seguridad del paciente y de otras personas a través de los medios menos restrictivos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL ALTERADA

RELACIONADO CON: modelos de conducta paternos negativos; relaciones deterioradas con pares con un comportamiento social inapropiado

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de interactuar con el personal y con los demás utilizando, de acuerdo a su edad, comportamientos aceptables.	<ol style="list-style-type: none"> Desarrolle una relación de confianza con el paciente. Exprese aceptación hacia la persona de manera separada del comportamiento inaceptable. Discuta con el paciente qué comportamientos son aceptables y cuáles no. Describa en una manera práctica las consecuencias de un comportamiento inapropiado. Dé seguimiento a esas consecuencias. Proporcione situaciones de grupo al paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> La aceptación incondicional incrementa el sentimiento de valor propio. El reforzamiento desagradable puede modificar o acabar con los comportamientos no deseados. El comportamiento social apropiado es a menudo aprendido por la retroalimentación positiva o negativa de los demás.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO DEFENSIVO

RELACIONADO CON: baja autoestima y sistema familiar disfuncional

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente acepta la responsabilidad de sus propios comportamientos e interactúa con otras personas sin llegar a ser defensivo.	<ol style="list-style-type: none"> Explique al paciente la relación entre los sentimientos de insuficiencia y la necesidad de aceptación por parte de los demás, y cómo estos sentimientos ocasionan comportamientos defensivos, tales como el culpar a los demás por los propios comportamientos. Proporcione retroalimentación inmediata, práctica y no amenazadora para esos comportamientos no aceptables. Ayude a identificar las situaciones que ocasionen el estar a la defensiva y practique a través del juego de roles las reacciones más apropiadas. Proporcione retroalimentación positiva inmediata para comportamientos aceptables. 	<ol style="list-style-type: none"> El reconocimiento del problema es el primer paso en el proceso de cambio hacia la resolución. Es posible que el paciente no entienda cómo otras personas perciben estos comportamientos. El juego de roles proporciona confianza para tratar con situaciones difíciles cuando éstas en realidad ocurran. La retroalimentación positiva alienta la repetición, y la inmediatez es significativa para estos niños que responden a la gratificación inmediata.

(continúa)

CUADRO 22 – 5 Plan de Atención para el Niño y Adolescente con Trastorno de Conducta (continuación)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: BAJA AUTOESTIMA****RELACIONADO CON:** falta de retroalimentación positiva y relación padre e hijo insatisfactoria

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra un incremento en los sentimientos de valor propio al expresar afirmaciones positivas sobre sí mismo y al exhibir comportamientos menos manipulativos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegúrese de que las metas sean realistas. 2. Planee actividades que proporcionen oportunidades de éxito. 3. Exprese aceptación incondicional y opiniones positivas. 4. Establezca límites para el comportamiento manipulativo. Tome precaución en no reforzar estos comportamientos al proporcionar la atención deseada. Identifique las consecuencias de la manipulación y administre las consecuencias de manera práctica cuando ella ocurra. 5. Ayuda al paciente a entender que él o ella utiliza este comportamiento a fin de tratar de incrementar su autoestima. Las intervenciones deben reflejar otras acciones para lograr esta meta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las metas no realistas convocan al paciente al fracaso, lo que disminuye su autoestima. 2. El éxito aumenta la autoestima. 3. Comunicarle al paciente que es un ser humano que vale la pena puede incrementar su autoestima. 4. Las consecuencias desagradables pueden funcionar para reducir los comportamientos inaceptables. 5. Cuando el paciente está a gusto consigo mismo, la necesidad de manipular a otras personas disminuye.

tonina y norepinefrina pueden ser factores contribuyentes en el desarrollo de trastorno por oposición.

Influencias Familiares

La oposición durante varias etapas de desarrollo es normal y sana; los niños empiezan a tener comportamientos oposicionista alrededor de los 10 a 11 meses de edad, después entre los 18 y 36 meses, y por último en la adolescencia. La patología es considerada sólo cuando hay prolongación de la fase de desarrollo, o cuando hay sobrerreacción en el ambiente del niño a su comportamiento.

En algunos niños se manifiesta más este tipo de conducta. Las estadísticas muestran que 16 a 22 % de los niños en edad escolar muestran estos rasgos negativos (Sadock y Sadock, 2003).

Algunos padres interpretan el nivel promedio o mayor de comportamiento de oposición del desarrollo como hostilidad, y un deliberado esfuerzo por parte del niño para controlar. Si el poder y el control son problema para los padres, o si ejercen una autoridad para satisfacer sus propias necesidades, puede establecerse una poderosa lucha entre padres e hijos que sienta las bases para el trastorno oposicionista desafiante.

Popper y colaboradores (2003) sugieren que las siguientes influencias familiares pueden tener una función etiológica en el desarrollo de trastorno por oposición.

- Problemas de crianza en la disciplina, estructuración y establecimiento de límites.
- Identificación por parte del niño con un parente con problemas de impulsividad y que actúa como modelo

en interacciones de oposición y desafiantes con otras personas.

- Indisponibilidad de los padres (p. ej., separación, incluso horas de trabajo).

Aplicación del Proceso de Enfermería en el Trastorno Oposicionista Desafiante

Valoración de Datos (Sintomatología)

Al trastorno oposicionista lo caracterizan comportamientos pasivo-agresivos tales como testarudez, dilaciones, desobediencia, descuido, **negativismo**, probar los límites, resistencia a las indicaciones, ignorar de manera deliberada la comunicación de los demás, y falta de voluntad a comprometerse. Otros síntomas que pueden ser evidentes son huir, escaparse de la escuela, bajo rendimiento escolar, rabietas, peleas y discusiones.

La actitud de oposición va dirigida a los adultos, en particular los padres; los síntomas del trastorno pueden o no ser evidentes en la escuela o en otros lugares de la comunidad (APA, 2000).

Por lo general estos niños no consideran que son desafiantes, sino que el problema son los demás, quienes les hacen demandas poco razonables. Las relaciones interpersonales están llenas de dificultades, incluso con niños de su edad, por lo que es común que no sean amistosos; perciben las relaciones como negativas e insatisfactorias. El rendimiento escolar es deficiente por su negativa a par-

RECUADRO 22-3 Criterios de Diagnóstico para Desorden de Oposición Desafiante

- A. Un patrón de comportamiento negativo, hostil y desafiante que dure al menos 6 meses, durante los cuales están presentes cuatro o más puntos de los siguientes:
 - 1. A menudo enfurece.
 - 2. Discute de manera frecuente con los adultos.
 - 3. Seguido desafía o rehusa de manera activa el cumplir con peticiones o reglas de adultos.
 - 4. A veces molesta de manera deliberada a las personas.
 - 5. Culpa a los demás por sus errores o mal comportamiento.
 - 6. Es a menudo susceptible o fácil de molestar por otras personas.
 - 7. Por lo regular está enojado o resentido.
 - 8. Es malicioso o vengativo.
- B. El trastorno en el comportamiento ocasiona impedimentos clínicos significativos en funciones sociales, académicas u ocupacionales.
- C. Los comportamientos no ocurren de manera exclusiva durante el curso de un desorden emocional o psicótico.
- D. Los criterios no son cumplidos por desórdenes de la conducta, y si el individuo tiene 18 años o más, incumple los criterios por desorden de personalidad antisocial.

Fuente: De APA (2000), con permiso

ticipar y resistencia a las demandas externas. Los diagnósticos de criterio del *DSM-IV-TR* para trastorno por oposición desafiante están en el recuadro 22-3.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Con base en los datos recopilados durante la valoración de enfermería, los diagnósticos de enfermería posibles para el paciente con este trastorno incluyen:

- Falta de cumplimiento con la terapia relacionada con temperamento negativo, negación de problemas, hostilidad subyacente.
- Enfrentamiento defensivo relacionado con desarrollo retardado del Yo, baja autoestima, relación insatisfactoria padres-hijo.
- Baja autoestima relacionada con carencia de retroalimentación positiva, desarrollo retardado del Yo.
- Interacción social alterada relacionada con temperamento negativo, hostilidad subyacente, y manipulación de otra personas.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados en la atención del paciente con trastorno por oposición desafiante.

El paciente:

- Cumple con el tratamiento por participar en las terapias sin negativismo.
- Acepta su parte de responsabilidad en el problema.

- Acepta las indicaciones del personal sin ponerse a la defensiva.
- No manipula a otras personas.
- Comenta aspectos positivos sobre sí mismo.
- Interactúa con los demás de manera apropiada.

Planeación y Realización

El cuadro 22-6 proporciona un plan de atención para el niño con trastorno por oposición con diagnósticos de enfermería comunes al trastorno, criterios de resultado, e intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos.

Evaluación

El paso de evaluación del proceso de enfermería requiere de la revaloración del plan de atención para determinar si las acciones de enfermería son efectivas para alcanzar los objetivos de la terapia. Es posible utilizar las siguientes preguntas con niños o adolescentes con este padecimiento para recopilar información para la evaluación.

- ¿El paciente coopera con el esquema de las actividades terapéuticas?, ¿el nivel de participación es adecuado?
- ¿Su actitud hacia la terapia es menos negativa?
- ¿Acepta la responsabilidad por el comportamiento problemático?
- ¿El niño habla de la no aceptación de su comportamiento pasivo-agresivo?
- ¿Es capaz de identificar cuando los comportamientos son inaceptables y los sustituye por otros más adecuados?
- ¿Puede interactuar con el personal y compañeros sin ponerse a la defensiva y sin enojarse?
- ¿Comenta aspectos positivos de sí mismo?
- ¿Es evidente la mejoría de su autoestima con pocas manifestaciones de manipulación?
- ¿Es capaz de establecer compromisos con otros cuando surgen temas sobre control?
- ¿Expresa de manera apropiada su enojo y hostilidad?, ¿el paciente habla de formas para liberar el enojo de manera adaptativa?
- ¿Puede expresar sus verdaderos sentimientos en lugar de permitir que surjan como comportamientos pasivo-agresivos?

SÍNDROME DE TOURETTE

La característica esencial de este trastorno es la presencia de múltiples tics motores y uno o más tics vocales (APA, 2000), que pueden aparecer de manera simultánea o en diferentes períodos durante la enfermedad. La alteración causa angustia evidente o interfiere con el funcionamiento laboral, social u otras áreas importantes.

CUADRO 22 – 6 Plan de Atención al Niño y Adolescente con Desorden de Oposición Desafiante**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCONFORMIDAD CON LA TERAPIA****RELACIONADO CON:** temperamento negativo; negación de problemas; hostilidad subyacente

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente participa y coopera durante las actividades terapéuticas.	<ol style="list-style-type: none"> Exponga un plan estructurado de actividades terapéuticas. Comience con expectativas mínimas e increméntelas conforme el paciente manifieste evidencia de conformidad. Establezca un sistema de recompensas por el cumplimiento de la terapia y de consecuencias por el incumplimiento. Asegúrese de que las recompensas y las consecuencias son conceptos de valor para el paciente. Expresé aceptación hacia el paciente de manera separada de los comportamientos no deseados al exhibirse. (“No eres tú, sino tu <i>comportamiento</i>, el que es inaceptable.”). 	<ol style="list-style-type: none"> Una estructura proporciona seguridad, y una o dos actividades pueden no parecer tan insopportables como el programa completo de actividades presentado de una sola vez. Los reforzamientos positivos, negativos y desagradables pueden contribuir a cambios deseados en el comportamiento. La aceptación incondicional aumenta el valor propio y puede contribuir a la disminución de la necesidad de agresión pasiva hacia los demás.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO DEFENSIVO**RELACIONADO CON:** desarrollo tardío del ego; baja autoestima; relación padre e hijo insatisfactoria

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente acepta la responsabilidad de sus propios comportamientos e interactúa con otras personas sin volverse defensivo.	<ol style="list-style-type: none"> Ayude al paciente a reconocer que los sentimientos de insuficiencia ocasionan comportamientos defensivos, tales como el culpar a otras personas por algunos problemas, y la necesidad de “ajustar cuentas”. Proporcione retroalimentación inmediata y no amenazadora para el comportamiento pasivo-agresivo. Ayude a identificar las situaciones que ocasionen estar a la defensiva, y utilice juego de roles para practicar reacciones más apropiadas. Proporcione retroalimentación positiva inmediata para comportamientos aceptables. 	<ol style="list-style-type: none"> El reconocimiento del problema es el primer paso hacia un cambio inicial. Ya que el paciente niega su responsabilidad en los problemas, él o ella niega la inconveniencia del comportamiento. El juego de roles proporciona la confianza de tratar con las situaciones difíciles cuando ellas ocurran en realidad. La retroalimentación positiva alienta la repetición, y la inmediatez es significativa para estos niños que responden a la gratificación inmediata.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: BAJA AUTOESTIMA**RELACIONADO CON:** falta de retroalimentación positiva; desarrollo tardío del ego

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra un aumento de sentimientos de valor propio al expresar afirmaciones positivas sobre sí mismo y exhibir comportamientos menos manipulativos.	<ol style="list-style-type: none"> Asegúrese de que las metas sean realistas. Planee actividades que proporcionen oportunidades para el éxito. Expresé aceptación incondicional y opiniones positivas. Establezca los límites para el comportamiento manipulativo. Tome precauciones para no reforzar tales comportamientos al proporcionar la atención deseada. Identifique las consecuencias de la manipulación y administre consecuencias prácticas cuando ésta ocurra. Ayude al paciente a entender que él o ella utiliza este comportamiento a fin de tratar de incrementar su propia autoestima. Las intervenciones deben reflejar otras acciones para el logro de esta meta. 	<ol style="list-style-type: none"> Las metas no realistas convocan al paciente al fracaso, lo que disminuye su autoestima. El éxito aumenta la autoestima. La afirmación de que el paciente es un ser humano que vale la pena, puede incrementar la autoestima. El reforzamiento desagradable puede funcionar para disminuir los comportamientos inaceptables. Cuando el paciente esté mejor consigo mismo, la necesidad de manipular a otras personas disminuirá.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DETERIORADA
RELACIONADO CON:** temperamento negativo; hostilidad subyacente; manipulación de otras personas

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de interactuar con los miembros del personal y sus coetáneos utilizando comportamientos aceptables apropiados para su edad.	<ol style="list-style-type: none"> Desarrolle una relación de confianza con el paciente. Exprese aceptación a la persona de manera separada del comportamiento inaceptable. Explique al paciente sobre el comportamiento pasivo-agresivo y cómo otras personas perciben estos comportamientos. Describa qué comportamientos no son aceptables e improvisen reacciones más adaptativas. Dé retroalimentación positiva para comportamientos aceptables. Proporcione situaciones de grupo de coetáneos para el paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> La aceptación incondicional incrementa los sentimientos de valor propio y pueden ser útiles para disminuir los sentimientos de rechazo acumulados por este largo tiempo. La improvisación es una manera de practicar los comportamientos que no vienen de manera natural al paciente, al hacerlos más fáciles cuando la situación en realidad ocurra. La retroalimentación positiva aumenta la repetición de comportamientos deseables. El comportamiento social apropiado es a menudo aprendido por la retroalimentación positiva y negativa de los demás. Los grupos proporcionan también una atmósfera adecuada para el uso de los comportamientos ensayados en el juego de roles.

El inicio del trastorno es antes de los 18 años y es más común en niños que en mujeres. La duración y extensión del mismo puede ser de toda la vida, aunque hay períodos de remisión que duran de semanas a años (APA, 2000). Los síntomas por lo general disminuyen durante la adolescencia y la adultez, y en algunos casos, desaparecen en la juventud.

Implicaciones Etiológicas

Factores Biológicos

Genéticos

Los tics son evidentes en dos tercios de parientes de personas con el síndrome (Popper y col, 2003). Los estudios en gemelos con hermanos monocigóticos y dicigóticos sugieren un componente hereditario. Las evidencias sugieren que el síndrome de Tourette puede transmitirse en un patrón autosómico intermedio entre dominante y recesivo (Sadock y Sadock, 2003).

Factores Bioquímicos

Las anomalías en las concentraciones de dopamina, serotonina, dinorfina, ácido γ -aminobutírico, acetilcolina, y norepinefrina están relacionadas con este trastorno (Popper y col, 2003). Parecen estar involucradas las vías de neurotransmisores a través de los ganglios basales, *globus pallidus*, y regiones subtalámicas.

Factores Estructurales

Estudios de neuroimágenes del cerebro son consistentes con la disfunción en el área de los ganglios basales. Un estudio reciente encontró una correlación entre cuerpo

caloso de menor tamaño y síndrome de Tourette en niños (Plessen y col, 2004).

Factores Ambientales

Es posible encontrar ciertos hallazgos retrospectivos en la etiología de este padecimiento. Las complicaciones en la gestación (p. ej., náusea y vómito grave o estrés excesivo), bajo peso al nacimiento, traumatismo craneoencefálico, envenenamiento por monóxido de carbono, y encefalitis, pueden estar relacionados con el inicio del síndrome de Tourette no genético. Hay teorías de que estos factores ambientales pueden favorecer la predisposición genética al trastorno.

Aplicación del Proceso de Enfermería al Síndrome de Tourette

Valoración de Datos (Sintomatología)

Los tics motores del síndrome de Tourette pueden afectar a la cabeza, torso y extremidades superiores e inferiores. Los primeros síntomas pueden empezar con un solo tic motor (con más frecuencia es guñar un ojo) o con múltiples síntomas. El *DSM-IV-TR* identifica los tics motores como guñar un ojo, sacudir el cuello, encoger los hombros, muecas, y tos. Los tics motores complejos incluyen tocar, agacharse, saltar, brincar, flexiones profundas de las rodillas, pasos retraídos y dar vueltas al caminar.

Los tics vocales incluyen varias palabras o sonidos como chasquidos, gruñidos, aullidos, ladridos, además de esnifar, resoplar, toser, y en alrededor de 10% de los casos un tic vocal complejo que incluye decir obscenidades (APA, 2000). Otro tipo de tics vocales son: repetir ciertas palabras

o frases fuera de contexto, repetir los propios sonidos o palabras (**palilalia**), o repetir lo que otros dicen (**ecolalia**).

Los movimientos y las vocalizaciones son compulsivos e irresistibles, pero pueden suprimirse por períodos variables. Aumentan por estrés y disminuyen durante períodos en los que el individuo está absorto por completo en alguna actividad; en la mayoría de los casos, los tics disminuyen durante el sueño (APA, 2000).

La edad de inicio del síndrome de Tourette puede ser a partir de los dos años de edad, pero el trastorno aparece con más frecuencia durante la niñez (alrededor de los seis a siete años). La prevalencia del trastorno tiene relación con la edad, ocurre más en niños (cinco a 30 por 10 000) que en adultos (uno a dos por 10 000) (APA, 2000).

Diagnósticos e Identificación de Resultados

Con base en los datos recopilados durante la valoración de enfermería, los posibles diagnósticos de enfermería para el paciente con síndrome de Tourette incluyen:

- Riesgo de violencia autoinfligida o hacia otras personas, relacionada con la poca tolerancia a la frustración.
- Alteraciones de interacción relacionadas con la impulsividad, comportamiento desafiante y agresivo.
- Baja autoestima relacionada con la vergüenza relacionada con los tics.

Los siguientes criterios pueden usarse para medir los resultados en la atención del paciente con este trastorno.

El paciente:

- No se lastima a sí mismo ni a otras personas.
- Interactúa con el personal y compañeros de manera apropiada.
- Demuestra autocontrol al manejar la presentación de los tics.
- Sigue las reglas de la unidad sin ponerse a la defensiva.
- Habla de aspectos positivos sobre sí mismo.

Planeación y Realización

En el cuadro 22-7 está presente un plan de atención para el niño o adolescente con síndrome de Tourette utilizando diagnósticos de enfermería seleccionados, criterios de resultado, e intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos.

Evaluación

La evaluación de la atención para el niño con síndrome de Tourette refleja si las atenciones de enfermería son efectivas en alcanzar los objetivos establecidos. El proceso de enfermería requiere una revaloración del plan; las preguntas para tal propósito pueden incluir las siguientes:

- ¿El paciente puede evitar causarse daño a sí mismo o a otros durante momentos de tensión?
- ¿Ha desarrollado estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con la frustración, para prevenir autodestrucción, o agresión a los demás?
- ¿Es capaz de interactuar de manera apropiada con el personal y sus compañeros?
- ¿Puede suprimir los tics cuando decide hacerlo?
- ¿El paciente tiene tiempo para “liberar” los comportamientos de tics suprimidos?
- ¿Habla de aspectos positivos de sí mismo, en particular de los relacionados con su capacidad para manejar la enfermedad?
- ¿Puede cumplir con el tratamiento sin ponerse a la defensiva?

Intervención Psicofarmacológica

Los medicamentos son utilizados para reducir la gravedad de los tics. La farmacoterapia es más efectiva cuando es combinada con terapia psicosocial, como terapia de comportamiento, orientación individual o psicoterapia, o terapia familiar. Algunos casos de trastorno son leves y los pacientes eligen no tomar medicamentos hasta que los síntomas son más graves y es necesaria una intervención más intensiva. Varios medicamentos son usados para este trastorno, los más comunes son los mencionados a continuación.

Haloperidol (Haldol)

Este es el medicamento de elección para síndrome de Tourette. La dosis es 0.05 a 0.075 mg/kg por día, en dos a tres dosis. Los niños que toman este fármaco pueden desarrollar los mismos efectos colaterales con los neurolepticos prescritos para trastornos psicóticos (ver capítulo 11), por lo que deben estar bajo vigilancia para comprobar la eficacia y la presentación de los efectos adversos del medicamento. Debido al potencial de estos efectos, es aconsejable reservar este medicamento para niños con síntomas graves, o cuando interfieren con su capacidad de funcionar en lo académico o social.

Pimozida (Orap)

Este fármaco es un neuroléptico con un índice de respuesta y perfil de efectos colaterales similares al haloperidol. Es utilizado en el manejo de tics motores o vocales graves que no responden al tratamiento más convencional. La pimozida no es recomendable en niños menores de 12 años. La dosis de inicio es 0.5 mg/kg, y de preferencia una vez al día antes de dormir. La dosis puede aumentarse cada tercer día en un máximo de 0.2 mg/kg, sin exceder 10 mg/día.

CUADRO 22 – 7 Plan de Atención al Niño o Adolescente con Síndrome de Tourette

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO POR VIOLENCIA AUTOINFLINGIDA Y DIRIGIDA A OTRAS PERSONAS
RELACIONADO CON: baja tolerancia a la frustración

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no causa daño en sí mismo ni a otras personas.	<ol style="list-style-type: none"> Observe de manera frecuente el comportamiento del paciente a través de actividades rutinarias e interacciones. Esté al tanto de comportamientos que indiquen un aumento de inquietud. Vigile los comportamientos e impulsos autodestructivos. Es posible que sea necesario que un miembro del personal permanezca con el paciente para prevenir automutilaciones. Proporcione cubiertas para manos y algunas otras sujeciones que prevengan comportamientos automutilantes en el paciente. Desvíe el comportamiento violento con escapes físicos para la frustración. 	<ol style="list-style-type: none"> Por lo regular, la tensión incrementa el comportamiento de tics. El reconocimiento de comportamientos que preceden el inicio de la agresión puede proporcionar la oportunidad de intervenir antes de que ocurra violencia. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería. Proporcione controles externos inmediatos contra los comportamientos autoagresivos. El exceso de energía es liberado a través de actividades físicas e induce un sentimiento de relajación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DETERIORADA
RELACIONADO CON: impulsividad; comportamiento opuesto y agresivo

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de interactuar con los miembros del personal y con otras personas al utilizar comportamientos aceptables apropiados para su edad.	<ol style="list-style-type: none"> Desarrolle una relación de confianza con el paciente. Exprese aceptación a la persona de manera separada del comportamiento inaceptable. Discuta con el paciente qué comportamientos son aceptables y cuáles no. Describa en una manera práctica las consecuencias del comportamiento inaceptable. Dé seguimiento a esas consecuencias. Proporcione situaciones de grupo para el paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> La aceptación incondicional incrementa los sentimientos de valor propio. El reforzamiento desagradable puede modificar comportamientos no deseados. El comportamiento social apropiado es aprendido a menudo por medio de la retroalimentación positiva y negativa de los demás.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: BAJA AUTOESTIMA
RELACIONADO CON: vergüenza asociada con comportamientos de tics

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa aspectos positivos sobre sí mismo no relacionados con los comportamientos de tics.	<ol style="list-style-type: none"> Exprese aceptación incondicional y opiniones positivas. Establezca límites en el comportamiento manipulativo, tome precauciones para no reforzarlos al proporcionar la atención deseada. Identifique las consecuencias de la manipulación y administre esas consecuencias en una manera práctica cuando ocurra. Ayude al paciente a entender que él o ella utiliza la manipulación para tratar de incrementar su propia autoestima. Las intervenciones deben reflejar otras acciones para lograr esta meta. Si el paciente elige suprimir los tics en la presencia de otras personas, proporcione un tiempo “específico para tics”, durante el cual él o ella “descargue” tics, sentimientos y comportamientos (solo o con el personal). Asegúrese de que el paciente cuenta con un tiempo de uno a uno con el personal de enfermería. 	<ol style="list-style-type: none"> Comunicarle al paciente que como ser humano que vale la pena, puede incrementar su autoestima. Las consecuencias desagradables pueden funcionar para disminuir o eliminar los comportamientos inaceptables. Cuando el paciente esté mejor consigo mismo, la necesidad de manipular a otras personas disminuirá. Permite la liberación de los tics y ayuda en el sentido de control y manejo de los síntomas. Proporciona una oportunidad para la educación sobre la enfermedad y la enseñanza de manejo de tácticas. Ayuda también en la exploración de sentimientos alrededor de la enfermedad y la incorporación de la enfermedad en un sentido saludable de sí mismo.

Clonidina

Es un agonista α -adrenérgico aprobado para utilizarlo como antihipertensivo; sin embargo, los resultados de estudios en la eficacia de clonidina en el tratamiento del síndrome de Tourette son variados. Algunos médicos la utilizan como primera elección debido a los pocos efectos colaterales y la relativa seguridad relacionada con éste. Los efectos colaterales comunes incluyen boca seca, sedación, y vértigo o hipotensión.

Antipsicóticos Atípicos

Estos fármacos parecen causar menos efectos colaterales extrapiramidales que los antiguos antipsicóticos (p. ej., haloperidol y pimozida). La risperidona, el antipsicótico atípico más estudiado en este síndrome, reduce los síntomas en 21 a 61% en comparación con placebo (los resultados que son similares a los obtenidos con pimozida y clonidina) (Dion y col, 2002). Tanto la olanzapina como la ziprasidona son eficaces en la disminución de los tics de este padecimiento; no obstante la olanzapina está relacionada con aumento de peso y tolerancia anormal a la glucosa, que pueden ser problemáticos efectos colaterales, y la ziprasidona tiene relación con aumento del riesgo de la prolongación en el intervalo QTc (Stewart y col, 2003). Stewart y colaboradores (2003) establecen:

Son necesarios más ensayos controlados de antipsicóticos atípicos en niños y adolescentes con los trastornos. Es recomendable realizar electrocardiograma (ECG) para vigilar los intervalos QTc cuando estos medicamentos son utilizados.

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

La característica esencial de este trastorno es la excesiva ansiedad en relación a la separación del hogar o de aquellos con quienes el paciente está encariñado (APA, 2000); lo que significa que la ansiedad va más allá de lo que puede esperarse para el nivel de desarrollo del niño e interfiere con el funcionamiento social, académico, ocupacional u otras áreas. El inicio puede ocurrir en cualquier momento antes de los 18 años y es más común en las niñas que en los varones.

Implicaciones Etiológicas

Influencias Biológicas

Genéticas

Las investigaciones realizadas estudiaron niños de pacientes adultos diagnosticados con trastorno de ansiedad de separación. Un segundo método estudió a los padres y otros familiares de niños diagnosticados con este padeci-

miento. Los resultados muestran que una gran cantidad de niños con parientes que manifestaron problemas de ansiedad desarrollan el trastorno de ansiedad, más que niños cuyos padres no presentaron esta condición. Los resultados son lo bastante significativos para especular que existe una influencia hereditaria en el desarrollo de este trastorno; el medio de transmisión genética es desconocido.

Temperamento

Está bien establecido que los niños son diferentes desde el nacimiento, o poco después del nacer, en el número de características temperamentales. Shamir-Essakow y colaboradores (2005) explican:

Una disposición de temperamento llamada “inhibición de comportamiento a lo no familiar” se caracteriza por la predisposición a ser irritable en la infancia, por lo general tímido y miedoso en la niñez temprana, y quieto, precavido y retraído cuando es preescolar y los primeros años de la escuela elemental, con marcada limitación en el comportamiento y excitación fisiológica en situaciones no familiares. Los modelos integrados proponen que los factores ambientales, como apego padres-hijos, pueden combinarse con el temperamento para aumentar el riesgo para el desarrollo de la ansiedad en la niñez (p. 131).

Las diferencias de los temperamentos en individuos pueden estar relacionadas con adquirir trastornos de miedo y ansiedad durante la infancia, esto se refiere como *tendencia a la ansiedad o vulnerabilidad*, y puede denotar disposición heredada para desarrollar trastorno de ansiedad.

Influencias Ambientales

Eventos de Vida Estresantes

Existen investigaciones que muestran una relación entre los eventos de vida y el desarrollo de trastornos de ansiedad; es creído que tal vez los niños que son vulnerables o están predispuestos a desarrollar trastornos de ansiedad pueden verse afectados por situaciones estresantes, no obstante es necesario hacer más estudios para hacer esta aseveración.

Influencias Familiares

Varias teorías exponen la idea de que los trastornos de ansiedad en niños están relacionados con apego excesivo a la madre. Los teóricos atribuyen las principales determinantes de este tipo de trastornos a las transacciones relacionadas con los temas de separación entre la madre (o figura materna) y el niño. El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) sugiere que los niños con estos trastornos provienen de familias de núcleos cerrados.

Algunos padres transmiten ansiedad a sus hijos por ser sobreprotectores de peligros previsibles, o por exagerar

peligros del presente y el futuro (Sadock y Sadock, 2003). Algunos padres también les transfieren sus miedos y ansiedades a sus hijos por modelos; por ejemplo, un padre que le teme a un perro pequeño e indefenso, camina hacia atrás con temor y le enseña al niño que ésta es una respuesta apropiada.

Aplicación del Proceso de Enfermería al Trastorno de Ansiedad de Separación

Valoración de Antecedentes (Sintomatología)

La edad de inicio de este trastorno puede ser desde la edad preescolar; pocas veces empieza en la adolescencia. En el mayor número de los casos, el niño tiene dificultad para separarse de la madre; de manera ocasional esta dificultad va dirigida hacia el padre, hermanos, u otra persona importante para el niño. La anticipación de la separación puede provocar rabietas, llanto, gritos, quejas de dolencias físicas, y comportamientos de **aferrarse**.

El rechazo o la negación a ir a la escuela son muy comunes en la adolescencia. Los muchachos jóvenes pueden ser una “sombra” o permanecer alrededor de la persona de quien no quieren separarse. Durante la niñez o la adolescencia pueden negarse a dormir lejos de casa (p. ej., en casa de un amigo o en un campamento); en general las relaciones interpersonales con niños de su edad no son un problema, son queridos por sus compañeros y tienen habilidades para socializar de manera razonable.

La preocupación es común, y tiene relación con la posibilidad de dañarse a sí mismo o a la figura de apego, niños más pequeños pueden incluso tener pesadillas al respecto.

Son frecuentes las fobias específicas (p. ej., miedo a la oscuridad, a los fantasmas, animales); es frecuente que tengan depresión y es común que anteceda al inicio de síntomas de ansiedad, que por lo general aparece después de una situación de estrés. El recuadro 22-4 presenta criterios de diagnóstico del *DSM-IV-TR* para ansiedad de separación.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Con base en los datos recopilados durante la valoración de enfermería, los posibles diagnósticos de enfermería para trastorno de ansiedad de separación incluyen:

- Ansiedad (grave) relacionada con la historia familiar, temperamento, apego a los padres, modelos negativos.
- Enfrentamiento ineficiente relacionado con conflictos de separación sin resolver y habilidades de enfrenta-

RECUADRO 22-4 Criterios de Diagnóstico para el Desorden de Ansiedad por Separación

- A. Ansiedad en desarrollo inadecuada y excesiva referente a la separación del hogar o de aquellos a quienes el individuo está ligado de manera sentimental, evidente por tres (o más) de los puntos siguientes:
 - 1. Aflicción excesiva recurrente cuando ocurre, o es anticipada, la separación de casa o de figuras importantes ligadas de forma emocional.
 - 2. Preocupación excesiva y persistente sobre la pérdida, o sobre posible daño ocurrido, de personas importantes con las que tiene un lazo emocional.
 - 3. Preocupación excesiva y persistente de que un acontecimiento inconveniente lleve a la separación de la figura importante.
 - 4. Renuencia o rechazo persistentes de asistir a la escuela o a algún otro sitio a causa del miedo a la separación.
 - 5. Terror o renuencia excesiva o persistente a estar solo o sin las figuras con ligas emocionales importantes en casa, o sin adultos importantes en otro entorno.
 - 6. Renuencia o rechazo persistente a ir a la cama sin estar cerca de una la figura importante, o dormir lejos de casa.
 - 7. Pesadillas repetidas que involucren el tema de la separación.
 - 8. Quejas constantes sobre síntomas físicos (tales como dolores de cabeza, de estómago, náusea, o vómito) cuando ocurre o es anticipada la separación de una figura importante ligada emocionalmente.
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio es antes de los 18 años.
- D. El trastorno ocasiona aflicciones o impedimentos clínicos significativos en funciones sociales, académicas (ocupacionales), o algunas otras áreas importantes.
- E. El trastorno no ocurre de manera exclusiva durante el curso de un desorden dominante del desarrollo, esquizofrenia, o algún otro desorden psicótico; y en adolescentes y adultos no están mejor explicados por medio del desorden del pánico con agorafobia.

Fuente: de APA (2000), con permiso.

miento inadecuadas observables por numerosas quejas somáticas.

- Interacción social alterada, relacionada con la negación a alejarse de la figura de apego.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados en la atención del paciente con trastorno de ansiedad por separación.

El paciente:

- El paciente es capaz de mantener la ansiedad en un nivel manejable.
- Demuestra estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con la ansiedad cuando anticipa la separación de la figura de apego.
- Interactúa de manera apropiada con otras personas y pasa tiempo lejos de la figura de apego.

CUADRO 22 – 8 Plan de Atención al Paciente con Desorden de Ansiedad por Separación**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ANSIEDAD (GRAVE)**

RELACIONADO CON: historia familiar; temperamento; cariño excesivo a los padres; modelos de conducta negativos

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente mantiene la ansiedad en un nivel no más elevado que el moderado frente los acontecimientos que antes precipitaron el pánico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establezca una atmósfera de calma, confianza y opiniones positivas genuinas. 2. Asegure al paciente de su seguridad y bienestar. 3. Averigüe los miedos del niño o adolescente a la separación de sus padres. Investigue con sus padres miedos posibles que puedan tener a la separación del niño. 4. Ayude a los padres y al niño a poner en marcha metas realistas (por ejemplo, que el niño permanezca con su niñera por dos horas con el mínimo de ansiedad; o que el niño permanezca en casa de un amigo, sin sus padres, hasta las 9 pm sin experimentar ansiedad de pánico). 5. Dé y aiente a los padres a dar también reforzamientos positivos para comportamientos deseados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La confianza y la aceptación incondicional son necesarias para una relación enfermería/niño satisfactoria. La calma es importante ya que la ansiedad es transmitida de manera fácil de una persona a otra. 2. Los síntomas de ansiedad de pánico son muy aterradores. 3. Algunos padres pueden tener un miedo profundo a la separación de su niño, del cual no están enterados y que transfieren de manera inconsciente a él. 4. Los padres pueden estar tan frustrados con el aferramiento y comportamientos demandantes del niño que tal vez requieran ayuda con la resolución del problema. 5. El reforzamiento positivo alienta la repetición de comportamientos deseables.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENFRENTAMIENTO INEFICAZ

RELACIONADO CON: conflictos de separación sin resolver y habilidades inadecuadas de enfrentamiento

EVIDENCIADO POR: quejas somáticas numerosas

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra el uso de estrategias de enfrentamiento más adaptativas (que los síntomas físicos) en respuesta a las situaciones de tensión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aiente al niño o adolescente a discutir situaciones específicas en la vida que produzcan la mayor angustia y a describir su reacción a esas situaciones. Incluya a los padres en esa dinámica. 2. Ayude al niño, o adolescente que sea perfeccionista, a reconocer que sus propias expectativas pueden no ser realistas. Relacione las ocasiones de expectativas no cumplidas con el arrebato de los síntomas físicos. 3. Aiente a los padres y al niño a identificar estrategias de enfrentamiento más adaptativas, que el paciente puede utilizar para enfrentar la ansiedad que sea incontrolable. Practiquen a través del juego de roles. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es posible que el paciente y la familia no estén al tanto de la relación entre situaciones de tensión y el arrebato de los síntomas físicos. 2. El reconocimiento de los patrones no adaptativos es el primer paso en el proceso de cambio. 3. La práctica facilita el uso de comportamiento deseado cuando el individuo está enfrentándose en realidad a la situación de tensión.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INTERACCIÓN SOCIAL DETERIORADA

RELACIONADO CON: renuencia a estar lejos de la figura ligada de manera emocional

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente es capaz de pasar tiempo con miembros del personal y otras personas sin presentar ansiedad excesiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle una relación de confianza con el paciente. 2. Asista con el niño a los grupos y mantenga los esfuerzos de interactuar con otras personas. Dé retroalimentación positiva. 3. Exprese al niño la aceptación de su no participación en los grupos al principio. Aiente de manera gradual las pequeñas contribuciones hasta que el paciente sea capaz de participar por completo. 4. Ayude al paciente a establecer pequeñas metas personales (por ejemplo, “hoy le voy a hablar a una persona que no conozca”). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Este es el primer paso para ayudar al paciente a que aprenda a interactuar con otras personas. 2. La presencia de un individuo de confianza proporciona seguridad durante los momentos de angustia. La retroalimentación positiva alienta la repetición. 3. Los éxitos pequeños incrementan de manera gradual la confianza en sí mismo y disminuyen la autoconciencia, de modo que el paciente esté menos ansioso en la situación de grupo. 4. Las metas sencillas y realistas proporcionan oportunidades para el éxito que incrementan la confianza en sí mismo, y puede alentar al paciente a intentarlo con objetivos más difíciles en el futuro.

Planeación y Realización

En el cuadro 22-8 es proporcionado un plan de atención para el niño o adolescente con ansiedad de separación, utilizando diagnósticos de enfermería comunes a este trastorno, criterios de resultado, e intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos.

Evaluación

La evaluación del niño o adolescente con este trastorno requiere la revaloración de los comportamientos de la familia que busca tratamiento; tanto el paciente como la familia deben cambiar sus actitudes. Las siguientes preguntas sirven para recopilar datos necesarios para las intervenciones de enfermería en el alcance de los objetivos de la terapia.

- ¿El paciente es capaz de mantener la ansiedad en un nivel manejable?
- ¿Las quejas de síntomas físicos disminuyeron?
- ¿El individuo demuestra capacidad para enfrentar en formas adaptativas la ansiedad creciente?
- ¿Los padres identifican su participación en el conflicto de separación?, ¿son capaces de discutir estrategias de enfrentamiento adaptativas?
- ¿El paciente habla de regresar a la escuela?
- ¿Persisten las pesadillas y los temores a la oscuridad?
- ¿El sujeto puede interactuar con otras personas aparte de la figura de apego?
- ¿Ya fue identificado el factor estresante?, ¿las estrategias adaptativas para enfrentar situaciones de estrés en el futuro fueron establecidas?

ACERCAMIENTOS TERAPÉUTICOS GENERALES

Teoría de Comportamiento

Esta teoría está basada en los conceptos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante. La teoría de comportamiento es un tratamiento común y efectivo con los trastornos de comportamiento disruptivo. Con este acercamiento, hay premios otorgados por los comportamientos apropiados y que son retenidos cuando las actitudes son disruptivas o inapropiadas.

El principio detrás de la terapia de comportamiento es que los reforzamientos alientan la repetición de conductas deseables, y los reforzamientos de aversión (castigos) desaniman los comportamientos desagradables. Las técnicas de modificación de comportamiento —el sistema de recompensas y consecuencias— puede enseñarse a los padres para utilizarlas en casa; la consistencia es un componente esencial. En el escenario del tratamiento, son diseñados programas de modificación del comportamien-

to individualizado para cada paciente. En el recuadro 22-5 aparece un caso de estudio.

Terapia Familiar

Los niños y adolescentes no pueden ser tratados por separado de sus familias, la terapia en este grupo debe incluir a toda la familia para resolver los problemas; lo que significa que los padres deben involucrarse en diseñar y poner en práctica el plan de tratamiento para el niño, y deben incluirse en todos los aspectos del proceso de terapia.

Es posible utilizar el genograma para identificar las áreas problema entre los miembros de familia (ver capítulo 9). Un genograma proporciona un panorama completo de la vida de la familia por varias generaciones (incluso los roles que tienen varios miembros de familia y la distancia emocional entre individuos específicos), de esta forma es fácil identificar las áreas de cambio.

Una vez identificadas las dinámicas de familia en los trastornos de comportamiento disruptivo, no pueden ignorarse. El enfrentamiento familiar puede verse muy comprometido con el estrés crónico de lidiar con un niño con trastornos de comportamiento; por lo tanto, es imperativo que el plan de tratamiento para el paciente sea instituido dentro del contexto de atención centrado en la familia. Popper y colaboradores (2003) explican:

El tratamiento multimodal de hiperactividad y déficit de atención es en general la atención estándar para los niños. Todavía hay mucho que aprender sobre el tratamiento con fármacos para realizar intervenciones educativas, psicosociales e intervenciones familiares (p. 854).

Terapia de Grupo

La terapia de grupo proporciona a los niños y adolescentes la oportunidad de interactuar dentro de una asociación de semejantes, lo que es tanto gratificante como abrumador, dependiendo del niño.

La terapia de grupo proporciona varios beneficios, con frecuencia enseña conductas sociales apropiadas de la retroalimentación positiva y negativa de los compañeros; ofrece la oportunidad de aprender a tolerar y aceptar las diferencias entre las personas, que es aceptable estar en desacuerdo, ofrecer y recibir apoyo, y practicar nuevas habilidades en un ambiente seguro; por último, es una forma de aprender de las experiencias de otras personas.

Este tipo de terapia con niños y adolescentes puede realizarse de varias formas: grupos de terapia musical que permiten a los pacientes expresar sentimientos a través de la música, con frecuencia no son capaces de manifestarse de otra forma. Grupos terapéuticos de actividad artística y manualidades permiten la expresión individual a través de medios artísticos.

RECUADRO 22-5 Terapia de Comportamiento —Estudio de un Caso

(Este ejemplo va enfocado en el cuidado del paciente hospitalizado, pero estas intervenciones pueden ser modificadas y aplicarse a diferentes escenarios del cuidado de la salud, incluyendo hospitalizaciones parciales, clínicas comunitarias de pacientes externos, asistencia de salud en el hogar, y prácticas privadas).

Evaluación

Sammy, de 8 años, ha sido admitida a la unidad de psiquiatría infantil de un centro médico universitario siguiendo la evaluación de un psiquiatra infantil. Sus padres, Tom y Nancy, están en un callejón sin salida y su matrimonio está siendo afectado a causa de los constantes conflictos en casa y en la escuela, a causa del comportamiento de su hijo. Tom tiene quejas de que Nancy es demasiado permisiva con su hijo. Al mismo tiempo informa que Sammy riñe y hace berrinches al insistir en continuar con los juegos, los libros, y la televisión, siempre que Nancy lo pone en cama para dormir; de manera que la hora de dormir de las 8:30 llega hasta las 10:30 o más tarde cada noche. Además, Nancy a menudo cocina cuatro o cinco tipos de comida diferente para la cena de su hijo si es que Sammy insiste de manera rebelde en que él no comerá lo que ha preparado. En la escuela, distintos maestros dicen que el niño es testarudo y rebelde, que es un revoltoso en el salón de clases, y que rehúsa seguir las reglas establecidas.

Cuando personal de enfermería le preguntó sobre otros comportamientos no adaptativos, tales como destrucción de la propiedad, robo, mentiras, o inicio de incendios, los padres negaron que esos fueran un problema. Durante la entrevista, Sammy permaneció tranquilo y sentado sin interrupciones. Respondió las preguntas dirigidas hacia él con respuestas breves y restó importancia a los problemas descritos por sus padres y maestros.

Durante sus primeros 3 días en la unidad, fueron realizadas las siguientes evaluaciones:

1. Sammy pierde los estribos cuando las cosas no son hechas a su modo. Él grita, pisotea, y algunas veces patea los muebles.
2. Sammy rehúsa seguir las indicaciones que el personal le da. Él simplemente responde: "no lo haré".
3. A Sammy le gusta llamar la atención con comportamientos que molestan al personal y a otros niños: al eructar fuerte, cuando sus dedos rascan el pizarrón, al hacer ruidos molestos cuando los otros niños tratan de ver televisión, al abrir su boca cuando está llena de comida.
4. Sammy culpa a los demás cuando comete un error. Él derramó su leche a la hora del almuerzo mientras corría para ganar un lugar que Tony quería. Después culpó a Tony del accidente diciendo: "¡lo hice por su culpa!, ¡me hizo tropezar!"

Al término de las evaluaciones iniciales, el psiquiatra diagnosticó a Sammy con el trastorno oposicionista desafiante.

Información de Diagnóstico y Resultado

Diagnósticos de enfermería	Criterios del resultado
Inconformidad con la terapia	Sammy participa y coopera en las actividades terapéuticas.
Enfrentamiento defensivo	Sammy acepta la responsabilidad de sus propios comportamientos e interactúa con otras personas sin volverse defensivo.

Diagnósticos de enfermería

Interacción social deteriorada

Criterios del resultado

Sammy interactúa con los miembros del personal y otras personas utilizando comportamientos aceptables y apropiados para su edad.

Planificación y Realización

El personal de admisión y otras personas en el equipo de tratamiento redactaron un contrato para el cuidado de Sammy. Ese contrato estuvo basado en un sistema económico simbólico. Sammy discutió con la persona a cargo de él el tipo de privilegios que le gustaría ganar. Éstos incluían:

- Poder utilizar su propia ropa (5 fichas).
- Contar con una lata de gaseosa como golosina (2 fichas).
- 30 minutos para ver televisión (5 fichas).
- Permanecer más tiempo despierto los viernes por la noche junto con los otros pacientes (7 fichas).
- Poder jugar videojuegos (3 fichas).
- Pasear con la persona a su cargo hacia la tienda de regalos para gastar un poco de su dinero (8 fichas).
- Platicar con sus padres y abuelos por teléfono (5 fichas).
- Poder asistir a las actividades terapéuticas recreativas en el exterior, tales como el cine, el zoológico y días de campo (10 fichas).

Las fichas son obtenidas por comportamientos apropiados:

- Levantarse de la cama cuando la persona a cargo de él lo llama (1 ficha).
- Vestirse para el desayuno (1 ficha).
- Asistir él solo a *todos* los alimentos de una manera apropiada, que es: sin gritar, sin hacer berrinches, sin abrir la boca llena de comida, sin tirar la comida, permanecer en su silla durante la comida, colocar su bandeja en el lugar apropiado cuando haya terminado (2 fichas por 3 alimentos = 6 fichas).
- Completar sus actividades de higiene (1 ficha).
- Aceptar la culpa de sus propios errores (1 ficha).
- No pelear, no utilizar lenguaje obsceno, no "importunar" al personal (1 ficha).
- Permanecer quieto mientras los demás ven televisión (1 ficha).
- Participar y no ser perjudicial en las reuniones de la unidad y las sesiones de terapia grupales (2 fichas).
- No hacer berrinches (1 ficha).
- Seguir las reglas de la unidad (1 ficha).
- Ir a dormir a la hora designada y sin oposición (1 ficha).

Las fichas son otorgadas a la hora de dormir por la ausencia de comportamientos inapropiados durante el día. Por ejemplo, si Sammy no hizo berrinches durante el día, le es otorgada 1 ficha. Asimismo, si Sammy tuvo un berrinche (o demostró algún otro comportamiento inapropiado), él debe pagar la cantidad designada de fichas por ese comportamiento. No puede prestarse ninguna otra.

Atención a comportamientos inapropiados más que la retención o el pago de fichas. **EXCEPCIÓN:** Si Sammy recibe reforzamiento de los demás por comportamientos inapropiados, los miembros del personal tienen la opción de imponer un tiempo de espera o de aislamiento hasta que sea eliminado ese comportamiento.

El contrato puede renegociarse en cualquier momento entre el personal y Sammy. Pueden agregarse privilegios o responsabilidades de acuerdo al desarrollo y si es considerado apropiado.

Todos los miembros del personal son consistentes con los términos del contrato y no permiten que Sammy los manipule. No hay excepciones sin renegociaciones previas del contrato.

NOTA: Los padres tienen reuniones de manera regular con el encargado del grupo de tratamiento. Discuten técnicas eficaces de los padres, mientras identifican otros problemas dentro de la relación marital. La instrucción de los padres es coordinada con el patrón de modificación de comportamiento que Sammy recibe en la unidad psiquiátrica. Hay énfasis en la importancia de darle seguimiento junto con el fuerte estímulo que los padres mantienen como frente unido en la disciplina de Sammy. Los comportamientos opuestos aparecen gracias a una dirección dividida.

Evaluación

Es llevada a cabo una reevaluación para determinar si las acciones de enfermería han sido exitosas en el logro de los objetivos

para el cuidado de Sammy. La evaluación puede facilitarse al reunir información utilizando las siguientes preguntas:

- ¿Sammy participa y coopera durante las actividades terapéuticas?
- ¿Sigue las reglas de la unidad (incluyendo horas de comida, higiene y hora de dormir) sin oposición?
- ¿Acepta Sammy la responsabilidad de sus errores?
- ¿Es capaz de completar una tarea sin ponerse defensivo?
- ¿Logra abstenerse de interrumpir cuando los demás están hablando, o de hacer ruido en situaciones donde debe estar quieto?
- ¿Intenta manipular a los miembros del personal?
- ¿Es capaz de expresar su enojo de manera apropiada y sin berrinches?
- ¿Demuestra un comportamiento aceptable en la interacción con otras personas?

Fuente: de Townsend, M. C. (2006). *Cuidado psiquiátrico de la salud mental: Conceptos de atención en la práctica basada en evidencia* (5^a edición). Filadelfia: F. A. Davis.

La terapia de juego de grupo es el tratamiento de elección para muchos niños entre las edades tres a nueve años. Landreth y Bratton (2005) mencionan:

La terapia de juego es para los niños lo que la orientación o psicoterapia para adultos; el juego proporciona a los niños los medios de expresión de su mundo interior. El uso de juguetes les da la posibilidad a los niños de transferir sus ansiedades, temores, fantasías, y culpa a los objetos y no a las personas. En el proceso, los niños se sienten seguros de sus propios sentimientos y reacciones debido a que el juego ofrece la posibilidad de distanciarse de eventos y experiencias traumáticas. Para los niños, la terapia de juego cambia lo que puede ser inimaginable en la realidad en situaciones manejables a través de la representación simbólica. Esto proporciona a los niños oportunidades de aprender a enfrentar.

Los grupos psicoeducativos son muy beneficiosos para los adolescentes; la única desventaja de este tipo de grupo es que el trabajo es mejor cuando el grupo tiene cierre, es decir, una vez que el grupo fue formado ya no puede entrar alguien más hasta que haya una conclusión. Es permitido que los participantes propongan temas para discutir. El líder sirve como maestro casi siempre y facilita la discusión del tema propuesto; cada miembro del grupo puede, de vez en cuando, ser presentador y servir como líder de la discusión. Algunas veces, estos grupos evolucionan a grupos de discusión de terapia tradicional.

Psicofarmacología

Varios de los trastornos presentados en este capítulo son tratados con medicamentos. La farmacología apropiada

está en la sección anterior en la cual fue discutido el trastorno. La medicación nunca debe ser el único medio de tratamiento, aunque es innegable que los medicamentos pueden proporcionar calidad de vida a las familias de los niños y adolescentes con estos trastornos, las investigaciones indican que por sí solos no son tan eficaces como la combinación con terapia psicosocial.

Es importante que las familias entiendan que no hay forma de “darle una píldora y hacer que esté bien”. No debe sobreestimarse la importancia de la terapia psicosocial; para tal caso, algunos médicos no prescriben medicamentos para un paciente a menos que también participen en sesiones de psicoterapia concomitante. Los efectos benéficos de los medicamentos facilitan la capacidad de enfrentar, lo cual a su vez aumenta los esfuerzos de la terapia psicosocial.

RESUMEN

La enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes es una especialidad a la que se le ha dado poca atención; el currículo básico de enfermería incluye la instrucción mínima en esta área. Aun cuando el personal de enfermería trabaja en muchos escenarios que lo colocan en posiciones ideales para identificar niños perturbados de manera emocional, la mayoría no tiene el conocimiento suficiente de la psicopatología del niño para reconocer comportamientos no adaptativos.

Este capítulo presenta algunos de los trastornos con mayor prevalencia identificados por el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) y su manifestación en la infancia, niñez o adoles-

cencia. Presenta también varios factores etiológicos para cada trastorno, con el propósito de que se tenga mayor comprensión de las dinámicas subyacentes, que incluyen influencias biológicas, ambientales y familiares.

El proceso de enfermería fue presentado como el vehículo para brindar atención; además de la sintomatología de cada trastorno como antecedentes para hacer la valoración; los diagnósticos de enfermería identificados para comportamientos específicos como objetivos de cambio; la consideración del paciente y la familia para la planeación y realización del tratamiento; y, por último, la modificación del comportamiento es el enfoque de la intervención de enfermería con niños y adolescentes. También aparece un caso de estudio utilizando la técnica de modificación

de comportamiento con economías simbólicas. Junto con las familias, es brindada atención a la educación, y son referidos a recursos comunitarios que dan ayuda. La revaloración de los datos proporciona información para la evaluación de las intervenciones de enfermería para obtener los resultados deseados.

La psiquiatría infantil es un área en la cual la enfermería puede hacer una valiosa contribución, el personal de enfermería que elige este campo tiene una excelente oportunidad para servir en la promoción del bienestar emocional de los niños y adolescentes. Está incluida también una discusión de la intervención psicofarmacológica para los trastornos en los cuales esta forma de tratamiento es relevante.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta que sea más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. En un esfuerzo para ayudar a un niño con retraso mental de leve a moderado a desarrollar relaciones satisfactorias con los demás, ¿cuál de las siguientes intervenciones de enfermería es más apropiada?
 - a. Interpretar el comportamiento del niño para los demás.
 - b. Poner límites en el comportamiento que en términos sociales es inapropiado.
 - c. Permitir que el comportamiento del niño sea espontáneo, porque no tiene el concepto de lo que está bien o mal.
 - d. Este niño no es capaz de formar relaciones sociales.
2. El niño autista tiene dificultad para confiar. Con esto en mente, ¿cuál de las siguientes acciones de enfermería sería la más apropiada?
 - a. Anime al personal a abrazar al niño con la mayor frecuencia posible, así transmite confianza a través del contacto.
 - b. Asigne diferentes miembros del personal de manera habitual para que aprenda a confiar en todos.
 - c. Asigne el mismo personal con tanta frecuencia como sea posible para promover sentimientos de seguridad y confianza.
 - d. Evite el contacto visual, ya que es demasiado incómodo para el niño, y pueden incluso desalentar la confianza.
3. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos de enfermería sería considerado *prioritario* en la planificación de la atención para el niño autista?
 - a. El riesgo de automutilación es evidente por golpear la cabeza contra la pared.
 - b. Interacción social alterada manifestada por no responder a los demás.
 - c. Comunicación verbal alterada evidenciada por ausencia de expresión verbal.
 - d. Identidad personal alterada observable por incapacidad para diferenciarse a sí mismo de los demás.
4. ¿Cuál de las siguientes actividades debe ser la más apropiada para niños con trastorno de hiperactividad y déficit de atención?
 - a. Monopolio.
 - b. Volibol.
 - c. La alberca.
 - d. Damas.
5. ¿Cuál de los siguientes grupos son los más utilizados para el manejo con drogas del niño hiperactivo?
 - a. Depresivos de SNC (p. ej., diazepam [Valium])
 - b. Estimulantes de SNC (p. ej., metilfenidato [Ritalin])
 - c. Anticonvulsivos (p. ej., fentoína [Dilantin])
 - d. Tranquilizantes mayores (p. ej., haloperidol [Haldol])
6. El niño con hiperactividad y déficit de atención tiene un diagnóstico de enfermería de interacción social alterada. Una intervención apropiada de enfermería para este niño sería:
 - a. Aislar al niño cuando las interacciones con otros son inapropiadas.
 - b. Poner límites con consecuencias por comportamientos inapropiados.
 - c. Proporcionar recompensas por conductas apropiadas.
 - d. b y c.
 - e. a, b y c.
7. La historia de enfermería y valoración de un adolescente con un trastorno de conducta podría revelar los siguientes comportamientos *excepto*:
 - a. Manipulación de otras personas para satisfacer sus propios deseos.
 - b. Violación crónica de las reglas.
 - c. Sentimientos de culpa relacionados con el abuso de otras personas.
 - d. Incapacidad para formar relaciones cercanas con otros niños.

(continúa)

8. Ciertas dinámicas familiares con frecuencia predisponen a los adolescentes a desarrollar trastornos de conducta. ¿Cuál de los siguientes es considerado un factor importante?
 - a. Padres sobreprotectores.
 - b. Los padres que tienen elevadas expectativas de sus hijos.
 - c. Padres que de manera consistente ponen límites en el comportamiento del niño.
 - d. Padres dependientes de alcohol.

9. ¿Cuál de los siguientes es el factor *menos* predisponente a que un niño presente síndrome de Tourette?
 - a. Ausencia de enlace con los padres.
 - b. Historia familiar del trastorno.
 - c. Anomalías en los neurotransmisores cerebrales.
 - d. Anomalías estructurales del cerebro.

10. ¿Cuál de los siguientes es el fármaco de elección para síndrome de Tourette?
 - a. Metilfenidato (Ritalin).
 - b. Haloperidol (Haldol).
 - c. Imipramina (Tofranil).
 - d. Pemolina (Cylert).

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

Jimmy, de nueve años, fue admitido en la unidad psiquiátrica infantil con diagnóstico de trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Es imposible controlarlo en la escuela ni en casa, hace poco fue suspendido de la escuela por interrupciones continuas en clase. Rehusa sentarse en su lugar o hacer sus tareas, grita en clase, interrumpe a la maestra y a los otros estudiantes, su comportamiento ahora es agresivo de manera física cuando no consigue lo que quiere. Fue suspendido después de golpear a su maestra cuando ella le pidió que regresara a su lugar.

La mamá de Jimmy lo describe como un bebé inquieto y demandante, creció y continuó igual. Nunca ha tenido buena relación con sus compañeros. Incluso de pequeño tomaba los juguetes de los demás o los mordía para tratar de conservarlos. Su hermana de cinco años le teme y no quiere estar sola con él.

Durante la evaluación de enfermería, Jimmy paseaba en la habitación o se balanceaba en la silla. Habla de manera incesante de asuntos superficiales y pasa de un tema a otro. Le dijo

a la enfermera que no sabía por qué estaba ahí. Reconoció que tenía algunos problemas en la escuela pero dijo que era porque los otros chicos lo molestaban y que la maestra no lo quería. También dijo que tuvo problemas en casa algunas veces pero era porque sus padres querían más a su hermana que a él.

El médico le prescribe metilfenidato en dosis de 5 mg dos veces al día. La respuesta de Jimmy a esta orden es: "no voy a tomar medicinas. No estoy enfermo".

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Jimmy:

1. ¿Qué dato sería pertinente que la enfermera anotara en la valoración?
2. ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería primario para Jimmy?
3. Además de la seguridad del paciente, ¿en qué problemas debe intervenir de manera directa el personal de enfermería?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Frame, K., Kelly, L., y Bayley, E. (2003). Aumento en las percepciones de autoestima en adolescentes diagnosticados con hiperactividad y déficit de atención. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 225-229.

Descripción del estudio. El marco teórico para este estudio está basado en el modelo de adaptación de Roy. La muestra en esta investigación consistió en 65 preadolescentes diagnosticados con déficit de atención y trastorno de hiperactividad y déficit de atención, en una comunidad de clase media superior en Estados Unidos. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a un grupo testigo o al grupo experimental, y completaron el perfil de autopercepción de Harter para niños al inicio del estudio y cuatro semanas después. Esta herramienta fue diseñada para medir las percepciones de competencia escolar, aceptación social, competencia atlética, y apariencia física, comportamiento y autoestima general. Los niños en el grupo experimental participaron en un grupo de apoyo facilitado por personal de enfermería escolar y tuvieron reuniones dos veces a la semana durante cuatro semanas. En el grupo, los participantes aprendieron estrategias para interacciones eficaces con sus compañeros, maestros y familias. Las intervenciones sirvieron para promover autoevaluaciones adaptativas y para dirigir las percepciones no favorables de muchos niños con hiperactividad y déficit de atención.

Resultados del estudio. Después de la prueba, los participantes en el grupo de apoyo calificaron mucho mejor que el grupo testigo en cada una de las seis subescalas, con importantes incrementos en cuatro de ellas, que incluyen aceptación social percibida, competencia atlética percibida, apariencia física percibida, y autoestima general percibida.

Implicaciones para la práctica de enfermería. Este estudio tiene implicaciones para el personal de enfermería que trabaja con niños, y en particular quienes tratan con niños diagnosticados con hiperactividad y déficit de atención. Debido a que la preadolescencia es una etapa en la que existe comparación de los chicos entre sí, ya sea de manera positiva o negativa, la interacción de grupo es una intervención en especial significativa. Los autores explican: "El grupo de apoyo, con niños que ayudan a otros chicos, capacita a los participantes a comprometerse a resolver el problema de manera creativa y a desarrollar soluciones a sus dificultades". Esta intervención promueve las percepciones positivas y los comportamientos entre los individuos con déficit de atención y con hiperactividad y déficit de atención. En particular es apropiado para la función de enfermería en las escuelas, pero también es consistente con el papel de cualquier enfermera que interactúe de manera directa con los niños o adolescentes con problemas similares.

R E F E R E N C I A S

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N.C. & Black, D.W. (2006) *Introductory textbook of psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bagley, C., & Mallick, K. (2000). Spiraling up and spiraling down: Implications of a long-term study of temperament and conduct disorder for social work with children. *Child & Family Social Work*, 5(4), 291-301.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007, February 9). Prevalence of Autism Spectrum Disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(SS-1), 12-27.
- Comings, D.E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Mahleman, D., Blake, H., Dietz, G., Saucier, G., & MacMurray, J.P. (2000). Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD, ODD, and conduct disorder: Multivariate regression analysis of 20 genes. *Clinical Genetics*, 57, 178-196.
- Croen, L.A., Grether, J.K., Yoshida, C.K., Odouli, R., & Van dewater, J. (2005). Maternal autoimmune diseases, asthma and allergies, and childhood autism spectrum disorders. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159, 151-157.
- Dick, D.M., Li, T-K., Edenberg, H.J., Hesselbrock, V., Kramer, J., Kuperman, S., Porjesz, B., Bucholz, K., Goate, A., Nurnberger, J., & Foroud, T. (2004). A genome-wide screen for genes influencing conduct disorder. *Molecular Psychiatry*, 9(1), 81-86.
- Dion, Y., Annable, L., Sandor, P., & Chouinard, G. (2002). Risperidone in the treatment of Tourette syndrome: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 31-39.
- Dopheide, J.A. (2001). ADHD Part 1: Current status, diagnosis, etiology/pathophysiology. American Pharmaceutical Association 148th Annual Meeting, San Francisco, CA, March 16-20, 2001.
- Foley, D.L., Eaves, L.J., Wormley, B., Silberg, J.L., Maes, H.H., Kuh, J., & Riley, B. (2004). Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 738-744.
- Ladd, G.W. (1999). Peer relationships and social competence during early and middle childhood. *Annual Review of Psychology*, 50, 333-359.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2005). Play therapy. ERIC Digests. Retrieved March 31, 2007 from <http://www.ericdigests.org/2000-1/play.html>
- Linnet, K.M., Wisborg, K., Obel, C., Secher, N.J., Thomsen, P.H., Agerbo, E., & Henriksen, T.B. (2005). Smoking during pregnancy and the risk for hyperkinetic disorder in offspring. *Pediatrics*, 116(2), 462-467.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2004). *Autism Spectrum Disorders*. NIH Publication No. 04-5511. Retrieved February 6, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/autism.cfm>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Retrieved February 7, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>
- Plessen, K.J., Wentzel-Larson, T., Hugdahl, K., Feineigle, P., Klein, J., Staib, L.H., Leckman, J.F., Bansal, R., & Peterson, B.S. (2004). Altered interhemispheric connectivity in individuals with Tourette's disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2028-2037.
- Popper, C.W., Gammon, G.D., West, S.A., & Bailey, C.E. (2003). Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky, (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Rowe, R., Maughan, B., Worthman, C.M., Costello, E.J., & Angold, A. (2004). Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: pubertal development and biosocial interaction. *Biological Psychiatry*, 55(5), 546-552.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Searight, H.R., Rottnek, F., & Abby, S.L. (2001). Conduct disorder: Diagnosis and treatment in primary care. *American Family Physician*, 63(8), 1579-1588.
- Shahrokh, N.C. & Hales, R.E. (2003). *American psychiatric glossary* (8th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J.A., & Rapee, R. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143.
- Stewart, S.E., Geller, D., Spencer, T., & Gianini, L. (2003). Tics and Tourette's disorder: Which therapies, and when to use them. *Current Psychiatry Online*. Retrieved March 31, 2007 from http://www.currentpsychiatry.com/article_pages.asp?AID=689&UID=47903
- Voeller, K.K.S. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 19(10), 798-814.



REFERENCIAS DE INTERNET

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de trastornos psiquiátricos de la niñez y adolescencia en:

- <http://www.chadd.org> (ADHD)
- <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/adhdmenu.cfm> (ADHD)
- <http://www.autism-society.org> (autistic disorder)
- <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/autismmenu.cfm> (autistic disorder)
- <http://www.klis.com/chandler/pamphlet/oddcd/oddcdpamphlet.htm> (ODD and conduct disorder)
- <http://www.tourettes-disorder.com/> (Tourette's disorder)

- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-ch04.html> (Tourette's disorder)
- http://www.helpguide.org/mental/separation_anxiety_causes_prevention_treatment.htm (separation anxiety disorder)
- <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-ch03.html> (separation anxiety disorder)

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de medicación en:

- <http://www.fadavis.com/townsend>
- <http://www.nimh.nih.gov/publicat/medicate.cfm>

23

CAPÍTULO

VÍCTIMAS DE ABUSO O NEGLIGENCIA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

IMPlicaciones ETIOLÓGICAS

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

abuso sexual infantil
reacción compuesta a la violación
patrón de respuesta controlada
ciclo de abuso (golpizas)
cita de violación

abuso emocional
negligencia emocional
patrón de respuesta expresada
violación marital
negligencia física

casa segura o refugios
explotación sexual infantil
reacción silenciosa a la violación
violación estatutaria

CONCEPTOS CENTRALES

abuso
golpiza

negligencia
incesto

violación

OBJETIVOS

Al término del capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Discutir las perspectivas históricas relacionadas con abuso de pareja, abuso infantil, y asalto sexual.
2. Describir las estadísticas epidemiológicas vinculadas con abuso de pareja, abuso infantil, y asalto sexual.
3. Discutir las características de víctimas y victimarios.
4. Identificar las implicaciones etiológicas de comportamientos abusivos.
5. Representar los efectos físicos y psicológicos en las víctimas de abuso de pareja, abuso infantil y asalto sexual.
6. Identificar diagnósticos de enfermería, objetivos de atención, e intervenciones de enfermería apropiadas para la atención de víctimas de abuso de pareja, abuso infantil y asalto sexual.
7. Evaluar la atención de enfermería de víctimas de abuso de pareja, abuso infantil, y asalto sexual.
8. Discutir las diferentes modalidades relevantes al tratamiento de víctimas de abuso.


**Concepto
Central**
Abuso

El maltrato de una persona por otra.

INTRODUCCIÓN

El *abuso* está aumentando en nuestra sociedad; libros, periódicos, películas, y la televisión inundan a los lectores y espectadores con historias de “inhumanidad del hombre contra el hombre” (pretendida discriminación sexual).

En Estados Unidos ocurren alrededor de 5.3 millones de victimizaciones por parte de parejas cada año entre mujeres de 18 años en adelante, y 3.2 millones ocurren en varones (*Centers for Disease Control and Prevention [CDC]*, 2005). Son atribuidas más lesiones a la violencia en la pareja que en todas las violaciones, atracos y accidentes automovilísticos combinados. El mayor número de violaciones permanecen sin ser informadas en Estados Unidos; debido a que estos ataques ocurren diario sin ser denunciados ni reconocidos, puede considerarse que los asaltos sexuales son una epidemia violenta y silenciosa en este país en la actualidad.

Existe una mayor incidencia de abuso infantil y fatalidades relacionadas. En 2003, un aproximado de 2.9 millones de casos de posible abuso en niños o negligencia fueron informados a los servicios protectores de la niñez, y comprobados alrededor de 906 000 de estos casos (*US Department of Health and Human Services [USD-HHS]*, 2005). Alrededor de 1 500 niños murieron por causas relacionadas con el abuso o negligencia en 2004.

El abuso afecta a todas las poblaciones por igual, en todas las razas, religiones, clases económicas, edades, y antecedentes educativos; el fenómeno es cíclico debido a que muchos abusadores fueron víctimas de abuso cuando niños.

Este capítulo discute la violencia íntima de pareja, abuso infantil (incluso negligencia), y asalto sexual. El abuso de adultos mayores es discutido en el capítulo 24. Son explicados los factores que predisponen a los individuos a cometer actos de abuso en contra de otras personas, así como los efectos físicos y psicológicos en las víctimas.

El trabajo de enfermería en individuos que experimentan comportamiento abusivo es presentado en el contexto del proceso de enfermería, además están descritas varias modalidades de tratamiento.

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

La violencia familiar no es un problema nuevo; de hecho, tal vez es tan antigua como la humanidad y ya aparecía en

tiempos de la Biblia. En Estados Unidos, el abuso de la esposa y los hijos arribó junto con los puritanos; sin embargo, no fue sino hasta 1973 que la indignación pública inició un movimiento activo contra esta práctica. El abuso en niños pasó a ser un hecho de informe obligatorio en Estados Unidos en 1968. La responsabilidad para la protección de los adultos mayores de abuso reside en los estados. En 1987, el Congreso aprobó las enmiendas al Acta de los Antiguos Americanos de 1965 que proporciona al Estado de Agencias de Área en Adultos Mayores para atender las necesidades en servicios para la prevención del abuso en adultos mayores. Estos eventos han hecho posible para las personas que una vez sintieron impotencia para detener el abuso en su contra, busquen ayuda, orientación y protección.

De manera histórica, la violencia contra las parejas femeninas (ya sea en el matrimonio o en relaciones íntimas) no ha sido considerada un problema social sino un hecho de la vida. Algunos individuos socializan dentro de un contexto cultural que acepta la violencia contra las mujeres en las relaciones (*American Nurses Association [ANA]*, 1998).

Desde el tiempo de los romanos hasta el inicio del siglo xx, las mujeres han sido consideradas como propiedad personal de los varones. A principios de la cultura romana, las mujeres eran compradas como novias, y su estatus, como el de sus hijos, era muy cercano al de los esclavos. Eran comunes las golpizas e incluso la muerte si las mujeres actuaban de manera contraria a los deseos de sus esposos o al código social de la época.

Las mujeres, de manera histórica, han socializado con la visión de sí mismas como objetos sexuales. En tiempos bíblicos, las mujeres debían doblegar su voluntad a la de sus maridos, y quienes rehusaban hacerlo con frecuencia eran castigadas con rigurosidad. La violación es un crimen en gran parte contra las mujeres, aunque también los niños y varones pueden ser víctimas de este acto execrable; es la manifestación extrema de la dominación de un individuo sobre otro, es decir, es visto como un ritual de poder.

Durante la era puritana, “escatima el castigo y perjudica al niño” (ser demasiado permisivo) era un tema apoyado por la Biblia. Los niños eran considerados propiedad de los padres y eran tratados en consecuencia. El tratamiento rígido por parte de los padres estaba justificado por la creencia de que el castigo físico era necesario para mantener la disciplina, transmitir decisiones educativas y expulsar espíritus malignos. El cambio comenzó a mediados del siglo xix y principios del xx con el movimiento de bienestar para los niños y la aprobación de leyes para su protección.

El examen histórico revela una inclinación hacia la violencia entre los seres humanos desde el principio de la civilización; poco ha cambiado ya que la violencia permea cada aspecto de la sociedad actual, las víctimas saturan el sistema de atención a la salud. Además de la devastación

personal física, psicológica y social que provoca la violencia, también tiene implicaciones económicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que sólo en Estados Unidos, los costos relacionados con la violencia interpersonal alcanzan 3.3% del producto doméstico (OMS, 2005).

IMPLICACIONES ETIOLÓGICAS

¿Qué predispone a una persona a ser violenta? Aunque no existe certeza de esto, existen varias teorías. En este capítulo aparece una breve discusión de ideas relacionadas con perspectivas biológicas, psicológicas y socioculturales.

Teorías Biológicas

Influencias Neurofisiológicas

Están en consideración varios componentes del sistema neurológico tanto en humanos como en animales en la facilitación e inhibición de los impulsos agresivos. Las áreas del cerebro que pueden estar afectadas son el lóbulo temporal, sistema límbico y el núcleo amigdaloide (Tardiff, 2003).

Influencias Bioquímicas

Los estudios muestran que varios neurotransmisores —en particular norepinefrina, dopamina y serotonina— pueden ser partícipes en posibilitar e inhabilitar los impulsos agresivos (Siever, 2002). Esta teoría es consistente con la excitación de “uir o pelear” descrita por Selye (1956) en su teoría de la respuesta al estrés (ver capítulo 1). En la figura 23-1 están explicadas las influencias bioquímicas en el comportamiento violento.

Influencias Genéticas

Varios componentes genéticos relacionados con la conducta agresiva son sujetos de estudio, y ha sido vinculado el incremento de la agresividad con cruzas selectivas de ratones, lo que sugiere la posibilidad de una relación genética directa. Otra característica genética considerada con cierta participación era el cariotipo genético XYY. El síndrome XYY contribuye a un comportamiento agresivo en un pequeño porcentaje de casos (Sadock y Sadock, 2003). La evidente relación de esta anomalía cromosómica al comportamiento agresivo y perturbado no está establecida de manera consistente aún.

Trastornos del Cerebro

Los síndromes orgánicos del cerebro relacionados con varios trastornos son considerados predisponentes para la conducta violenta y agresiva (Sadock y Sadock, 2003;

Cummings y Mega, 2003; Tardiff, 2003). Entre éstos están incluidos tumores cerebrales, en particular en áreas del sistema límbico y lóbulos temporales; traumatismos en el cerebro, que ocasionan cambios cerebrales; y enfermedades tales como encefalitis (o medicamentos que pueden afectar al síndrome) y epilepsia, en especial epilepsia del lóbulo temporal.

Teorías Psicológicas

Teoría Psicodinámica

Los especialistas en esta teoría implican una serie de necesidades no cumplidas para la satisfacción y seguridad presentes por un Yo subdesarrollado y un superyo débil. Se piensa que cuando hay frustración, la agresión y la violencia le proporcionan al individuo una dosis de poder y prestigio que impulsa su autoimagen y valida la importancia que falta en su vida. El Yo inmaduro no puede prevenir que ocurran los comportamientos dominantes del ello, y el superyo débil es incapaz de producir sentimientos de culpa.

Teoría de Aprendizaje

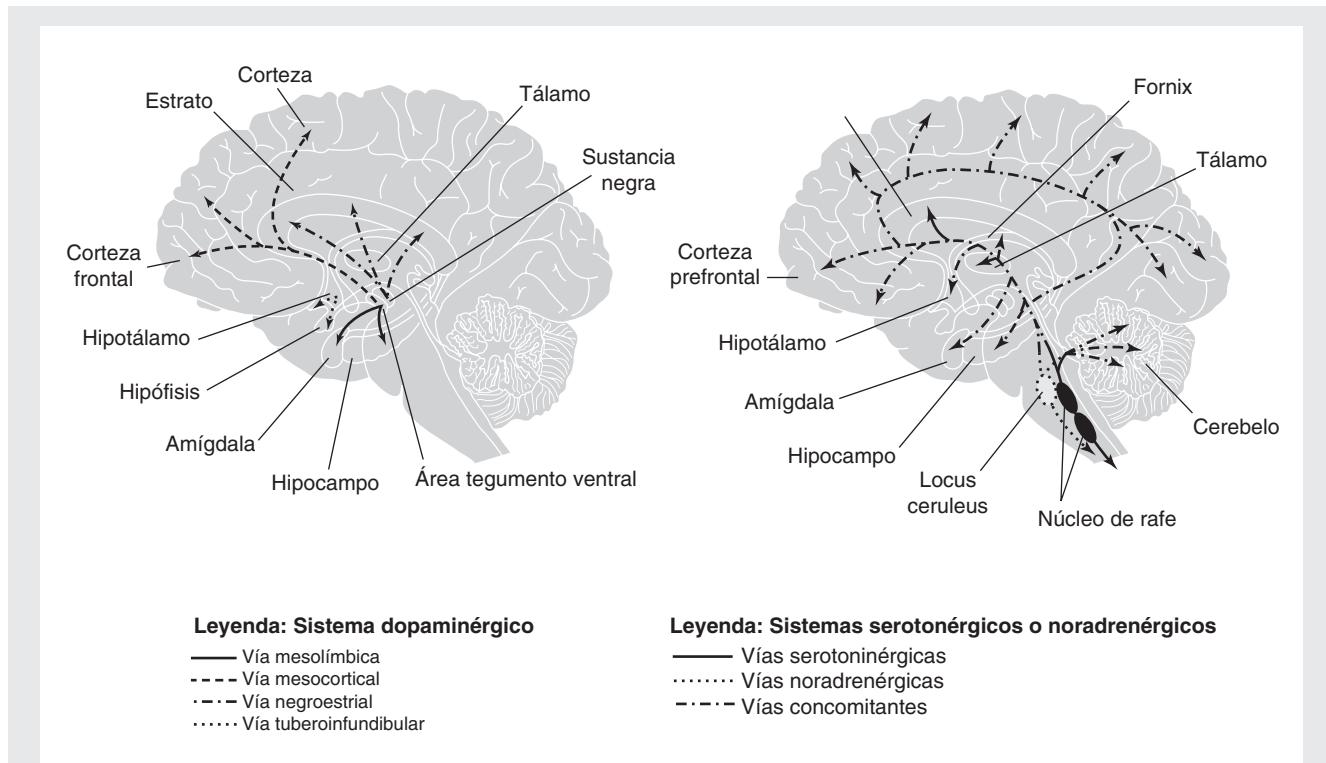
Los niños aprenden a comportarse por imitación de modelos, que por lo general son los padres. Los modelos son más susceptibles a ser imitados cuando son percibidos como prestigiosos o de influencia, o cuando el comportamiento es seguido por reforzamiento positivo. Los niños pueden tener una percepción idealizada de sus padres durante las primeras etapas de su desarrollo, pero conforme maduran, pueden empezar a imitar el comportamiento paterno de los maestros, amigos, y otras personas. Los individuos que son abusados en la niñez, o cuyos padres los disciplinaban con castigos físicos, son más propensos a tener modales abusivos como adultos (Tardiff, 2003).

De la misma forma, los adultos y niños modelan muchos de sus comportamientos a partir de lo que observan en la televisión y películas. La situación es que el modelo puede ser una adaptación negativa o un comportamiento adaptativo, en particular cuando los niños ven a los héroes triunfar sobre los villanos con el uso de la violencia. También es posible que los individuos que tienen una predisposición biológica hacia la conducta agresiva sean más susceptibles a los modelos negativos.

Teorías Socioculturales

Influencias Sociales

Aunque está acordado que tal vez algunos aspectos biológicos y psicológicos son influencias, los científicos sociales consideran que el comportamiento agresivo es en principio un producto de la estructura social y la cultura del individuo.

**FIGURA 23-1** Neurobiología de la violencia.

Neurotransmisores

Los neurotransmisores que participan en la etiología de la agresión y violencia incluyen disminución en la serotonina y aumento de la norepinefrina y dopamina (Siever, 2002; Tardiff, 2003).

Áreas relacionadas del cerebro

- Estructuras límbicas: alteraciones emocionales.
- Cortezas prefrontal y frontal; modulación del juicio social.
- Amígdala: ansiedad, furia, miedo.
- Hipotálamo: estimula el sistema nervioso simpático en la respuesta “huir o pelear”.
- Hipocampo: aprendizaje y memoria.

Medicamentos utilizados para la agresión modulada

1. Las investigaciones sugieren que los inhibidores de recaptación selectivos de serotonina (SSRI) reducen la irritabilidad y la agresión consistente con la hipótesis de la reducida actividad serotoninérgica en la agresión.
2. Los estabilizadores del ánimo que disminuyen la irritabilidad límbica pueden ser importantes en reducir la susceptibilidad a reaccionar a la provocación o estímulos amenazantes por sobreactivación de las estructuras límbica como la amígdala (Siever, 2002). La carbamazepina (Tegretol), fenitoína (Dilantin), y divalproex sódico (Depakote) producen resultados positivos; también es utilizado con efectividad el litio en individuos violentos (Tardiff, 2003).
3. Los fármacos antiadrenérgicos como los betabloqueadores (p. ej., propanolol) reducen la agresión en algunos individuos, tal vez por disminuir la excesiva actividad noradrenérgica (Siever, 2002).
4. En su capacidad para modular la excesiva actividad dopaminérgica, los antipsicóticos —típicos y atípicos— son útiles para controlar la agresión y la violencia, en particular en individuos con psicosis mórbida.

La sociedad americana, en esencia, fue fundada sobre una aceptación general de la violencia como un medio para resolver problemas. Puede observarse que el concepto de privación relativa tiene un efecto profundo en la violencia colectiva dentro de una sociedad. Kennedy y colaboradores (1998) explican:

Los estudios muestran que la pobreza y los ingresos son importantes predictores de homicidio y crimen violento. El

efecto de la creciente brecha entre ricos y pobres está regulado por una cohesión social indeterminada, o capital social, y el capital social reducido está a su vez relacionado con el aumento de homicidios con arma de fuego y crimen violento (p. 7).

De hecho, las poblaciones en Estados Unidos fueron fundadas por las acciones violentas de un grupo de personas sobre otro. Desde esas fechas, mucho ha sido dicho y

escrito; fueron aprobadas leyes con el respeto de los derechos civiles de todas las personas; y aunque muchas personas están de acuerdo con la frase “todos los hombres fueron creados como iguales” es más bien una actitud hipócrita la que prevalece en nuestra sociedad.

Las influencias sociales también pueden contribuir a la violencia cuando los individuos ven que sus necesidades y deseos no son satisfechos en relación a los de otras personas (Tardiff, 2003). Cuando los individuos pobres y oprimidos encuentran pocos accesos por las vías legítimas, parecen más predispuestos a comportamientos delincuentes en un esfuerzo por obtener los fines deseados. Esta falta de oportunidades y la subsecuente delincuencia pueden contribuir a la subcultura de violencia en nuestra sociedad.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración de Antecedentes

Los datos relacionados con el abuso de pareja, abuso infantil y negligencia, así como asalto sexual aparecen en esta sección; además son señaladas las características tanto de la víctima como del abusador. Esta información puede ser utilizada como antecedente para diseñar los planes de atención para los pacientes.

Abuso de Pareja

La *National Coalition Against Domestic Violence* (2007) señala:

Las golpizas son un patrón de comportamiento utilizado para establecer poder y control en otra persona por medio de temor e intimidación, con frecuencia acompañados de amenaza o uso de violencia. El abuso sucede cuando una persona cree que está autorizada para controlar a otra.

La *American Medical Association* define la violencia doméstica como:

El abuso físico, psicológico, sexual en el hogar con soledad y libertad personal limitada.

El abuso físico entre las parejas domésticas puede conocerse como abuso del esposo, violencia familiar o doméstica, golpizas a la esposa o marido, o abuso en la relación o de la pareja. Las estadísticas de la Oficina de Justicia de

Estados Unidos para 2004 (2007) reflejan lo siguiente: 1) alrededor de 85% de las víctimas de violencia íntima son mujeres; 2) las mujeres entre 20 y 34 años experimentan per cápita los mayores índices de violencia íntima; 3) las parejas íntimas cometen 3% de la violencia no fatal en contra de varones.

En el mismo estudio, alrededor de 64% de las mujeres y 54% de los varones informaron del abuso a la policía. La razón más común para no denunciar entre las mujeres es el “miedo a las represalias”; entre los varones, la razón más frecuente para no dar aviso es que fue “un asunto personal o privado”.

Perfil de la Víctima

Las mujeres golpeadas están representadas en todos los grupos de edad, raciales, religiosos, culturales, educativos, y socioeconómicos; pueden ser casadas o solteras, amas de casa o ejecutivas. Muchas mujeres que son abusadas tienen baja autoestima, en general están adheridas a estereotipos del papel femenino, y con frecuencia aceptan la culpa de los abusos; también son comunes los sentimientos de culpa, enojo, miedo, y vergüenza, y pueden estar aisladas de la familia y los sistemas de apoyo.

Algunas mujeres que están en relaciones violentas provienen de hogares abusivos y pueden haber abandonado esos hogares, haberse casado muy jóvenes con el fin de escapar del abuso. En estas relaciones las mujeres ven en la relación al varón como dominante, y conforme continúan los abusos, su capacidad para ver las opciones disponibles y tomar decisiones con respecto a su vida (y tal vez las vidas de sus hijos) disminuye.

El fenómeno de *indefensión aprendida* puede aplicarse a progresiva incapacidad de la mujer para actuar en su propio nombre. La indefensión aprendida ocurre cuando un individuo entiende que sin importar su comportamiento, el resultado es impredecible y, por lo general, indeseable.

Perfil del Victimario

Los varones que abusan por lo habitual tienen la característica de ser personas con baja autoestima; son celosos patológicos, presentan “personalidad dual”, una representada para la pareja y otras para el resto de la gente (Meskill y Conner, 2003). Con frecuencia están bajo situaciones de estrés, pero con capacidad limitada para enfrentarlo. El abusador típico es muy posesivo y percibe a su esposa como una posesión, por lo que siente una amenaza cuando ella muestra cualquier signo de independencia o intenta compartir su tiempo con los demás.

Es común que los niños pequeños sean ignorados por el abusador; sin embargo, también pueden convertirse en

Concepto Central

Golpiza

Un patrón de control coactivo fundado en y apoyado por violencia física o sexual, o amenaza de violencia de una pareja.

blanco del abuso conforme crecen, en particular cuando intentan proteger a su madre del abuso. El abusador también utiliza amenazas de llevarse a los niños como una táctica de abuso emocional.

El individuo abusador de manera típica emprende una campaña continua de degradación en contra de su pareja, a través de insultos, humillaciones en todo lo que ella hace en cualquier oportunidad. Hace un esfuerzo por mantenerla aislada de otras personas y por completo dependiente de él. Exige saber donde está en todo momento, y cuando ella contesta, él pone en duda su honestidad. Obtiene poder y control por medio de la intimidación.

El Ciclo de Abuso

En sus estudios básicos de mujeres golpeadas y sus relaciones, Walker (1979) identificó un ciclo de comportamientos predecibles y repetitivos; estos comportamientos están divididos en tres fases distintas que varían con el tiempo y la intensidad dentro de la misma relación y entre diferentes parejas. La figura 23-2 describe una representación gráfica del **ciclo de abuso**.

FASE I. GENERACIÓN DE TENSIÓN. Durante esta fase, la mujer siente que la tolerancia de su compañero a la frustración disminuye, ya que él enfurece a la menor provocación pero, después de golpearla, enseguida ofrece disculpas. La mujer puede ser muy protectora y sumisa, prevé cualquier capricho en un esfuerzo para evitar que aumente su enojo; sólo trata de permanecer lejos de su camino.

Los incidentes menores de abuso pueden presentarse durante esta fase, y en un desesperado esfuerzo por evitar confrontaciones más serias, la mujer acepta el abuso diri-

gido con legitimidad hacia ella. La víctima niega su enojo y racionaliza el comportamiento de su pareja (p. ej., “tenía que hacerlo mejor”; “está bajo mucho estrés en el trabajo”; “es el alcohol. Si sólo dejara de beber”); es decir, asume la culpa por el abuso, incluso con el razonamiento de que tal vez ella *merece* el abuso, como lo sugiere el agresor.

Estos incidentes menores continúan, la tensión va en aumento conforme la mujer espera impedir la explosión. El abusador empieza a temer que su pareja lo abandone, aumenta los celos y posesividad, utiliza la amenaza y la brutalidad para mantener cautiva a su pareja. Los incidentes de abuso crecen, después de lo cual la mujer es cada vez menos capaz, desde el punto de vista psicológico, de restaurar el equilibrio. Ella es más retraída con él, lo que el agresor considera rechazo y aumenta más su enojo. Esta fase puede durar algunas semanas, meses e incluso años.

FASE II. EL INCIDENTE AGUDO DEL ABUSO. Esta etapa es la más violenta y más corta, por lo general es de 24 h. Con frecuencia empieza con la justificación a sí mismo del comportamiento de maltrato. Al terminar el incidente, sin embargo, no puede entender que sucedió, sólo que perdió el control de su conducta.

Este incidente puede iniciarse con el deseo del agresor de “darle una lección”, en algunas ocasiones la mujer provoca de manera intencional el abuso, ya que al llegar a un punto en la fase I en que la tensión es insostenible, la mujer abusada por mucho tiempo sabe que después de la fase aguda, las cosas estarán mejor.

Durante la fase II, la mujer siente que su única opción es encontrar un lugar seguro para esconderse del agresor. El maltrato es duro, y muchas mujeres pueden describir la violencia en gran detalle, casi como si la disociación de sus cuerpos hubiera ocurrido; en cambio, el abusador minimiza la gravedad del abuso. Por lo general, busca ayuda sólo si el evento provoca lesiones graves y si la mujer teme por su vida y la de sus hijos.

FASE III. ETAPA DE CALMA, AMOR, PLACIDEZ (LUNA DE MIEL). En esta fase, el abusador parece amable, amable y arrepentido en extremo; promete que no volverá a ocurrir el abuso y ruega por ser perdonado; siente temor de ser abandonado y hace acopio de valor para que no vuelva a suceder. Piensa que puede controlar su comportamiento, y como ya “le dio una lección”, cree que ella “no va a portarse mal” otra vez.

El agresor juega con los sentimientos de culpa de su pareja, y ella quiere creer en él con desesperación; quiere creer que él *puede* cambiar, y así no tendrá que sufrir más el abuso. Durante esta fase revive su sueño original de amor ideal y elige creer que ésta es su pareja *en realidad*.

Esta fase de amor pasa a ser el foco de atención de la relación, y en esto basa su razón para permanecer en esta etapa “mágica” ideal, y contra toda esperanza desea que las fases previas no sean repetidas. Esta esperanza es evi-

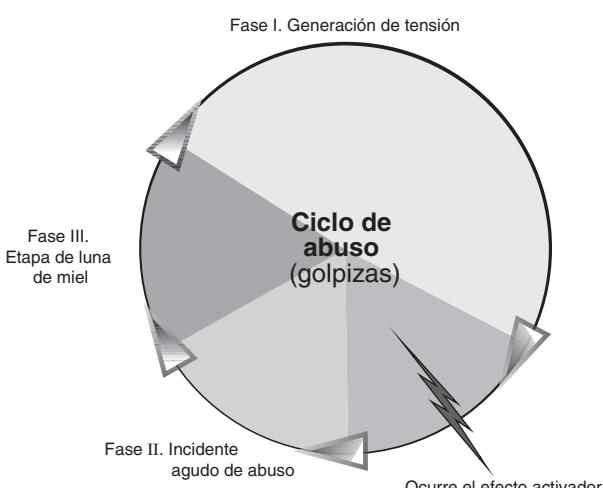


FIGURA 23-2 El ciclo de abuso (golpizas).

dente incluso para aquellas mujeres que viven numerosos ciclos de abuso.

Aunque la fase III por lo general dura el periodo relacionado con las fases I y II, puede ser tan corto que casi no es notoria. En el mayor número de casos, el ciclo empieza otra vez con tensiones renovadas e incidentes menores. En un esfuerzo por “robar” algunos momentos preciosos de la fase III, la mujer abusada colabora en su propio estilo de vida de mujer golpeada; lo que ocasiona que la víctima y el agresor entren en una relación simbiótica e intensa.

¿Por Qué se Queda la Víctima?

Tal vez la respuesta más común que dan las víctimas es que permanecen en la relación porque temen por su vida o la de sus hijos. Conforme progresá el abuso, el varón gana poder y control por medio de la intimidación e inspirando miedo con amenazas como: “te voy a matar a ti y a los niños si intentas dejarme”. Confrontada por estas amenazas y perturbada en su autoestima y sensación de impotencia, la víctima no busca ayuda. De hecho, puede tratar de alejarse sólo para regresar cuando es enfrentada por su compañero y por el poder psicológico que tiene sobre ella.

Es sabido que las mujeres permanecen en una relación abusiva por muchas razones, muchas de las cuales incluyen las siguientes (*Family Violence Law Center*, 2003; *National Coalition Against Domestic Violence*, 2007):

- *Por lo niños:* teme perder la custodia de sus hijos si se va.
- *Por razones financieras:* no tiene recursos financieros, acceso a éstos ni habilidades para trabajar.
- *Miedo a las represalias:* su pareja pudo haberle dicho que si lo abandona, la va a buscar para matarla a ella y a los niños.
- *Falta de una red de apoyo:* puede estar bajo presión por parte de la familia para permanecer en el matrimonio y para que haga que funcione.
- *Razones religiosas:* puede tener creencias religiosas en contra del divorcio. Algunos clérigos hacen lo posible por salvar el matrimonio a cualquier costo (en lugar de enfocarse en detener la violencia).
- *Desesperanza:* ella recuerda los buenos momentos y el amor en la relación, espera que su pareja cambie su comportamiento y puedan tener buenos momentos otra vez.

Abuso Infantil

Erik Erikson (1963) declara: “El peor pecado es la mutilación del espíritu de un niño”. Los niños son vulnerables y relativamente impotentes, y los efectos del maltrato son muy profundos y perdurables. El maltrato a menores incluye lesiones físicas o emocionales; negligencia física o emocional; o actos sexuales infligidos en el niño por

parte de alguien que esté a su cargo. La *Child Abuse Prevention and Treatment Act* (CAPTA), como enmienda y reautorizada en 2003, identifica una serie de actos o comportamientos que caracterizan el maltrato (*Child Welfare Information Gateway* [CWIG], 2006a). El Estado puede utilizar éstas como base para establecer la legislación estatal.

Abuso Físico

El abuso físico de un niño incluye “cualquier lesión física como resultado de perforar, golpear, patear, morder, quemar, sacudir, arrojar, atar, aventar, apuñalar, ahogar, pegar (con la mano, palo, correa o cualquier objeto), escaldar o lesionar de cualquier forma a un niño” (CWIG, 2006a).

El maltrato es considerado de manera independiente de que la persona lo haga con o sin intención de dañar, o incluso si la lesión es resultado de disciplina extrema o castigo físico. La forma más obvia de detectarlo es por lesiones físicas visibles; sin embargo, también pueden ser evidentes los indicadores de comportamiento.

SIGNOS DE ABUSO FÍSICO. Los indicadores de abuso físico pueden incluir los siguientes (CWIG, 2006b). El niño:

- Presenta quemaduras, mordidas, moretones, huesos rotos u ojos morados sin explicaciones.
- Tiene moretones pasajeros u otras marcas notables después de haberse ausentado de la escuela.
- Parece asustado de sus padres y protesta o llora cuando es tiempo de ir a casa.
- Siente temor ante la cercanía de adultos.
- Avisa que es maltratado por los padres o por quien lo cuida.

Puede sospecharse de abuso físico por parte de los padres o quien lo cuida (CWIG, 2006b):

- Cuando la explicación es contradictoria, no convincente, o no existe ninguna explicación a las lesiones del niño.
- Describe al niño como “diabólico”, o en alguna otra forma negativa.
- Utiliza disciplina muy rígida con el niño.
- Tiene una historia de abuso de cuando era niño.

Abuso Emocional

Este tipo de maltrato comprende un patrón de comportamiento por parte de los padres o persona responsable que provoca graves alteraciones en el funcionamiento social, emocional, o intelectual. Los ejemplos de daños emocionales incluyen menospreciar o rechazar al niño, ignorarlo, culparlo por cosas de las que no tiene control, aislarlo de

experiencias sociales normales, y utilizar disciplina rígida y de manera inconsistente. Los indicadores de comportamiento de daño emocional pueden incluir (CWIG, 2006b):

- Muestra conductas extremas como comportamiento demandante o quejumbroso, pasividad extrema, o agresión.
- Actúa como adulto (p. ej., tiene actitudes paternalistas con otros niños) o es muy infantil (p. ej., balanceándose o golpeándose la cabeza).
- Presenta retraso en el desarrollo físico o emocional.
- Ha intentado suicidarse.
- Habla de no querer a uno de sus padres.

Puede sospecharse de abuso emocional por parte de los padres o el responsable (CWIG, 2006b) cuando:

- De manera constante culpa, menoscopia o regaña al niño.
- No muestra interés por el niño y no quiere ayudar en los problemas del menor.
- De manera pública rechaza al niño.

Negligencia Física y Emocional

INDICADORES DE NEGLIGENCIA. Es necesario considerar la posibilidad de negligencia cuando el niño (CWIG, 2006b):

- No va con frecuencia a la escuela.
- Pide o roba comida o dinero.
- Carece de atención médica o dental necesaria, vacunas, anteojos, etcétera.
- Es habitual que el niño esté sucio y que tenga mal olor.
- Careza de suficiente ropa para cubrirse del frío.
- Abusa del alcohol o de otras drogas.
- Menciona que no hay nadie en casa que lo cuide.

Puede considerarse la posibilidad de negligencia cuando el padre o persona responsable (CWIG, 2006b):

- Muestra indiferencia hacia el niño.
- Parece apático o deprimido.

Concepto Central

Negligencia

Negligencia física de un niño incluye negar o retrasar el buscar ayuda médica, abandono, expulsión del hogar o no permitir que regrese a casa después de haber huido, y supervisión inadecuada.

Negligencia emocional hace referencia a una falla crónica por parte de los padres o persona que lo cuida, al proporcionar al niño esperanza, amor y apoyo necesario para el desarrollo de una personalidad abierta y saludable.

- Su comportamiento es irracional o de forma extraña.
- Abusa del alcohol u otras drogas.

Abuso Sexual de un Niño

En la literatura existen varias definiciones de **abuso sexual infantil**. CAPTA define el abuso sexual como:

El empleo, uso, persuasión, inducción, manipulación, o ejercer coerción de cualquier niño a involucrarse en, ayudar a cualquier otra persona a participar en, cualquier conducta explícita sexualmente o cualquier estimulación de tal conducta para el propósito de producir escenas de tal conducta; o la violación, y en casos de persona responsable o relaciones interfamiliares, violación estatutaria, abuso, prostitución, u otra forma de explotación sexual de niños, o incesto con niños (CWIG, 2006a).

También incluye la **explotación sexual de un niño**, en la cual el menor es inducido o coaccionado a participar en conductas sexuales explícitas para el propósito de promover cualquier acto; y el abuso sexual del menor, en el cual cualquier niño es utilizado para el placer sexual de un adulto (padre o persona a cargo) o de cualquier otra persona.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL. Debe considerarse la posibilidad de abuso de un menor cuando el niño (CWIG, 2006b):

- Tiene dificultades para caminar o sentarse.
- De manera repentina no quiere cambiarse para ir al gimnasio o a participar en actividades físicas.
- Habla de que tiene pesadillas o se orina en la cama.
- Presenta cambios repentinos del apetito.
- Demuestra conocimiento o comportamiento extraños, sofisticados o inusuales de tipo sexual.
- Queda gestante o contrae una enfermedad venérea, en particular si es menor de 14 años.
- Huye de casa.
- Informa del abuso sexual por un parente o cualquier otro adulto.

Cabe la posibilidad de considerar abuso sexual por parte de alguno de los padres o persona responsable (CWIG, 2006b) cuando:

Concepto Central

Incesto

La ocurrencia de contactos sexuales o interacción entre, o explotación sexual de, parientes cercanos, o entre participantes que estén relacionados por algún tipo de parentesco que es considerado prohibido para las relaciones sexuales (p. ej., personas responsables del menor, padrastros, hermanastros) (Sadock y Sadock, 2003).

- Es protector de manera indebida con el menor o limita de manera estricta el contacto del niño con otros niños, en especial del sexo opuesto.
- Es reservado y aislado.
- Es celoso o controlador con los miembros de la familia.

Características del Abusador

Hay una relación de algunos factores con los adultos que abusan o son negligentes con los niños. Sadock y Sadock (2003) informan que 90% de los padres que abusan de sus hijos fueron abusados de manera física y grave por sus madres o padres. Murray y Zentner (2001) identificaron las siguientes características adicionales que pueden relacionarse con padres abusivos:

- Experimentan una situación estresante en su vida (p. ej., desempleo, pobreza).
- Tienen pocos (si los tienen) sistemas de apoyo; por lo general están aislados de otras personas.
- Carecen de entendimiento del desarrollo del menor o atención de sus necesidades.
- Carecen de estrategias de enfrentamiento adaptativas; enfadan con facilidad; tienen dificultad para confiar en los demás.
- Esperan que el niño sea perfecto; pueden exagerar cualquier leve diferencia que el niño manifieste de lo “normal”.

La Relación Incestuosa

El estudio del incesto padre-hija ha tenido gran atención. En estos casos, por lo general existe una relación sexual alterada entre los padres; la comunicación en la pareja es ineficiente, lo que evita que corrijan sus problemas. De manera típica, el padre es dominante, impulsivo y abusivo de manera física; mientras que la madre es pasiva y sumisa, denigra su papel de esposa y madre, con frecuencia está consciente o tiene fuertes sospechas del comportamiento incestuoso entre padre e hija pero cree en o teme la absoluta autoridad del marido. Puede negar que su hija esté siendo lastimada y de hecho puede estar agradecida de que las demandas sexuales de su esposo sean satisfechas por alguien más.

El inicio de la relación incestuosa de manera típica ocurre cuando la hija tiene entre ocho y 10 años de edad y empieza con tocar los genitales y caricias. En un principio, la niña acepta los avances sexuales del padre como signos de afecto; conforme continúa el comportamiento incestuoso y progresiva, por lo común hay desconcierto en la hija, confusión y miedo; nunca sabe si las interacciones con el padre son paternales o sexuales con ella (Sadock y Sadock, 2003).

La relación puede convertirse en una situación de amor-odio por parte de la hija, ya que ella continúa esforzándose

se por la relación ideal padre-hija pero siente miedo y odio por las demandas sexuales que él le impone. La madre puede ser cariñosa o competitiva de manera alternada porque es testigo de la posesividad y afecto del esposo por la hija. Además, el padre temeroso de que su hija exponga su relación puede intentar interferir con las relaciones normales de ella con personas de su edad (Sadock y Sadock, 2003).

Es posible decir que algunos padres que participan en relaciones incestuosas pueden estar inconscientes de las tendencias homosexuales y tienen dificultad en experimentar una orientación heterosexual estable. Por otra parte, algunos varones tienen relaciones sexuales con frecuencia con sus esposas y varios de sus propios hijos pero no están dispuestos a buscar parejas sexuales fuera del núcleo familiar porque sienten la necesidad de mantener una fachada de patriarca estable y competente.

Aunque la hija mayor en la familia es la más vulnerable para ser partícipe en el incesto padre-hija, algunos individuos forman relaciones secuenciales con varias hijas. Si ocurre el incesto con una hija, debe sospecharse que sucede con las otras hijas (Murray y Zentner, 2001).

El Adulto Sobreviviente del Incesto

Hay identificados varios rasgos comunes en los adultos que han experimentado el incesto en la niñez. Básico de estas características es una carencia fundamental de confianza, resultante de una relación insatisfactoria padre-hijo, lo cual causa baja autoestima y poco sentido de identidad. Los menores con frecuencia sienten estar atrapados porque fueron advertidos de no hablar de la experiencia, y pueden estar temerosos, incluso por sus vidas, si lo exponen.

Si hacen acopio de valor y denuncian el incesto (en particular a la madre) con frecuencia no les creen; lo que confunde al niño, lo hace dudar de sí mismo y lo vuelve incapaz de confiar en sus propios sentimientos. El niño desarrolla sentimientos de culpa al darse cuenta con los años que los padres lo utilizaron en un intento de resolver sus propios problemas.

El abuso sexual infantil parece distorsionar el desarrollo normal de una asociación de placer con la actividad sexual (Reeves, 2003). Las relaciones con personas de su edad con regularidad son retrasadas, alteradas, inhibidas o pervertidas. En algunos casos, los individuos abusados evitan por completo la actividad sexual y toda relación interpersonal cercana durante toda su vida.

Otras manifestaciones adultas de este problema en las mujeres incluyen libido disminuida, vaginismo, ninfomanía y promiscuidad. En los sobrevivientes masculinos puede provocar impotencia, eyaculación prematura, exhibicionismo, y conquistas sexuales compulsivas. Lerner

(2005) sugiere que los adultos sobrevivientes de incesto están en riesgo de experimentar síntomas de trastorno de estrés postraumático, disfunción sexual, trastornos de somatización, trastornos de alimentación, trastornos de abuso de sustancias, e intolerancia de o constante búsqueda de intimidad.

Los conflictos relacionados con el dolor (físico o emocional) y el placer experimentado por los niños víctimas de abuso es evidente con frecuencia de manera simbólica en las relaciones adultas; en el caso de las mujeres es habitual su involucramiento en relaciones con varones que abusan de manera física, sexual o emocional (Bensley, VanEenwyk, y Wynkoop, 2003).

Los adultos sobrevivientes que deciden continuar con sus historias por lo general son alejados del núcleo familiar, son culpados por los demás por haber descubierto un “secreto familiar” y con frecuencia son acusados de sobreactuar al incesto. Es común que el distanciamiento sea permanente cuando los miembros de la familia continúan negando el comportamiento y el individuo es acusado de mentir.

En años recientes, algunas celebridades han expuesto sus historias de abuso, en algunos casos sólo después de haber fallecido uno de sus padres. La revelación de estas actividades del pasado puede, de alguna forma, contribuir al proceso de sanación, por la cual los sobrevivientes luchan con desesperación.

Asalto Sexual

Esta conducta es vista como cualquier tipo de acto sexual en el cual el individuo es amenazado, coaccionado, o forzado a someterse contra su voluntad. La violación, un tipo de asalto sexual, ocurre en un amplio espectro de experiencias que van desde el ataque sorpresivo por un extraño, a la insistencia de relaciones sexuales por un conocido o la pareja. Sin considerar la fuente de definición, siempre surge un tema común: la violación es un acto de agresión, o de pasión.

La **cita de violación** es un término aplicado a situaciones en las cuales el violador es conocido de la víctima (Sadock y Sadock, 2003). Puede ocurrir en la primera cita, meses después de reunirse con frecuencia, o sólo como compañeros o conocidos. Los *campus* escolares son el

lugar para un asombroso número de este tipo de violaciones, de los cuales muchos no son denunciados, por lo que una creciente cantidad de colegios y universidades establecen programas para prevenir la violación y ofrecen orientación a las víctimas.

La **violación marital**, reconocida sólo en fechas recientes como una categoría legal, es el caso en el cual una esposa es obligada a la relación sexual por su pareja en contra de su voluntad. De manera histórica, con la aceptación de la sociedad del concepto de la mujer como propiedad del marido, la definición legal de violación aparecía como una excepción dentro de la relación matrimonial.

A partir de 1993, la violación marital es un crimen en 50 estados, al menos bajo la sección del código de ofensas sexuales. En 17 estados y el distrito de Columbia, no son excepciones de procesamiento por violación a los esposos. Sin embargo, en 33 estados, todavía existen excepciones otorgadas a los maridos de procesamiento por violación.

La **violación estatutaria** es definida como una relación ilegal entre un hombre mayor a los 16 años y una mujer menor de edad (Sadock y Sadock, 2003). La edad de consentimiento varía de un estado a otro, puede ser de 14 a 21 años. El individuo en cuestión puede ser arrestado por violación estatutaria, aunque la acción haya ocurrido con el consentimiento de ambas partes. Los cargos, cuando existen, por lo general son presentados por los padres de la menor.

Perfil del Victimario

Los primeros perfiles provienen de individuos que cometieron violaciones y están descritos por Abrahamsen (1960) y Macdonald (1971), quienes identificaron la niñez del violador con una “madre dominada” y la madre “seductora pero que rechaza”. El comportamiento de la madre hacia el hijo es descrito como autoritario con matices seductores. La madre y el hijo comparten pequeños secretos, y ella lo rescata de sus actos delictivos cuando crea problemas a otras personas. Sin embargo, retira con prontitud su amor y atención cuando su hijo actúa en contra de sus deseos, un rechazo terminante e inflexible; además la madre es dominante y posesiva con el niño y continúa hasta la vida adulta. Macdonald (1971) estableció:

La madre seductora provoca ansiedad abrumadora en su hijo con gran enojo, el cual se expresa de manera directa hacia ella pero con más frecuencia se desplaza hacia otras mujeres. Cuando su comportamiento seductor se combina con el estímulo del padre para el comportamiento agresivo, se proporciona el escenario para el desarrollo de una personalidad en el niño que puede resultar en un adolescente o adulto sádico y homicida que ataca sexualmente a mujeres.

Concepto Central

Violación

La expresión de poder y dominio por medio de violencia sexual, por lo común cometido por varones contra mujeres, aunque ellos también pueden ser víctimas de violación.

Muchos violadores informan que crecieron en hogares abusivos (McCormack, 2002). Incluso cuando la brutalidad es descargada por el padre, la ira va dirigida hacia la madre que no lo protegió del asalto físico. Las teorías feministas más recientes sugieren que el violador desplaza su enojo en la víctima de violación porque no la puede expresar de manera directa hacia otros hombres (Sadock y Sadock, 2003).

Las estadísticas muestran que el mayor número de violadores está entre los 25 a 44 años; de éstos, 51% son blancos, 47% de raza negra, y el 2% restante provienen de otras razas (Sadock y Sadock, 2003). Muchos están casados o cohabitán en el momento en que cometen la ofensa; para aquellos con previa actividad criminal, la mayor parte de sus condenas es por crímenes contra la propiedad más que en contra de otras personas. Por otra parte, la mayoría de los violadores no tiene historia de enfermedad mental.

La Víctima

La violación puede ocurrir a cualquier edad, aunque hay informes de que las víctimas pueden tener desde 15 meses de edad hasta 82 años, el mayor riesgo ocurre entre los 20 y 34 años (*US Bureau of Justice*, 2007). De las víctimas de violación, 70 a 75% de las mujeres son solteras, y con frecuencia el ataque ocurre en o cerca del vecindario de la víctima.

Scully (1994) en una investigación de una muestra de violadores en prisión, encontró que en las “violaciones por extraños”, las víctimas no fueron escogidas por una razón de apariencia o comportamiento, sino porque estaban en determinado lugar en determinado momento. Scully explica:

El factor más seguro y consistente en todas las violaciones por extraños, es si fueron cometidos por un individuo o en grupo, es un hecho desafortunado que la víctima simplemente “estaba ahí” en un lugar en la que en apariencia no llamaría la atención. Casi todos los días estos hombres dicen lo mismo: “Pudo haber sido cualquier mujer”, y muy pocos agregan que fue porque estaba oscuro, que ni siquiera podían ver muy bien a la víctima (p. 175).

En su estudio, Scully encontró que 62% de los violadores utilizan un arma, con más frecuencia un cuchillo; la mayoría sugiere que la utilizan para aterrorizar y dominar a la víctima pero no lesionarla de gravedad. La presencia de un arma (real o percibida) parece ser la principal medida del grado al cual la mujer opone resistencia a su atacante.

Las víctimas de violación que acuden para recibir atención poco después del crimen parecen experimentar una sensación abrumadora de violación e indefensión, que empieza con la impotencia e intimidación experimentada

durante la violación. Burgess (2007) identificó dos patrones emocionales de respuesta que pueden ocurrir pocas horas después de la violación y que confrontan los trabajadores de la salud en las unidades de emergencia o en los centros de crisis para violación.

En el **patrón de respuesta expresada**, la víctima habla de los sentimientos de miedo, enojo, y ansiedad por medio de comportamientos como llorar, sollozar, sonreír, inquietud, y tensión. En el **patrón de respuesta controlada**, los sentimientos son disfrazados o escondidos, y muestra una actitud calmada, contenida o sometida.

Pueden ser evidentes las siguientes manifestaciones días o semanas después del ataque (Burgess, 2007):

- Contusiones y abrasiones en varias partes del cuerpo.
- Dolores de cabeza, fatiga, alteraciones en los patrones de sueño.
- Dolores de estómago, náusea y vómito.
- Descargas vaginales y comezón, ardor al orinar, sangrado rectal y dolor.
- Furia, humillación, vergüenza, deseo de venganza, y autoculpa.
- Temor de violencia física y a morir.

Los efectos a largo plazo del ataque sexual dependen en gran medida de la fortaleza del Yo del individuo, sistema de apoyo social, y la forma en que es tratada la víctima (Burgess, 2007). Varios de estos efectos incluyen creciente inquietud, sueños y pesadillas, y fobias (en particular aquellas que tienen que ver con la interacción sexual).

Algunas mujeres informan que les lleva años superar la experiencia; describen una sensación de vulnerabilidad y pérdida de control de sus propias vidas durante ese período. Se sienten profanadas e incapaces de lavarse para quedar limpias, y algunas no pueden permanecer solas en sus casas o departamentos.

Algunas víctimas desarrollan una **reacción de violación compuesta**, en la cual aparecen síntomas adicionales como depresión y suicidio, abuso de sustancias, e incluso comportamientos psicóticos (Burgess, 2007). Otras variaciones pueden llamarse **reacción de violación silenciosa**, en la que la persona no le habla a nadie del ataque. La ansiedad es suprimida y la carga emocional es abrumadora. El trauma sexual sin resolver no puede ser revelado hasta que sea forzada a hacerlo para enfrentar otra crisis sexual en su vida y vuelvan a activarse los sentimientos sin resolver con anterioridad.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Los diagnósticos de enfermería son formulados a partir de los datos recopilados durante la fase de valoración, y con los antecedentes en relación a los factores predispo-

nentes de la situación. Algunos diagnósticos comunes para las víctimas de abuso incluyen:

- Síndrome de trauma por violación, relacionado con ataque sexual evidenciado por las declaraciones del asalto; moretones y laceraciones en varias áreas del cuerpo; ansiedad grave.
- Impotencia relacionada con el ciclo de abuso, manifestada por comentarios de los ataques; moretones y laceraciones en el cuerpo; temor por su seguridad y la de sus hijos; declaraciones de no poder salir de la relación.
- Retraso del crecimiento y el desarrollo relacionado con la situación abusiva en la familia observable por repentino inicio de enuresis, chuparse el dedo, pesadillas, incapacidad para realizar actividades de cuidado personal apropiadas para su edad.

Los siguientes criterios son utilizados para medir los resultados en la atención de las víctimas:

● *La víctima de ataque sexual:*

- Ya no experimenta pánico o ansiedad.
- Demuestra cierto grado de confianza en la primera enfermera.
- Recibió atención inmediata para las lesiones físicas.
- Inicia comportamientos consistentes con la respuesta de duelo.

● *El paciente golpeado:*

- Recibe atención inmediata para las lesiones físicas.
- Habla de cuidar por su seguridad inmediata.
- Discute la situación de vida con la enfermera primaria.
- Puede comentar las opciones de las que dispone para recibir ayuda.

● *El niño abusado:*

- Recibe atención inmediata para las lesiones físicas.
- Demuestra confianza en la primera enfermera al discutir el abuso por medio de terapia de juego.
- Puede observarse disminución en los comportamientos regresivos.

Planeación y Realización

El cuadro 23-1 proporciona un plan de atención para el paciente que es víctima de abuso; también presenta los diagnósticos de enfermería, junto con los criterios de resultados, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada uno.

Evaluación

La evaluación de las acciones de enfermería para ayudar a las víctimas de abuso debe considerarse tanto a corto como a largo plazos.

La *evaluación a corto plazo* puede facilitarse por recopilar información con las siguientes preguntas:

- ¿Es atendida la seguridad del paciente?
- ¿Existe evidencia de que disminuyó la ansiedad?
- ¿Son atendidas de manera apropiada las heridas y tienen seguimiento?
- ¿Tienen atención las necesidades emocionales?
- ¿Ha establecido confianza al menos con una persona con quien la persona esté cómoda en relación al incidente de abuso?
- ¿Tiene identificados sistemas de apoyo y los ha notificado?
- ¿Tiene opciones para las circunstancias inmediatas?

La *evaluación a largo plazo* es posible realizarla a través de trabajadores sociales que estén en contacto con el individuo después de que haya pasado la crisis. Este tipo de evaluación puede utilizar las siguientes preguntas:

- ¿El individuo es capaz de realizar actividades de la vida diaria de manera satisfactoria?
- ¿Sus heridas físicas sanaron de manera apropiada?
- ¿El paciente progresó de manera adecuada por el proceso de duelo?
- ¿La persona está libre de alteraciones de sueño (pesadillas, insomnio); síntomas psicosomáticos (dolor de cabeza, dolores de estómago, náusea y vómito); comportamientos regresivos (enuresis, chuparse el dedo, fobias); y alteraciones psicosexuales?
- ¿El individuo presenta problemas de relaciones interpersonales?
- ¿Considera alternativas para hacer cambios en su vida personal?
- ¿Toma decisiones en relación a las opciones disponibles?
- ¿Está satisfecho con las decisiones que toma?

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Intervención en Crisis

El enfoque de la entrevista inicial y del seguimiento del paciente que fue atacado sexualmente está sólo en el incidente de violación, los problemas identificados pero no relacionados con el asalto no son tratados en ese momento. El objetivo de la intervención es ayudar a las víctimas a regresar a su previo estilo de vida tan pronto como sea posible.

El paciente debe involucrarse desde el principio en la intervención, ya que esto promueve un sentido de competencia, control y toma de decisiones. Debido a la abrumadora sensación de impotencia que acompaña a la experiencia, la participación activa sirve tanto para validar

CUADRO 23 – 1 Plan de Atención para Víctimas de Abuso**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** SÍNDROME DE TRAUMA POR VIOLACIÓN**RELACIONADO CON:** asalto sexual**EVIDENCIADO POR:** declaraciones del ataque; moretones y laceraciones en varias áreas del cuerpo; ansiedad grave

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente inicia una resolución de duelo saludable, principia el proceso de sanación (tanto físico como psicológico).	<ol style="list-style-type: none"> Es importante comunicar lo siguiente a la víctima de asalto sexual: <ul style="list-style-type: none"> Aquí está segura. Siento lo que le sucedió. Estoy contenta de que haya sobrevivido. No es su culpa. No merece ser tratada de esa manera. Hizo lo mejor que pudo. Explique todo el proceso de valoración que será llevado a cabo y la razón para hacerlo. Asegúrese de la recopilación de datos de manera atenta, sin juzgar. Asegúrele al paciente la adecuada privacidad para todas las intervenciones inmediatas después de la crisis. Trate que pocas personas proporcionen los primeros auxilios o la recolección inmediata de la evidencia. Aliente al paciente a dar una declaración del ataque. Escuche, no ponga a prueba. Discuta con el paciente a quién llamar para recibir apoyo o ayuda. Proporcione información sobre referencias para atención posterior. 	<ol style="list-style-type: none"> La mujer que es asaltada sexualmente teme por su vida y debe garantizarse su seguridad. También puede estar abrumada por la duda y culpa, y estas declaraciones le transmiten confianza y validan su autoestima. Puede servir para disminuir el miedo y la ansiedad y aumentar la confianza. El paciente postraumatizado es en extremo vulnerable. Demasiadas personas a su alrededor aumentan este sentimiento y favorecen que aumente la ansiedad. Escuchar sin hacer juicios proporciona la posibilidad de catarsis que el paciente necesita para empezar a sanar. Por otra parte, puede ser necesaria una declaración detallada para el seguimiento legal, y una enfermera atenta; como abogado del paciente, puede ayudar a disminuir el trauma de la recolección de evidencia. Debido al temor y la ansiedad grave, la persona puede necesitar ayuda de otras personas durante el periodo inmediato a la poscrisis. Proporcione información por escrito para referencias posteriores (p. ej., psicoterapeutas, clínicas de salud mental, grupos legales en la comunidad).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: IMPOTENCIA**RELACIONADA CON:** ciclo de abuso (golpizas)**EVIDENCIADO POR:** declaraciones del abuso; moretones y laceraciones en varias áreas del cuerpo; temor por su seguridad y la de sus hijos; declaraciones de no poder salir de la relación

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamientos
El paciente reconoce y menciona las opciones disponibles; por lo tanto, percibe cierto control en su situación de vida.	<ol style="list-style-type: none"> En colaboración con el médico, asegúrese de que todas las heridas físicas, fracturas, y quemaduras reciban atención inmediata. Tome fotografías si la víctima lo permite. Lleve a la mujer a un área privada para hacer la entrevista. Si viene sola o con sus hijos garanticé su seguridad. Aliéntela a discutir el incidente, haga preguntas para saber si ha sucedido antes, si el abusador toma drogas, si la paciente tiene un lugar seguro a donde ir, y si está interesada en levantar cargos. Asegúrese de no hacer esfuerzos por “rescatar”; ofrezca apoyo, pero recuerde que la decisión final la debe tomar la víctima. 	<ol style="list-style-type: none"> La seguridad del paciente es una prioridad de enfermería. Las fotografías pueden utilizarse como evidencia si presenta cargos. Si la paciente está acompañada por la persona que la golpea, es posible que no sea sincera con respecto a las heridas. Algunas mujeres intentan mantener en secreto cómo ocurrieron las lesiones para proteger a su pareja o porque temen que las maten. Tomar su propia decisión le da al paciente un sentido de control en su situación de vida. Imponer juicios y dar consejos no son terapéuticos.

(continúa)

CUADRO 23 – 1 Plan de Atención para Víctimas de Abuso (continuación)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>5. La situación de estrés para la víctima es un tema importante para su seguridad. Debe estar consciente de la variedad de recursos que están disponibles para ella, que pueden incluir líneas telefónicas de ayuda, grupos comunitarios para mujeres abusadas, refugios, servicios de orientación, e información en relación a los derechos de las víctimas en el sistema judicial civil y criminal. Después de la discusión de estos recursos disponibles, la mujer puede elegir por ella misma; si su decisión es regresar al matrimonio y a su casa, esta opción también debe ser respetada.</p>	<p>5. Reconocer las opciones disponibles reducen la sensación de impotencia de la víctima, pero la verdadera capacidad surge sólo cuando ella elige utilizar el conocimiento para su propio beneficio.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO**RELACIONADO CON:** situación familiar abusiva**EVIDENCIADO POR:** repentino inicio de enuresis, chuparse el dedo, pesadillas, incapacidad para realizar actividades de cuidado personal apropiado para la edad

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente desarrolla una relación de confianza con la enfermera y explica la causa de las heridas. Disminuyen los comportamientos regresivos (enuresis, chuparse el dedo, pesadillas).	<p>1. Realice valoración física completa del niño. Tome nota particular de los moretones (en varias etapas de curación), laceraciones, y quejas de dolor en áreas específicas del paciente. No descarte la posibilidad de abuso sexual. Valore los signos no verbales del abuso: conducta agresiva, temores excesivos, hiperactividad extrema, apatía, retraimiento, comportamientos inapropiados para la edad.</p> <p>2. Realice una entrevista a profundidad del padre o del adulto que acompaña al niño. Considere: si las lesiones están siendo reportadas como accidentes, la explicación es razonable y consistente con las lesiones; y si las lesiones son consistentes con las capacidades del desarrollo del niño.</p> <p>3. Utilice juegos o terapia de juego para ganar la confianza del niño. Utilice estas técnicas para ayudar a describir su versión de la historia.</p> <p>4. Determine si la naturaleza de las lesiones garantiza el informe a las autoridades. Los estatutos específicos de cada estado deben ser considerados para hacer el informe en caso de sospecha de abuso de un menor. Estos estatutos individuales para cada entidad en relación al abuso del menor pueden encontrarse en http://www.childwelfare.gov/systemwide/laws_policies/search/index.cfm</p>	<p>1. Es necesaria una valoración física exacta y completa para proporcionar la atención adecuada al paciente.</p> <p>2. El temor a ser encarcelado, a perder la custodia del niño, puede colocar al padre abusivo a la defensiva. Pueden ser muy evidentes las discrepancias del incidente, y mentir es una defensa común que puede ser detectable en una entrevista.</p> <p>3. Establecer una relación de confianza con un niño abusado es en extremo difícil, ya que puede no querer que lo toquen. Estos tipos de actividades de juego proporcionan un ambiente no amenazador que llegan a facilitar la discusión de estos dolorosos temas con el menor.</p> <p>4. Por lo general, es hecho un informe si hay razón para sospechar que el niño está lesionado como resultado de abuso físico, mental, emocional o sexual. La “razón para sospechar” existe cuando hay evidencia de una discrepancia o inconsistencia en la explicación de las lesiones. Casi todos los estados requieren que los siguientes individuos informen de sospechas de abuso de un menor: todos los trabajadores de atención a la salud, todos los terapeutas de salud mental, maestros, proveedores de atención a los niños, bomberos, personal médico de emergencia, y oficiales capacitados. Los informes deben presentarse en el Departamento de Salud y Servicios Humanos o a una agencia legal capacitada.</p>

la estima personal como para empezar el proceso de recuperación. El tiempo para la intervención en crisis es limitado —por lo general de seis a ocho semanas. Si tiempo después surgen problemas, la víctima es referida a otras agencias para recibir ayuda (p. ej., psicoterapia a largo plazo por un psiquiatra o en una clínica de salud mental).

Durante el periodo de crisis, debe darse atención a las estrategias de enfrentamiento para lidiar con los síntomas postraumáticos comunes. En principio el individuo pasa por un periodo de desorganización durante el cual le es difícil tomar decisiones, de temores extremos e irracionales, y desconfianza en general. Las manifestaciones visibles pueden variar desde histeria evidente, a la expresión de enojo y furia, al silencio y retraimiento. También son comunes la culpa y sentimientos de responsabilidad por la violación, como numerosas manifestaciones físicas. El orientador en la crisis debe intentar ayudar a la víctima a encontrar estrategias exitosas de enfrentamiento previas para volver a tener el control de su vida.

Si el paciente es víctima del ciclo de abuso, el orientador debe asegurarse de darle a conocer varios recursos y opciones a la víctima para que pueda tomar decisiones personales en relación a sus deseos y qué hacer con su vida. Los grupos de ayuda proporcionan un foro valioso para reducir el aislamiento y aprender nuevas estrategias para enfrentarse con las consecuencias del abuso físico o sexual. En particular, la víctima de violación, el grupo de apoyo de semejantes provee un foro terapéutico para reducir la sensación de soledad que pueda sentir en las consecuencias de respuestas sociales e interpersonales a su experiencia. Sadock y Sadock (2003) establecen:

Pocas mujeres surgen indemnes del asalto por completo. Las manifestaciones y el grado de daño dependen de la violencia del ataque mismo, la vulnerabilidad de la mujer, y el sistema de apoyo disponible para ella poco después al ataque. Una víctima de violación reacciona mejor cuando recibe apoyo inmediato y puede expresar sus temores y enojo a miembros de la familia, médicos empáticos, y oficiales de la ley aplicados. Tener el conocimiento de que es aceptada en los medios sociales de recursos, así como el arresto y convicción del violador, puede ayudar a la víctima (p. 892).

La Casa de Seguridad o Refugio

Las principales ciudades en Estados Unidos en la actualidad tienen **casas de seguridad o refugios** donde las mujeres pueden ir para recibir protección para ellas y para sus hijos. Estos refugios proporcionan varios servicios, y las mujeres reciben apoyo emocional por parte del personal y de otras mujeres. La mayor parte de los refugios proveen orientación individual y de grupo; ayudan con las

instituciones burocráticas como la policía, representación legal y servicios sociales; la atención de los hijos y programas para ellos; y ayuda para la mujer a hacer planes para el futuro, como orientación para empleos y enlaces con autoridades de vivienda.

Los refugios, por lo general, son una combinación de personal profesional y voluntario, que incluyen personal de enfermería, psicología, abogados, y otros; es frecuente que las mismas mujeres que antes sufrieron abuso trabajen como voluntarias.

El trabajo de grupo es una parte importante del servicio de los refugios. Las mujeres en la residencia varían desde aquellas que están en la fase inmediata de la crisis a quienes están en diferentes fases del proceso de duelo. Los miembros nuevos pueden aprender mucho de las mujeres que han resuelto problemas similares. Les es permitido pasar por el duelo de lo que perdieron y por lo que se espera que no tengan; además reciben ayuda en la tremenda culpa relacionada con autoculpa, lo que es difícil para la mujer que acepta la responsabilidad por el comportamiento de otra persona por mucho tiempo.

A las recién llegadas a los refugios les dan tiempo para sentirse aliviadas en la seguridad y protección que les brindan. Las alientan a tomar decisiones durante el periodo inmediato a la crisis y de desorganización; una vez que las emociones de la mujer son más estables, empieza la planeación para el futuro.

A través de información por parte del personal y de las compañeras, aprende que los recursos están disponibles en su comunidad; le es proporcionada retroalimentación; sin embargo, cada mujer toma sus propias decisiones sobre “a dónde quiere ir de ahí en adelante”, también recibe aceptación y apoyo en la decisión que tome.

Terapia Familiar

El enfoque de la terapia con familias violentas es ayudarlas a desarrollar vías democráticas para resolver sus problemas. Los estudios muestran que mientras más utilizan los medios democráticos para resolver conflictos, menos utilizan la violencia física. Estos grupos familiares necesitan aprender a lidiar con los problemas en formas que puedan producir beneficios mutuos a todos los involucrados, en lugar de enfascarse en luchas de poder entre ellos mismos.

Los padres también necesitan aprender métodos más eficaces para disciplinar a sus hijos, aparte del castigo físico. Los métodos para enfatizar la importancia del reforzamiento positivo por los comportamientos aceptables pueden ser muy eficaces; es decir, todos los miembros de la familia deben comprometerse en el uso consistente de esta técnica de modificación de la conducta para que sea exitosa.

Explicar a los padres sobre las expectativas de diferentes niveles de desarrollo puede aliviar el estrés que acompaña estos cambios. Cuando saben qué esperar de las distintas etapas en el desarrollo pueden anticipar necesidades y directrices para lidiar con las crisis relacionadas con cada fase.

El enfoque de las sesiones de terapia con toda la familia es a los problemas de comunicación, ya que cada uno es alentado a expresar sus sentimientos de manera no amenazadora a los demás. En estas sesiones les enseñan y alientan a escuchar de manera activa técnicas de aserción, y el respeto por los derechos de todos los miembros de la familia, además de identificar las barreras en contra de la comunicación eficaz y a resolver esta situación.

Son proporcionadas referencias a agencias que promueven habilidades eficientes para padres (p. ej., entrenamiento efectivo para padres); las agencias alternativas pueden ayudar a aliviar el estrés de criar a los hijos (p. ej., programas de “El día libre de mamá”, organizaciones de cuidado de niños, e instituciones de atención diaria). Los grupos de apoyo para padres abusivos también pueden ser útiles, y puede brindarse ayuda para localizar o iniciar un grupo de este tipo.

RESUMEN

Este capítulo proporciona una discusión sobre el abuso —el maltrato de una persona hacia otra. El abuso de pareja, abuso infantil y asalto sexual están incrementándose en este país, y todas las poblaciones son afectadas por igual.

El abuso de mujeres y niños está presente desde el principio del florecimiento de este país cuando las personas eran consideradas propiedad de padres y esposos, y este abuso era aceptable; por lo que muchas mujeres creyeron que merecían cualquier abuso físico o sexual.

Están explicados varios factores como influencias en la predisposición a la conducta violenta: las influencias fisiológicas y bioquímicas en el cerebro, así como la posibilidad de una línea genética directa; síndromes orgánicos relacionados con varios trastornos cerebrales implicados en la predisposición a comportamientos agresivos y violentos.

Los especialistas en psicoanálisis relacionan la predisposición al comportamiento violento al Yo subdesarrollado y pobre concepto de sí mismo. Por su parte, los teóricos del aprendizaje sugieren que los niños imitan el compor-

tamiento abusivo de sus padres, teoría basada en estudios sobre individuos que fueron abusados de niños o cuyos padres los disciplinaron con castigos físicos y son más propensos a ser adultos agresivos. También son consideradas las influencias sociales, como la aceptación general de la violencia como un medio para resolver los problemas.

Las mujeres que son abusadas de manera continua por lo general toman la culpa de su situación; pudieron haber crecido en una familia abusiva por lo que aceptan este tipo de comportamiento. Estas mujeres con frecuencia no ven forma alguna de cambiar su situación y pueden ser alentadas por una red de apoyo social (familia, amigos, clérigos) para permanecer en una relación de abuso.

El abuso de niños incluye los ataques físicos y emocionales, negligencia física y emocional, y abuso sexual de un menor. Un niño puede sufrir muchos años de abuso sin informarlo por miedo a las represalias por parte del abusador. Algunos niños hablan con su madre sobre experiencias de incesto, sólo para ser rechazados y decirles que lo mantengan en secreto. Los adultos sobrevivientes al incesto con frecuencia experimentan varias manifestaciones físicas y emocionales relacionadas con la relación incestuosa.

El ataque sexual es identificado como un acto de agresión, no de pasión. Muchos violadores mencionan haber crecido en hogares abusivos, y algunos especialistas relacionan la predisposición a la violación con una madre “seductora pero que lo rechaza”. La violación es una experiencia traumática y muchas mujeres experimentan recuerdos repentinos, pesadillas, furia, síntomas físicos, depresión y pensamientos de suicidio por muchos años después del incidente.

La práctica de enfermería con víctimas de abuso es discutida en el contexto del proceso de enfermería; además de la valoración de datos, diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiadas con razonamientos, y estándares de evaluación. También son descritas modalidades adicionales de tratamiento, incluso la intervención en crisis para la víctima de ataque sexual, refugios para mujeres abusadas, y terapia para familias con problemas de violencia.

Los problemas relacionados con el abuso y negligencia están convirtiéndose en una crisis nacional en Estados Unidos, razón por la cual el personal de enfermería está en una posición única para intervenir en niveles primarios, secundarios y terciarios de prevención con las víctimas de estos problemáticos comportamientos.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta que es más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

Situación. Sharon, de 32 años de edad, llegó a la sala de emergencias con sus tres pequeños hijos. Tienen varios moretones en cara y cuello, y una contusión en el ojo derecho.

1. Sharon le dice a la enfermera: "yo no quería venir, en realidad estoy bien. Él solo hace esto cuando bebe mucho. No debí haberle gritado". La mejor respuesta de la enfermera es:
 - a. "¿Con qué frecuencia bebe mucho?"
 - b. "No es su culpa. Hizo bien en venir aquí."
 - c. "¿Cuántas veces le ha hecho esto?"
 - d. "No es un buen esposo. Debe abandonarlo antes de que la mate."
2. En la entrevista, Sharon le dice a la enfermera: "ha sido más violento últimamente. Está bajo mucho estrés en el trabajo las últimas semanas, por lo que bebe mucho cuando llega a casa. Siempre se enfurece cuando bebe. Yo me asusté y le dije que me iba a ir con los niños. Enfureció y empezó a golpearme con los puños". Con los antecedentes del ciclo de abuso, ¿esta situación qué representa?
 - a. Fase I. Sharon trata con desesperación de retirarse de su camino y calmar la situación.
 - b. Fase I. Un incidente menor en el que Sharon asume toda la culpa.
 - c. Fase II. El incidente agudo del ciclo que Sharon provocó con su amenaza de abandonarlo.
 - d. Fase III. La fase de luna de miel en la que el esposo cree que le "dio una lección a su mujer para que se porte bien."
3. La intervención de enfermería *prioritaria* para Sharon en la sala de emergencias es:
 - a. Dar atención inmediata a sus heridas.
 - b. Proporcionarle información sobre un lugar seguro para que pueda quedarse.
 - c. Administrarle un tranquilizante prescrito por el médico.
 - d. Explicarle cómo puede presentar cargos en contra de su esposo.
4. Sharon va con sus hijos a un refugio. Participa en terapia de grupo y recibe apoyo emocional por parte del personal y compañeras. Toma conciencia de las alternativas posibles para ella. Sin embargo, decide regresar a su casa y su matrimonio. La mejor respuesta de la enfermera ante la decisión de Sharon es:
 - a. "No puedo creer que haya decidido regresar con ese hombre horrible."
 - b. "Tengo miedo de que la mate a usted y sus hijos cuando regrese."
 - c. "¿Qué le hace pensar que las cosas van a cambiar con él?"
 - d. "Espero que haya tomado la decisión correcta. Llame por teléfono si necesita ayuda."

Situación. Carol es enfermera en una escuela. Jana de cinco años está sentada en su oficina y dice tener náusea. Permanece acostada en la oficina pero vomita y ensucia su blusa. Cuando Carol le quita la blusa para limpiarla, nota que Jana tiene moretones en el torso y brazos. Algunos son de color azul; otros con varios tonos de verde y amarillo, además de algunas cicatrices. El abdomen de Jana parece abultado, lo que contrasta con la pequeña y fina complexión de la niña.

5. De la valoración objetiva, la enfermera sospecha que:
 - a. Jana está sufriendo abuso físico y sexual.
 - b. Jana sufre abuso físico y de negligencia.
 - c. La niña es víctima de negligencia emocional.
 - d. Está siendo abusada de forma sexual y emocional.

6. Carol trata de hablar con Jana sobre los moretones y cicatrices, pero la niña no quiere hablar del tema. Otra forma para obtener información de la niña es:
- a. La lleva a ser valorada por el psicólogo de la escuela.
 - b. Le dice que puede elegir un “trato” de la caja (p. ej., una paleta, una pelota, o joyería de juguete) si le contesta algunas preguntas.
 - c. Le explica que si contesta las preguntas puede permanecer en la oficina y no regresar a clase.
 - d. Utiliza una “familia” de muñecos para un juego de roles de la familia de Jana con ella.
7. Carol tiene la fuerte sospecha de que Jana es víctima de abuso. ¿Cómo debe proceder Carol con esta información?
- a. Como trabajador de atención a la salud, informa de sus sospechas al Departamento de Salud y Servicios Humanos.
 - b. Revisa a Jana otra vez en la siguiente semana para ver si tiene nuevos moretones.
 - c. Platica con los padres de la niña y les pregunta sobre las heridas.
 - d. Inicia los trámites para llevar a Jana a un hogar sustituto.

Situación. Lana, de 18 años, estudiante de primer año en la universidad estatal, estaba muy desanimada cuando Don, un alumno jugador de fútbol estrella, la invita a una fiesta. En el camino a casa, él estaciona el automóvil en un área apartada cerca del lago. Cuando ella rechaza sus avances sexuales, él enfurece, la golpea y por último la viola. Lana trata de pelear con él, pero es mucho más fuerte que ella. La arroja en el estacionamiento de los dormitorios y la abandona. El supervisor del dormitorio la lleva a la sala de emergencias.

8. Lana le dice a la enfermera: “es mi culpa. No le debí permitir detenerse en el lago”. La mejor respuesta es:
- a. “Sí, tienes razón. Te colocaste en una situación muy vulnerable cuando permitiste que estuvieran en el lago”.
 - b. “No tienes la culpa de su comportamiento. Es obvio que tomaste decisiones correctas, puesto que sobreviviste al ataque.”
 - c. “No tiene sentido mirar atrás. Piensa en el futuro, y asegúrate de no volver a estar en esa situación otra vez.”
 - d. “Tienes que ver que sea arrestado para que no lo vuelva a hacer.”
9. La intervención de enfermería *prioritaria* con Lana sería:
- a. Ayudarla a bañarse y limpiarse.
 - b. Proporcionarle apoyo físico y emocional durante la obtención de evidencia.
 - c. Proporcionarle una lista de recursos comunitarios para víctimas de violación.
 - d. Discutir la importancia de las visitas de seguimiento para la evaluación de enfermedades de transmisión sexual.
10. Lana es referida a un grupo de apoyo para víctimas de violación. Ella ha asistido con regularidad por seis meses. De este grupo, aprendió que la principal razón de Don para violarla fue:
- a. Él había bebido mucho en la fiesta y no tenía el control de sus acciones.
 - b. No había tenido relaciones sexuales con una chica en meses.
 - c. Estaba predispuesto a ser un violador en virtud de las condiciones de pobreza en las que fue criado.
 - d. Estaba expresando poder y dominancia por medio de la agresión sexual violenta.

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

Sandy es una psiquiatra RN que trabaja en Casa Segura para mujeres golpeadas. Lisa acaba de ser admitida con sus dos pequeños hijos después de ser atendida en la sala de emergencias. Ha sido golpeada de gravedad por su marido mientras estaba intoxicado la noche anterior. Ella pudo escapar con sus niños después de que su marido quedó desmayado en la recámara.

En la valoración inicial, Sandy sabe que Lisa es golpeada por su marido desde hace cinco años, poco después de casarse. Le explica que ella "sabía que bebía mucho antes del matrimonio, pero que pensó que dejaría de hacerlo por los niños". En cambio, empezó a beber más. Algunas veces llega a casa de trabajar hasta las 11 pm o a la medianoche, después de detenerse a beber en el bar con sus amigos.

Más tarde, empezó a ponerse celoso y a desconfiar de Lisa, acusándola de numerosas infidelidades e indiscreciones, ninguna de las cuales es cierta. Lisa dice: "si no estuviera tan estresado en el trabajo, no bebería tanto. Tal vez si me esfuerzo más en que todo sea perfecto para él en casa. No sé. ¿Qué cree usted que puedo hacer para que él no actúe de esa manera?"

Conteste las siguientes preguntas relacionadas con Lisa:

1. ¿Cuál sería una respuesta apropiada para la pregunta de Lisa?
2. Identifique el diagnóstico de enfermería prioritario psicosocial para Lisa.
3. ¿De qué debe asegurarse la enfermera que aprenda Lisa de esta experiencia?

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Sachs B., Hall L.A., Luttenbacher M., et al. (1999). Potencial para crianza abusiva por madres rurales con niños de bajo peso al nacimiento. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (1), 21-25.

Descripción del estudio. El propósito de este estudio es describir los factores que influyen en el potencial para criar de manera abusiva a los niños. La muestra en este estudio incluyó 48 madres de niños de bajo peso al nacimiento, de 18 a 39 años, todas viviendo en áreas rurales del estado, y con sus niños en el momento de la investigación. El promedio de tiempo de la hospitalización de los niños después del nacimiento fue de seis semanas, y la edad promedio del estudio fue de nueve meses. En las entrevistas a domicilio fueron conducidas con cuestionarios estructurados para valorar los factores de estrés de todos los días para las madres, los síntomas depresivos, apoyo social funcional, calidad de las relaciones de familia, y potencial de abuso en los niños.

Resultados del estudio. Según los cuestionarios utilizados para la evaluación, 54% de las madres indicaron un grado elevado de síntomas depresivos y 63% presentaron un alto potencial para el abuso físico de los niños. No fueron encontradas diferencias en los síntomas depresivos y el potencial para el abuso de niños por el peso al nacimiento, estado de salud del niño, o el tiempo desde que fueron dados de alta del hospital.

Las madres con potencial para lastimar a sus hijos mencionaron más situaciones de estrés y síntomas de depresión, menos apoyo social funcional, y funcionamiento familiar deficiente.

Debido a que en este estudio los factores de estrés diarios y los dos sistemas de apoyo social (apoyo social funcional y calidad de las relaciones familiares) fueron examinados como predictores de síntomas depresivos, sugiere que el estrés de todos los días ejerce un efecto directo e indirecto en el potencial de las madres para abusar de sus hijos. El factor de predicción más fuerte para este potencial fueron los síntomas de depresión.

Implicaciones para la práctica de enfermería. Los investigadores concluyeron que las madres rurales de niños de bajo peso al nacimiento están en riesgo de abusar en la crianza de sus hijos. Este estudio demostró los efectos adversos del estrés diario, recursos sociales escasos, y síntomas depresivos en las madres con potencial para el abuso. El personal de enfermería debe proporcionar la atención a la salud mental de las madres que viven aisladas en áreas rurales. Deben tener información disponible para estas madres en relación a los recursos de la comunidad que ofrecen apoyo social y ayuda para cuidar a sus pequeños; también, como parte del trabajo de enfermería, pueden establecer y conducir programas educativos para mejorar las habilidades de crianza y promover resultados más positivos en la salud de los niños.

REFERENCIAS

- American Medical Association (AMA). (2007). *Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence*. Retrieved March 31, 2007 from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/domesticviolence.pdf>
- American Nurses Association (ANA). (1998). *Culturally competent assessment for family violence*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Bensley, L., VanEenwyk, J., & Wynkoop, K.S. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (1), 38-44.
- Burgess, A. (2007). Rape violence. *Nurse.com CE Course 25*. Retrieved March 31, 2007 from <http://www.nurse.com/ce/syllabus.html?CCID=2809>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2005). *Intimate partner violence: Fact sheet*. Retrieved January 26, 2006 from <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm>
- Child Welfare Information Gateway (CWIG). (2006a). *What is Child Abuse and Neglect?* U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved March 31, 2007 from <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/whatisan.cfm>
- Child Welfare Information Gateway (CWIG). (2006b). *Recognizing Child Abuse and Neglect: Signs and Symptoms*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved March 31, 2007 from <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/signs/cfm>
- Cummings, J.L., & Mega, M.S. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Family Violence Law Center. (2003). *Why do women stay in violent relationships?* Retrieved April 1, 2007 from <http://www.fvlc.org>
- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow, S.D., Lochner, K., & Gupta, V. (1998). Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Social Science and Medicine*, 47 (1), 7–17.
- Lerner, M. (2005). *Adult manifestations of childhood sexual abuse*. New York: The American Academy of Experts in Traumatic Stress.
- McCormack, J. (2002, May). Sexual offenders' perceptions of their early interpersonal relationships: An attachment perspective. *Journal of Sex Research*, 39 (2), 85–93.
- Meskill, J., & Conner, M. (2003). *Understanding and dealing with domestic violence against women*. Retrieved March 31, 2007 from <http://www.oregoncounseling.org/>
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- National Coalition Against Domestic Violence. (2007). *What is battering?* Retrieved March 31, 2007 from http://www.ncadv.org/learn/TheProblem_100.html
- Reeves, C.R. (2003). *Childhood: It should not hurt*. Huntersville, NC: LTI Publishing.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scully, D. (1994). *Understanding sexual violence: A study of convicted rapists*. New York: Routledge.
- Siever, L.J. (2002, August). Neurobiology of impulsive-aggressive personality disordered patients. *Psychiatric Times*, 19 (8): Online.
- Tardiff, K.J. (2003). Violence. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- United States Bureau of Justice. (2007). *Intimate partner violence in the U.S.* Retrieved March 31, 2007 from <http://www.ojp.gov/bjs>
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS). (2005). *Child abuse*. Retrieved January 26, 2006 from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childabuse.html>
- World Health Organization (WHO). (2005). *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva, Switzerland: WHO.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Abrahamsen D. (1960). *The psychology of crime*. New York: John Wiley & Sons.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.

- Macdonald, J.M. (1971). *Rape: Offenders and their victims*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.



R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de abuso infantil en:

- <http://www.childwelfare.gov>
- <http://endabuse.org/>
- <http://www.child-abuse.com>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childabuse.html>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de asalto sexual en:

- <http://www.vaw.umn.edu/>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/rape.html>

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de violencia doméstica en:

- <http://www.ndvh.org/>
- <http://home.cybergrrl.com/dv/book/toc.html>
- <http://crisis-support.org/>
- <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/3242.html>

24

CAPÍTULO

ENVEJECIMIENTO

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

¿CÓMO ES ENVEJECER?

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

EL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO

INTERESES ESPECIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

cariño

sobrecarga de pérdida

teoría de liberación

geriátricos

gerontología

geropsiquiatría

“golpear a la abuelita”

“abandonar al abuelito”

memoria prolongada

Medicaid

Medicare

menopausia

osteoporosis

terapia de reminiscencia

temoria a corto plazo

OBJETIVOS

Al término del capítulo el estudiante será capaz de:

1. Discutir las perspectivas sociales sobre envejecimiento.
2. Describir un perfil epidemiológico de envejecimiento en Estados Unidos.
3. Reconocer varias teorías del envejecimiento.
4. Representar aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y sexuales del proceso normal de envejecimiento.
5. Debatir sobre la jubilación con un interés especial para el adulto mayor.
6. Explicar las perspectivas personales y sociológicas de la atención prolongada del adulto mayor.
7. Identificar el problema de abuso en este grupo de personas como ocurre en la sociedad actual.
8. Discutir las implicaciones para el creciente número de suicidios entre la población mayor.
9. Aplicar los pasos del proceso de enfermería a la atención de adultos mayores.

INTRODUCCIÓN

¿Cómo es envejecer? No parece ser algo que muchas personas en la cultura americana quieran hacer; sin embargo, la mayoría está de acuerdo que es “mejor que la alternativa”.

Roberts (1991) cuenta la siguiente historia de Oliver Wendell Holmes Jr., de la Suprema Corte de Justicia. Un año antes de su retiro, a la edad de 91 años, como el juez más viejo de la Suprema Corte de Justicia de Estados Unidos, Holmes y su amigo cercano, el juez Louis Brandeis, de apenas 74 años, fueron a una de sus frecuentes caminatas a Washington’s Capitol Hill. Ese día en particular, los jueces observaron a una joven muy atractiva aproximándose. Conforme ella pasaba, Holmes paró, miró, y le dijo a Brandeis: “¡Oh, ¡volver a tener 70!” Es obvio que ser anciano es relativo en cuanto a la experiencia de cada persona.

Envejecer no es popular en la cultura americana orientada hacia la juventud; sin embargo, con 66 millones de personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial, que llegarán a su cumpleaños 65 en el año 2030, está aumentando el énfasis en las necesidades de una población adulta mayor.

Las especialidades de **gerontología** (estudio del envejecimiento), **geriátricos** (el área de medicina clínica especializada en problemas de adultos mayores) y **geropsiquiatría** (la rama de la medicina clínica especializada en psicopatología de la población adulta mayor) crecen con rapidez en respuesta a esta predecible demanda.

El envejecimiento en una sociedad que está obsesionada con la juventud puede tener un impacto crítico en la salud mental de muchas personas, por lo que esta situación tiene serias implicaciones para la enfermería psiquiátrica.

¿Cómo es envejecer? Cada vez más personas pueden contestar esta pregunta conforme avanza el siglo xxi. Tal vez también tienen la misma duda que Roberts (1991): “¿cómo llegué aquí tan rápido?”

Este capítulo está enfocado en los cambios físicos y psicológicos con el proceso de envejecimiento, como también de manera especial en los intereses de la población de personas mayores, como jubilación, atención prolongada, abuso del adulto mayor, y aumento del índice de suicidios. El proceso de enfermería es presentado como el vehículo para brindar la atención especializada para individuos de este sector de la población.

¿CÓMO ES ENVEJECER?

El concepto de “anciano” ha cambiado de manera drástica con los años. Nuestros ancestros tal vez tenían una vida media de 40 años, con un promedio de vida de 18 años. Conforme avanzó la civilización, los índices de mortalidad permanecieron elevados como resultado de las hambrunas

periódicas y frecuente mala nutrición. No fue sino hasta mitad del siglo xvii que ocurrió una mejora evidente en el estándar de vida; a partir de entonces fue asegurado el abastecimiento de alimentos, cambios en la producción de los mismos, mejores condiciones de vivienda, y facilidades y progresos en medicina y sanidad que contribuyeron a que creciera la población, reducir los índices de mortalidad y aumentar de manera sustancial la longevidad.

En 1900, la expectativa promedio de vida en Estados Unidos era de 47 años, y sólo 4% de la población llegaba a los 65 o más años. Para 2004, la expectativa al nacimiento era de 75.2 años para los varones y 80.4 años para las mujeres (*National Center for Health Statistics [NCHS]*, 2006).

La oficina de censos de Estados Unidos creó un sistema de clasificación para los adultos mayores americanos:

- Mayor: 55 a 64 años.
- De más edad: 65 a 74 años.
- Edad avanzada: 75 a 84 años.
- Ancianos: 85 años o más.

Algunos gerontólogos prefieren utilizar un sistema de clasificación más sencillo:

- Adultos mayores menores: 60 a 74 años.
- Adultos mayores intermedios: 75 a 84 años.
- Adultos mayores longevos: 85 años en adelante.

Así que, ¿qué tan anciano es *anciano*? Es obvio que el término no puede definirse por un número, ya que existe gran cantidad de mitos y estereotipos sobre la edad avanzada y el proceso de envejecimiento. La idea general sobre los adultos mayores es que están enfermos, deprimidos, obsesionados con la muerte, seniles; que hay una incapacidad para cambiar la forma en la que son tratados; de hecho forman el patrón de envejecimiento de las personas que ellos creen.

Empiezan a satisfacer dichas profecías —las personas creen que deben comportarse de cierta manera y por lo tanto, actúan según esas creencias. Las suposiciones generalizadas pueden ser denigrantes e interferir con la calidad de vida para los adultos mayores.

Así como existen muchas diferencias en la adaptación individual en las etapas anteriores de desarrollo, sucede lo mismo en las personas cuando envejecen. Erikson (1963) sugiere que la persona mayor con buena salud mental tiene un sentido de la integridad del Yo y autoaceptación que le ayuda a adaptarse a las ambigüedades del futuro con una sensación de seguridad y optimismo. Murray y Zentner (2001) mencionan lo siguiente:

Después de completar las primera tareas [de desarrollo], la persona acepta la vida como propia y como la única vida para

sí mismo. No desea ninguna otra y defiende el significado y la dignidad del estilo de vida. Ha refinado las características de madurez descritas para el adulto de mediana edad, alcanzando la sabiduría y una perspectiva enriquecida sobre la vida y las personas (p. 800).

Cada uno, en particular las personas que trabajan en atención a la salud, debe ver a las personas de edad como individuos, cada uno con necesidades y capacidades específicas, y no como un grupo estereotipado. Algunos individuos parecen “viejos” a los 40, mientras que otros pueden parecer “viejos” a los 70. Las variables tales como la actitud, salud mental, salud física, y grado de dependencia influyen de manera importante en la percepción de una persona sobre sí misma. Con seguridad, en el análisis final, si piensa que es “viejo” debe ser como autodeterminación.

ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

La Población

En 1980, los americanos de 65 años de edad eran 25.5 millones; en 2004, este número aumentó a 36.4 millones, lo que representó 12.4% de la población (NCHS, 2006), y la expectativa es que esta tendencia continúe, con una proyección, para 2030, de 71.5 millones, o 20% de la población.

Estado Civil

En 2004, de los individuos de 65 años o más, 72% de los varones y 42% de las mujeres estaban casados (*Administration on Aging* [AoA], 2006). En determinado momento, menos del 5% de las personas de esta edad vive en instituciones. Este porcentaje aumenta de manera dramática con la edad, y va de 1.1% para personas de 65 a 74 años, a 4.7% para personas de 75 a 84 años, y 18.2% para personas de 85 o más años.

Colocación Residencial

En la figura 24-1 se ilustra la distribución de colocaciones residenciales.

Estado Económico

Alrededor de 3.6 millones de personas de 65 años o mayores estaban por debajo del nivel de pobreza en 2004 (AoA, 2006). Las mujeres mayores tienen mayor índice de pobreza que los varones mayores, y las mujeres hispanas que viven solas lo hacen en el índice de pobreza más bajo. Es posible que las personas pobres que trabajaron toda su vida, sean más pobres en la vejez, y otras llegan a estas condiciones hasta que envejecen. Sin embargo, existe un

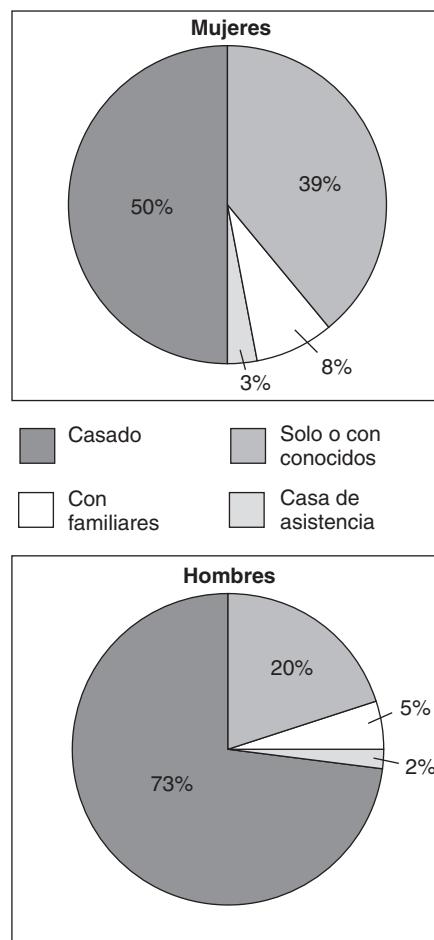


FIGURA 24-1 Colocación residencial para individuos de 65 años o más (NCHS, 2004).

número sustancial de personas mayores con afluencia económica y de medianos recursos que disfrutan una elevada calidad de vida.

De los individuos en este grupo de edad, 80% era dueño de sus casas en 2004 (AoA, 2006). Sin embargo, las residencias de esta población de americanos suelen ser viejas y menos adecuadas que las de personas más jóvenes; por lo tanto, un elevado porcentaje de sus ingresos lo deben gastar en mantenimiento y reparaciones.

Empleo

Con la aprobación de la *Age Discrimination in Employment Act* en 1967, en la práctica quedó eliminado el retiro forzoso en los trabajos. La evidencia sugiere que la participación en la actividad con un propósito es vital en el éxito para la adaptación y tal vez incluso para la sobrevivencia. Los individuos de 65 años o mayores constituyían 3.4% de la fuerza laboral en Estados Unidos en 2004 (AoA, 2006).

Estado de Salud

Conforme las personas envejecen es menor el número de días para las actividades usuales por enfermedad o lesiones. La Sociedad Geriátrica Americana (2005) informa que 82% de los individuos con 65 o más años presentan por lo menos una condición crónica, y dos tercios más de un problema de salud. De las enfermedades crónicas más frecuentes en la población de adultos mayores están la hipertensión, artritis, enfermedad cardiaca, sinusitis, y diabetes (AoA, 2006).

Las enfermedades emocionales y mentales aumentan en el ciclo de vida; la depresión es de particular prevalencia y el suicidio está aumentando de manera dramática con la edad.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO*

Existen varias teorías relacionadas con el proceso de envejecimiento, las cuales están agrupadas en dos amplias categorías: biológicas y psicosociales.

Teorías Biológicas

Las teorías biológicas intentan explicar el proceso físico del envejecimiento, incluso los cambios moleculares y celulares en los principales sistemas orgánicos, y la capacidad del cuerpo para funcionar de manera adecuada y resistir la enfermedad. También intentan explicar por qué la gente envejece de manera diferente y cuáles son los factores que afectan la longevidad y la capacidad del cuerpo para resistir las enfermedades.

Teoría Genética

Según la teoría genética, el envejecimiento es un proceso heredado de manera voluntaria que opera con el tiempo para alterar las estructuras celulares e hísticas. Esta teoría sugiere que el promedio de vida y los cambios de la longevidad están predeterminados. Stanley, Blair, y Beare, (2005) establecen lo siguiente:

Las teorías [genéticas] proponen que el proceso de replicación en las células se altera por información inapropiada proporcionada por el núcleo de la célula. La molécula de ADN se enlaza con otra sustancia que altera la información genética, lo que ocasiona errores en el nivel celular que a la larga causan insuficiencias en los órganos y sistemas (p. 12).

*Con autorización, adaptado de M. Stanley, K.A. Blair, & P.G. Beare. *Gerontological nursing: Promoting successful aging with older adults* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis, 2005, with permission.

La formación de radicales libres, colágeno y lipofuscina en el cuerpo envejecido, y aumento en la frecuencia de cáncer y trastornos autoinmunitarios, proporciona evidencia para esta teoría y la propuesta del error o mutación aparece en los niveles molecular y celular.

Teoría de Usar y Desgastar

Las propuestas de esta teoría proponen que el deterioro del cuerpo es con base en un esquema. Los radicales libres, que son productos de desecho del metabolismo, al acumularse causan daño a importantes estructuras biológicas. Estos radicales libres son moléculas con electrones impares que existen de manera normal en el cuerpo; pero también son producidas por radiación de ionización, ozono, y toxinas químicas. Según esta teoría, estos radicales causan daño al ADN, formándose los enlaces de colágena, y acumulándose los pigmentos de envejecimiento.

Teoría Ambiental

Según esta teoría, los factores en el ambiente (p. ej., carcinógenos ambientales, luz solar, traumatismos, e infecciones) provocan cambios en el proceso de envejecimiento. Aunque es conocido que estos factores aceleran el envejecimiento, el impacto del ambiente es secundario más que un factor primario. La ciencia está sólo en el inicio para entender de qué manera estos factores afectan el envejecimiento.

Teoría Inmunológica

Esta teoría describe una disminución relacionada con la edad del sistema inmunitario. Conforme las personas envejecen, disminuye la capacidad para defenderse contra organismos externos, lo que ocasiona susceptibilidad a las enfermedades como el cáncer y las infecciones. Además con la disminución de la función inmunitaria, ocurre una respuesta de defensa contra el mismo cuerpo; es decir, las enfermedades autoinmunitarias como artritis reumatoide y alergias a alimentos y agentes ambientales son desarrolladas.

Teoría Neuroendocrina

Ésta propone que el envejecimiento ocurre debido a una reducción de la secreción de ciertas hormonas que tienen impacto en las reacciones reguladas por el sistema nervioso, lo que es evidente en las glándulas hipófisis, tiroides, suprarrenales, y glándulas de reproducción. Aunque las investigaciones dan cierta credibilidad al reloj biológico que controla la fertilidad, todavía hay mucho que aprender del estudio del sistema neuroendocrino en relación con el proceso sistemático del envejecimiento que está controlado por un “reloj”.

Teorías Psicosociales

Las teorías psicosociales están enfocadas en los cambios sociales y psicológicos que acompañan la senectud, como opuesto a las implicaciones biológicas del deterioro anatómico. Han sido probadas varias teorías para describir cómo las actitudes y el comportamiento en las primeras fases de la vida afectan las reacciones de las personas durante la última etapa. Este trabajo es llamado proceso de “envejecimiento exitoso”.

Teoría de la Personalidad

Esta teoría señala los aspectos del crecimiento psicológico sin delinejar tareas o expectativas específicas para los adultos mayores. Murray y Zentner (2001) explican: “La evidencia apoya la hipótesis general de que las características de personalidad en la edad avanzada están muy correlacionadas con las primeras características de vida” (p. 802). En edades muy avanzadas, sin embargo, las personas muestran muchas semejanzas en ciertas características, tal vez debido a decadencias similares en las funciones biológicas y sociales.

En un estudio clásico de Reichard, Livson y Peterson (1962), las personalidades de hombres mayores fueron clasificadas en cinco categorías principales según los patrones de ajuste al envejecimiento. Según este estudio:

1. *Hombres maduros*: son aquellas personas bien equilibradas que mantienen estrechas relaciones personales. Aceptan tanto las fortalezas como debilidades de su edad, encuentran poco de que lamentarse sobre su jubilación y afrontan los problemas de manera relajada y agradable sin necesidad de asignar culpas.
2. *Personalidades “mecedora”*: presentes en personas pasivas-dependientes que son felices al apoyarse en otras personas para recibir ayuda, desentenderse y hacer caso omiso de casi todas las actividades de la vida.
3. *Hombres blindados*: tienen bien integrados mecanismos de defensa, que les sirven de protección. Son rígidos y estables, parecen silenciosos y con frecuencia están en actividad como una expresión de su continua independencia.
4. *Hombres enojados*: están amargados con respecto a su vida, ellos mismos y los demás. Es común que sean agresivos, suspicaces con otras personas, en especial las minorías y las mujeres. Con poca tolerancia a la ambigüedad o frustración, siempre han mostrado cierta inestabilidad en el trabajo y sus vidas personales, y en el momento presente son muy temerosos por la edad.
5. *Los que se odian a sí mismos*: son similares a los hombres enojados, excepto que casi toda su animosidad está dirigida a ellos mismos. Piensan de sí mismos como lamentables fracasos, y envejecer sólo los deprime aún más.

Los investigadores identifican a los individuos maduros, “mecedora” y blindados como categorías con características saludables de hombres equilibrados, y quienes concuerdan con las dos últimas categorías son los que tienen menos éxito en el envejecimiento. En todos los casos, la evidencia sugiere que las personalidades de los sujetos, aunque las distinguen criterios específicos de edad, no cambiaron de manera apreciable a lo largo de su vida adulta.

En un estudio más reciente de los rasgos de personalidad, Srivastava y colaboradores (2003) examinaron las “cinco grandes” dimensiones de los rasgos de personalidad en el tiempo de vida. Las edades variaron de 21 a 60 años. Los rasgos de personalidad estudiados incluyeron conciencia, amabilidad, neuroticismo, accesibilidad y extroversión. Encontraron que la conciencia (ser organizado y disciplinado) aumenta con la edad en los rangos estudiados, con mayores índices durante 20 años; la amabilidad (calidez, generosidad y atención) aumenta en las personas alrededor de los treinta; el neuroticismo (ser ansioso y de emociones inestables) disminuye con la edad en las mujeres, pero no en los varones; la accesibilidad (aceptar nuevas experiencias) disminuye con la edad tanto en varones como en mujeres; la extroversión (sociable, abierto e interesado en el ambiente) es menor en las mujeres pero no cambia en los varones. Este estudio contradice la visión que las características de la personalidad cambian de manera gradual pero sistemática a lo largo de la vida.

Teoría de Tareas del Desarrollo

Las tareas del desarrollo son las actividades y los desafíos que deben realizarse en etapas específicas en la vida para alcanzar una vejez exitosa. Erikson (1963) describió la tarea primaria de la senectud como ser capaz de ver la vida propia con integridad. Cuando no es lograda esa sensación de haber vivido bien, la persona mayor está en riesgo de experimentar sentimientos de recriminación o desesperación.

Teoría de Liberación

Esta propuesta describe el proceso de retirarse de los papeles sociales y responsabilidades. Según esta teoría, este proceso de emancipación es predecible, sistemático, inevitable, y necesario para el funcionamiento apropiado de una sociedad en crecimiento. Los adultos mayores son felices cuando disminuyen los contactos sociales y las responsabilidades son asumidas por generaciones más jóvenes. Es considerado que el beneficio para los adultos mayores es tener tiempo para reflexionar sobre los logros en su vida y reconciliarse con las expectativas no satisfechas. El beneficio para la sociedad es la transferencia de poder de los mayores a los jóvenes.

Hay muchos críticos de esta teoría y comentarios opuestos. Para muchos adultos mayores saludables y productivos, la perspectiva de disminuir el ritmo y tener menos responsabilidades es indeseable.

Teorías de Actividad

En oposición directa con la teoría anterior está la de actividad del envejecimiento, que considera que la forma de tener una vejez exitosa es permaneciendo activo. Existen muchos estudios que validan la relación positiva entre la interacción significativa con otras personas y el bienestar físico y mental.

Sadock y Sadock (2003) sugieren que la integración social es el primer factor en determinar la adaptación social al final de la vida. Esta integración social hace referencia a la forma en que el adulto mayor es incluido y toma parte en la vida y las actividades de la sociedad. Esta teoría sostiene que conservar las actividades es importante para la mayoría con la base de que obtiene satisfacción, autoestima y salud.

Teoría de Continuidad

Esta propuesta también es conocida como teoría del desarrollo, y es un seguimiento de las teorías de liberación y de actividad. Enfatiza las capacidades de enfrentamiento del individuo establecidas con anterioridad y los rasgos de carácter de la personalidad como base para predecir de qué manera una persona ajusta su vida a los cambios del envejecimiento. Las características del estilo de vida básico parecen permanecer estables en la edad avanzada, salvo las complicaciones físicas u otro tipo de situaciones que necesiten cambiar. Una persona que disfruta de la compañía de otras personas y tiene una vida social activa continúa disfrutando de esa forma de vida al envejecer; quien prefiere la soledad y sólo hace cierto número de actividades tal vez encuentre satisfacción en continuar de la misma manera.

El conservar la continuidad interna es motivado por la necesidad de preservación de la autoestima, la integridad del Yo, la función cognitiva, y el apoyo social. Conforme envejecen, las personas mantienen el concepto de sí mismos por reinterpretación de sus experiencias presentes en la medida que los antiguos valores adquieren nuevos significados al sostenerse en las actuales circunstancias. Los conceptos y creencias internos propios no son vulnerables a los cambios ambientales; y la continuidad externa de las habilidades, actividades, funciones, y relaciones pueden permanecer de manera notable hasta los 70 años. La enfermedad física o la muerte de los amigos y personas queridas pueden impedir la continuidad en las interacciones sociales (Sadock y Sadock, 2003).

EL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO

Aspectos Biológicos

Las personas son únicas en sus procesos físicos y psicológicos de envejecimiento, ya que están influenciados por su predisposición o resistencia a la enfermedad; los efectos de ambientes y comportamientos; exposición a traumatismos, infecciones y enfermedades pasadas; y las prácticas sanitarias y atención de la salud que han tenido a lo largo de sus vidas. Conforme envejece el individuo, tiene una pérdida cuantitativa de células y cambios en muchas de las actividades enzimáticas, lo que provoca reducción en las respuestas a las demandas biológicas del cuerpo. Los cambios relacionados con la edad ocurren de diferente forma para diferentes personas, aunque en la actualidad, cuando ya no hay crecimiento empieza el envejecimiento. Esta sección presenta una breve revisión de los cambios biológicos normales que ocurren con el proceso de envejecimiento.

Piel

Uno de los cambios más dramáticos presentes en el envejecimiento es la pérdida de elastina en la piel, al igual que los cambios en la colágena, lo que provoca arrugas y depresiones. La exposición excesiva al Sol complica estos cambios y aumenta el riesgo a desarrollar cáncer de piel.

La redistribución de la grasa ocasiona la pérdida del tejido adiposo subcutáneo, por lo que las personas mayores pierden el “aislamiento” y son más sensibles a los extremos de la temperatura ambiental que las personas más jóvenes (Stanley, Blair y Beare, 2005). Además la reducción en el número de vasos sanguíneos de la piel ocasiona que las lesiones tarden más en sanar.

Sistema Cardiovascular

Es creído que el deterioro del sistema cardiovascular relacionado con la edad es el principal determinante de la menor tolerancia al ejercicio, la pérdida de condicionamiento y la disminución en las reservas de energía. El envejecimiento del corazón está caracterizado por hipertrofia modesta con reducción de la elasticidad ventricular y disminución del gasto cardíaco (Sadock y Sadock, 2003; Murray y Zentner, 2001). Estos cambios provocan una disminución en la respuesta para resolver las demandas y por consiguiente disminuye el flujo sanguíneo al cerebro, riñones, hígado y músculos; también disminuye la frecuencia cardiaca. En caso de presentarse arterioesclerosis, el funcionamiento del corazón está aún más comprometido.

Sistema Respiratorio

Hay disminución de la expansión torácica porque aumenta el tejido fibroso y la pérdida de elastina; al mismo tiempo que disminuye la capacidad vital pulmonar, y la cantidad de aire residual. Las áreas dispersas de fibrosis en la pared alveolar interfieren con el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Fumar o inhalar otras sustancias aceleran estos cambios. Son reducidos los reflejos tisúgeno y laríngeo, por lo que la capacidad de proteger las vías respiratorias es menor; por otra parte, la restricción de flujo sanguíneo y la capacidad de difusión provocan ineficiencias para responder a las repentinas demandas respiratorias.

Sistema Musculoesquelético

El envejecimiento del esqueleto afecta huesos, músculos, ligamentos y tendones, que son tal vez las limitaciones más frecuentes en las actividades diarias que experimentan los adultos mayores. La pérdida de masa muscular es significativa, aunque esto ocurre con más lentitud en varones que en mujeres. La desmineralización de los huesos ocurre en 1% por año en el periodo de vida en ambos géneros. Sin embargo, esto aumenta alrededor de 10% en mujeres durante la **menopausia**, lo que las hace vulnerables a la **osteoporosis**.

Las fibras musculares individuales se hacen más delgadas y menos elásticas, pierden flexibilidad por la falta de uso. Puede observarse disminución en el almacenamiento de glucógeno de músculo, y hay pérdida en las reservas de energía por la falta de actividad; todos estos cambios los aceleran las deficiencias nutricionales y la inactividad.

Sistema Gastrointestinal

En la cavidad oral, la producción de dentina es reducida, hay encogimiento y fibrosis de la pulpa de la raíz, hay retracción de las encías, pérdida de la densidad ósea en los puentes alveolares. Hay cierta pérdida de peristalsis en el estómago e intestinos, y disminuye la producción de ácido gástrico, además del factor intrínseco, lo que provoca menor absorción de vitamina B₁₂ en algunos individuos. La significativa reducción de la superficie de absorción del intestino delgado puede relacionarse con las deficiencias de absorción de nutrientes, que además del retraso en la movilidad del intestino grueso, malos hábitos de alimentación, deshidratación, falta de ejercicio, y algunos medicamentos, provocan problemas de constipación.

Puede observarse una ligera disminución en el tamaño y peso del hígado por las alteraciones en la actividad enzimática, requerida para degradar ciertos medicamentos, estos cambios influyen en el metabolismo y la excreción

de los mismos. Estos trastornos junto con la farmacocinética del fármaco, deben considerarse al administrar sustancias a adultos mayores.

Sistema Endocrino

La reducida concentración de las hormonas tiroideas provoca disminución del índice metabólico basal. La disminución de la hormona adrenocorticotrópica puede disminuir la respuesta eficiente al estrés.

Las alteraciones en la tolerancia a la glucosa son evidentes en adultos mayores (Pietraniec-Shannon, 2003). Las pruebas de glucosa muestran que las concentraciones de insulina son equivalentes a o un poco más elevadas que las pruebas en individuos más jóvenes, aunque la resistencia periférica a la insulina parece ser importante en la intolerancia a los carbohidratos. Las anomalías de la eliminación de glucosa observadas y la resistencia a la insulina en personas mayores puede relacionarse con muchos factores aparte del envejecimiento biológico (p. ej., obesidad, historia familiar de diabetes) y puede estar influenciado de manera importante por la dieta y el ejercicio.

Sistema Genitourinario

Los trastornos relacionados con la edad en el funcionamiento renal aparecen por desgaste gradual de las nefronas y esclerosis en los glomérulos (Stanley, Blair y Beare, 2005). Los cambios vasculares afectan el flujo sanguíneo a los riñones y reducen la filtración glomerular y la función tubular (Murray y Zentner, 2001). Las personas mayores están predispuestas a desarrollar el síndrome de inapropiada secreción de hormona antidiurética, y concentraciones de nitrógeno urélico y creatinina en sangre pueden elevarse un poco. El deterioro en la función renal tiene serias implicaciones para las prescripciones médicas en las personas mayores.

En varones, es común el agrandamiento de la próstata, esta hipertrofia está relacionada con retención urinaria y también puede causar incontinencia (Beers y Jones, 2004). La pérdida del control del músculo y esfínter, así como el uso de medicamentos, puede provocar incontinencia en mujeres; que además de ser un problema que provoca estigma social, en caso de no tratarse aumenta el riesgo de infecciones de aparato urinario e irritación de la piel local. Los cambios normales en los genitales son discutidos en la sección “Aspectos sexuales del envejecimiento”.

Sistema Inmunitario

El envejecimiento provoca cambios tanto en las respuestas inmunitarias reguladas por células como en las que son

reguladas por anticuerpos. Disminuye el tamaño del timo de manera continua justo después de la pubertad alrededor del 15% de su tamaño original a la edad de 50 años. Las consecuencias de estos cambios incluyen una mayor susceptibilidad a las infecciones y limitada respuesta inflamatoria que a su vez retrasa la curación. También existe evidencia de aumento en varios autoanticuerpos (p. ej., factor reumatoide) lo que acrecienta el riesgo de trastornos autoinmunitarios (Beers y Jones, 2004).

Sistema Nervioso

Al ir envejeciendo, puede observarse una pérdida absoluta de neuronas, que está correlacionada con disminuciones de peso en alrededor de 10% a los 90 años (Murray y Zentner, 2001). El examen macroscópico morfológico revela atrofia gyral en los lóbulos frontal, temporales, y parietales; ampliación de los surcos; y agrandamiento de los ventrículos. Sin embargo, es necesario recordar que estos cambios son identificados en un cuidadoso estudio de adultos normales con función intelectual normal.

El cerebro tiene una enorme reserva, y pierde poca función cerebral con el tiempo, aunque el deterioro funcional más importante es evidente en la periferia (Stanley, Blair y Beare, 2005). Parece haber una mayor pérdida en mayor proporción de células en el cerebelo, *locus ceruleus*, sustancia nigra, y bulbos olfatorios, que representan algunas de las principales características de los comportamientos del envejecimiento como alteraciones leves en la marcha, trastornos en el sueño y disminución en la percepción del olfato y el gusto.

Algunos de los cambios relacionados con la edad dentro del sistema nervioso son consecuencia de alteraciones en la liberación, captación, cambio, catabolismo o funcionamiento de los receptores de neurotransmisores (Beers y Jones, 2004). Se le está dando mucha atención a la bioquímica del cerebro y en particular a los neurotransmisores acetilcolina, dopamina, norepinefrina, y epinefrina. Estos cambios bioquímicos son causantes de las respuestas alteradas de muchas personas mayores a eventos estresantes y a algunos tratamientos biológicos.

Sistemas Sensoriales

Visión

La agudeza visual empieza a decrecer en la vida media. La presbiopía (visión borrosa) es el marcador estándar del envejecimiento de los ojos; causada por pérdida de elasticidad de los cristalinos, y ocasiona espacios comprometidos.

El desarrollo de las cataratas es inevitable si el individuo vive lo suficiente para que ocurran los cambios. Las

cataratas aparecen cuando los lentes del ojo se vuelven menos elásticos (por la compresión de las fibras) y se vuelven muy opacas (conforme las proteínas van agrupándose), por último ocurre la pérdida de agudeza visual.

El color en el iris puede palidecer, y la pupila adquiere una forma irregular; disminuye la producción de secreciones de las glándulas lacrimal ocasionando resequedad y aumenta la irritación e infecciones. La pupila hace un mayor esfuerzo, por lo que necesita más luz para poder leer.

Audición

Los cambios en la audición llegan de manera significativa con el envejecimiento, es decir, de forma gradual hay pérdida de la sensibilidad del oído para distinguir sonidos debido al daño en las vellosidades de la cóclea. El deterioro más dramático es visible en la percepción de los sonidos de alta frecuencia.

Aunque la pérdida de la audición es importante en todos los adultos mayores, lo es aún más en los varones, ya que ellos pierden dos veces más la capacidad auditiva que las mujeres (Murray y Zentner, 2001).

Gusto y Olfato

También disminuye la capacidad de percepción de estos dos sentidos; en el caso del sentido del gusto, predomina el sabor amargo, la pérdida es de la sensibilidad para los sabores dulce y salado.

Tacto y Dolor

Los receptores de los nervios sensoriales organizados en la piel decrecen de manera continua, por consiguiente sucede lo mismo con el sentido del tacto (Pietraniec-Shannon, 2003). La capacidad de sentir dolor también declina en respuesta a estos cambios, junto con la capacidad de percibir e interpretar los cambios de los estímulos dolorosos. Estos cambios tienen implicaciones críticas para los ancianos ya que pierden la capacidad de sentir las advertencias sensoriales para evitar lesionarse de gravedad.

Aspectos Psicológicos del Envejecimiento

Funcionamiento de la Memoria

Las deficiencias en la memoria son mencionadas de manera extensa en la literatura, aunque la **memoria a corto plazo** parece deteriorarse con la edad, tal vez debido a estrategias deficientes de clasificación, la **memoria prolongada** no muestra los mismos cambios. Sin embargo,

en casi todos los casos, las personas activas mentalmente no muestran la misma depreciación en el funcionamiento de la memoria que personas de la misma edad que no tuvieron oportunidades similares para adiestrar sus mentes. No obstante, con pocas excepciones, el tiempo necesario para explorar la memoria es más prolongado para la memoria reciente y remota entre los adultos mayores. Esto algunas veces es atribuible a factores sociales o de salud (p. ej., estrés, fatiga, enfermedad), pero también pueden ser por ciertos cambios físicos normales relacionados con el envejecimiento (p. ej., disminución del flujo sanguíneo al cerebro).

Funcionamiento Intelectual

Parece presentarse en un alto grado de regularidad en el funcionamiento intelectual a lo largo de la vida adulta; es decir, las habilidades de integración (cristalizadas), o el conocimiento adquirido en el curso del proceso de socialización, tienden a permanecer estables en la vida adulta. Las habilidades de razonamiento abstracto (fluidas) o para resolver problemas nuevos, tienden a disminuir de manera gradual conforme avanza el envejecimiento. En otras palabras, las capacidades intelectuales de los adultos mayores no decrecen por volverse obsoletas, y la edad de sus experiencias educativas formales aparece reflejada en su calificación de inteligencia.

Capacidad de Aprendizaje

La capacidad de aprender no sufre deterioro con la edad. No obstante, existen estudios que demuestran que algunos aspectos de esta capacidad sí cambian con la edad. La velocidad ordinaria de tiempo de reacción en el envejecimiento en casi todas las tareas o la sobreexcitación del sistema nervioso central puede representar menores niveles de rendimiento en las pruebas que requieren respuestas rápidas. En condiciones que permiten avanzar al propio ritmo del participante, disminuyen las diferencias en la exactitud del rendimiento. La capacidad de aprendizaje continúa a lo largo de la vida, aunque está muy influenciada por intereses, actividad, motivación, salud, y experiencia; no obstante, son necesarios ajustes en la metodología de enseñanza y tiempo para el aprendizaje.

Adaptación a las Tareas de Envejecimiento

Pérdida y Duelo

Los individuos que experimentan pérdidas desde el principio de su vida, para cuando llegan a los 60 y 70 años de edad, las pérdidas son numerosas, y el duelo prosigue a lo largo de la vida. Por desgracia, cuando el proceso de envejecimiento converge con el de las pérdidas, llega un momento en que es imposible para el adulto mayor completar el

proceso de duelo en respuesta a cada una de las pérdidas antes de que suceda la siguiente. Debido a que el duelo es acumulativo, puede provocar **sobrecarga de pérdidas**, lo que implica predisposición a la depresión en la vejez.

Cariño a otras Personas

Muchos estudios confirman la importancia de las relaciones interpersonales en las últimas etapas del ciclo de vida. Murray y Zentner (2001) comentan al respecto:

[Los nexos sociales] contribuyen al bienestar de los adultos mayores al promover la socialización y compañía, eleva la moral y proporciona satisfacción, se amortiguan los efectos de eventos estresantes, brindan confianza, además de facilitar y aumentar las destrezas de enfrentamiento (p. 756).

Esta necesidad de **afecto** es consistente con la teoría de actividad del envejecimiento correlacionada con la importancia de integración social con la adaptación exitosa al final de la vida.

Conservación de la Autoidentidad

El concepto e imagen de sí mismo parecen permanecer estables con el tiempo. Los factores que favorecen buenos ajustes psicosociales en la edad avanzada están en las relaciones familiares, madurez de las defensas del Yo, ausencia de alcoholismo, y de trastorno depresivo (Vaillant, 2003). Hay investigaciones que muestran que los adultos mayores tienen una fuerte necesidad y notoria capacidad de conservar un concepto persistente de sí mismo para enfrentar los muchos cambios que contribuyen a la inestabilidad al final de la vida.

Enfrentar la Muerte

La ansiedad de morir entre las personas mayores en apariencia es más un mito que una realidad. Las investigaciones realizadas no apoyan la perspectiva negativa de la muerte como un factor psicológico predominante en el proceso de envejecimiento.

Varios investigadores que trabajan con personas agonizantes mencionan que no es la muerte misma, sino el abandono, el dolor y la confusión lo que temen; y la mayoría desea tener a alguien con quien hablar, para comentar que el significado de su vida no acaba con su muerte (Kübler-Ross, 1969; Murray y Zentner, 2001).

Trastornos Psiquiátricos en Edad Avanzada

Un tiempo de especial riesgo para las angustias emocionales lo constituyen los últimos años. Sadock y Sadock (2003) explican:

Varios factores de riesgo psicosocial predisponen a las personas mayores a trastornos mentales. Estos factores incluyen la

pérdida de papeles sociales, pérdida de autonomía, la muerte de amigos y parientes, deterioro de la salud, mayor aislamiento, limitaciones financieras, y disminución del funcionamiento cognitivo (p. 1320).

Los trastornos de demencia son las causas más comunes de psicopatología en los adultos mayores (Sadock y Sadock, 2003). Alrededor de la mitad de estos trastornos son de tipo Alzheimer, caracterizado por un inicio insidioso y un curso progresivo y gradual de la alteración cognitiva. No existe tratamiento curativo disponible en la actualidad. Los tratamientos sintomáticos, incluso las intervenciones farmacológicas, atención del ambiente, y apoyo familiar, pueden ayudar a maximizar el nivel de funcionamiento del paciente.

El delirio es una de las más comunes e importantes formas de psicopatología a finales de la vida. Existen varios factores que predisponen a este grupo de personas al delirio, incluso enfermedad estructural cerebral, capacidad reducida para la regulación homeostática, trastornos en la visión y audición, aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, resistencia reducida al estrés agudo, y cambios relacionados con la edad en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. Es necesario reconocer el delirio y la condición subyacente para ser tratadas lo antes posible. La elevada mortalidad está relacionada con esta condición.

Los trastornos depresivos son los trastornos del ánimo más comunes que aparecen después de la edad mediana. La incidencia de la depresión es mayor entre las personas de edad avanzada y está influenciada por las variables de enfermedades físicas, discapacidad funcional, alteración cognitiva, y la pérdida de la pareja (Stanley, Blair y Beare, 2005).

Son frecuentes los síntomas hipocondriacos en las personas deprimidas, y con frecuencia la sintomatología tiene semejanza a la demencia, por lo que es conocida como seudodemencia. (Ver el cuadro 13-1 para una comparación de los síntomas de demencia y seudodemencia.) El suicidio tiene mayor prevalencia entre las personas de edad, situación en la cual son considerados factores importantes de influencia, el deterioro de la salud y el limitado estatus económico. El tratamiento de la depresión en estos individuos es mediante medicamentos psicotrópicos o terapia electroconvulsiva.

La esquizofrenia y los trastornos delirantes pueden continuar en la edad adulta o manifestarse en los primeros tiempos de la senectud (Blazer, 2003). En el mayor número de los casos, los individuos que manifestaron alteraciones psicóticas al principio de su vida presentan desgaste en la psicopatología conforme envejecen. La esquizofrenia de inicio tardío (después de los 60) no es común, pero cuando ocurre, la caracterizan delirios o alucinaciones de naturaleza persecutoria. El curso es crónico, y es tratada con neurolépticos y psicoterapia de apoyo.

En general, los trastornos de ansiedad inician en la juventud o en la edad mediana, pero algunos aparecen cerca de los 60 años. Sadock y Sadock (2003) establecen:

La fragilidad del sistema nervioso central en personas mayores puede representar el principal factor de estrés para el desarrollo de ansiedad. Debido a la concurrencia de discapacidades físicas, los ancianos reaccionan con mayor gravedad a trastorno de estrés postraumático que los individuos más jóvenes. (p. 1325).

Es común que adultos mayores presenten síntomas de ansiedad y depresión de manera concurrente, lo que dificulta determinar cuál es el trastorno predominante. Los trastornos de personalidad no son poco comunes en esta población; la incidencia de estas alteraciones en mayores de 65 años es menor del 5%. La mayoría de los adultos mayores con trastornos de personalidad presenta la sintomatología por muchos años.

También son frecuentes los trastornos del sueño; afectan a 50% de las personas de 65 años que viven en casa, y 66% de quienes viven en instituciones de atención prolongada (Stanley, Blair y Beare, 2005). Algunas causas comunes de los problemas para dormir incluyen deterioros dependientes de la edad (“deterioro del sueño”); aumenta la prevalencia de apnea del sueño; depresión; demencia; ansiedad; dolor; trastornos en la movilidad; medicamentos y factores psicosociales como la soledad, inactividad y aburrimiento. Estos problemas son tratados con sedantes hipnóticos y otros abordajes no farmacológicos; deben tenerse en cuenta los cambios relacionados con el metabolismo y la eliminación cuando sean administrados para insomnio crónico en pacientes mayores.

Aspectos Socioculturales del Envejecimiento

La edad avanzada trae consigo muchos cambios sociales importantes, algunos de los cuales tienen el potencial negativo tanto en el bienestar físico como mental en las personas. En la sociedad americana, la vejez es definida de manera arbitraria a los 65 años o más, debido a que es la edad de jubilación de las personas con seguro social y otros beneficios de pensión. La legislación reciente aumentó los beneficios anuales hasta 2027, cuando la edad para recibir todos los beneficios sea de 67 años para todos los individuos.

Los adultos mayores en casi todas las culturas comparten ciertas necesidades básicas e intereses. Existen pocas dudas de que la mayoría elige vivir de la manera más satisfactoria posible hasta su muerte. Quieren protección de riesgos y ser liberados de las tareas diarias; quieren ser tratados con respeto y la dignidad que merecen todos los individuos que han llegado al pináculo de su vida; y quieren morir con el mismo respeto y dignidad.

Desde el inicio de la cultura, la edad ha tenido un estatus especial en la sociedad. Incluso ahora, en algunas culturas las personas de edad son las más poderosas, las más comprometidas y los miembros más respetados de la sociedad. Lo que no es el caso en las sociedades industriales modernas, aunque las tendencias del estado de los adultos mayores difieren mucho entre un país industrializado y otro. Por ejemplo, el estatus e integración de los mayores en Japón permanecen en alta estima cuando son comparados con otras naciones industrializadas, como Estados Unidos. Existen subculturas en este país; sin embargo, en las cuales los ancianos tienen los recursos y un alto grado de estatus que reciben en la corriente principal de la población. Los ejemplos incluyen los latinoamericanos, americanos asiáticos, y personas de raza negra.

Las personas de edad avanzada conservan una posición de honor en culturas que le dan énfasis en la unión familiar. En estas culturas, los adultos mayores son reverenciados por sus conocimientos y sabiduría alcanzados a través de los años de experiencia (Giger y Davidhizar, 2004).

Muchos estereotipos negativos matizan la perspectiva del envejecimiento en Estados Unidos; es decir, las ideas de que los mayores son personas que siempre están cansados, enfermos, que son lentos y olvidadizos, aislados, solitarios, improductivos y enojados, determinan la forma de relación de los jóvenes con este grupo de personas en esta sociedad.

La creciente falta de respeto hacia los ancianos provoca una forma de segregación, conforme los individuos envejecen de manera voluntaria buscan refugio o son colocados de manera involuntaria en residencias especiales para personas retiradas.

El empleo es otra área en la cual las personas de edad experimentan discriminación. Aunque quedó eliminada la jubilación obligatoria, la exclusión todavía existe en las contrataciones y las prácticas de promoción. Muchos empleadores no están ansiosos por contratar trabajadores mayores. Es difícil determinar qué tanto de los fracasos por contratar o promover resultan de la discriminación con base en la edad por sí sola y qué tanto está relacionada con una apreciación realista y justa de la capacidad de los ancianos y su eficiencia. Es cierto que algunos adultos mayores no son capaces de hacer el trabajo tan bien como un joven; sin embargo, existen muchos que pueden hacerlo *mejor* que sus contrapartes más jóvenes si se les da la oportunidad. No obstante, las investigaciones demuestran que algunos empleadores aceptan los estereotipos negativos sobre la vejez y creen que los trabajadores mayores son difíciles de complacer, amoldarse a sus modos, son menos productivos, faltan con frecuencia, y tienen más accidentes.

El estatus de los adultos mayores puede mejorar con el tiempo, y conforme la población actual envejezca tendrán

mayor poder político, los beneficios y privilegios designados a este grupo de edad van a incrementarse.

Aspectos Sexuales del Envejecimiento

La sexualidad y las necesidades sexuales de las personas mayores con frecuencia son malentendidas, condenadas, estereotipadas, ridiculizadas, reprimidas, e ignoradas.

Los norteamericanos crecen en una sociedad que ha liberado la expresión sexual para todos los otros grupos de edad, pero todavía conservan ciertos estándares victorianos con respecto a la expresión sexual en los ancianos. Las nociones estereotipadas negativas en relación al interés y actividad sexuales son comunes, algunas de éstas es que estas personas no tienen interés o deseos sexuales; que son indeseables en este aspecto; o que son demasiado frágiles o están demasiado enfermos para tener actividad sexual. Algunas personas creen que es desagradable o cómico considerar a los adultos mayores como seres sexuales.

Estos estereotipos de manera indudable juegan un papel importante en las percepciones equivocadas de muchas personas sobre la sexualidad en los individuos de edad avanzada, y pueden reforzarse por la tendencia común de los jóvenes a negar la inevitabilidad del envejecimiento. Con razonable buena salud y una pareja interesante e interesada, no existen razones coherentes por las que las personas no disfruten una vida sexual activa hasta la adultez tardía (Altman y Hanfling, 2003).

Cambios Físicos Relacionados con la Sexualidad

Muchos de los cambios en la sexualidad ocurren en los últimos años, relacionados con las transformaciones que tienen lugar en esos momentos de la vida.

Cambios en las Mujeres

La menopausia empieza en cualquier momento durante los 40 o principios de los 50. Durante ese tiempo, hay un gradual deterioro en el funcionamiento de los ovarios y la subsecuente producción de estrógeno, lo que ocasiona numerosos cambios. Hay adelgazamiento de las paredes de la vagina, pierden elasticidad, la vagina misma pierde amplitud y longitud, y disminuye la lubricación vaginal de manera notable. Las contracciones orgásmicas pueden volverse espásticas. Todos estos cambios pueden ocasionar penetración dolorosa, ardor vaginal, dolor pélvico, o irritación al orinar; en algunas mujeres puede ser lo bastante grave como para evitar las relaciones sexuales. De manera extraña, estos síntomas parecen presentarse con relaciones poco frecuentes de una vez al mes o menos, es decir, la actividad sexual regular y frecuente provocan mayor capacidad de rendimiento sexual (King, 2005). Otros síntomas relacionados con la menopausia en algu-

nas mujeres incluyen las sensaciones de calor (bochornos), sudoraciones nocturnas, somnolencia, irritabilidad, cambios de ánimo, migrañas y dolores de cabeza, incontinencia urinaria, y aumento de peso.

Algunas mujeres menopáusicas eligen tomar terapia de restitución hormonal para aliviar los cambios y los síntomas. Con terapia de estrógenos, los síntomas de la menopausia decrecen o no aparecen en lo absoluto. Sin embargo, otras prefieren no iniciar la restitución debido al aumento de riesgo de cáncer mamario, y cuando es administrado sólo el tratamiento, también aumenta el riesgo de cáncer endometrial.

Para combatir este efecto, debe ingerirse una segunda hormona: progesterona, tomada durante siete a 10 días en el mes; esta hormona disminuye el riesgo de cáncer endometrial. Algunos médicos prescriben una baja dosis de progesterona además del estrógeno durante todo el mes. También está disponible una píldora de combinación para administrarse de esta manera.

Los resultados de *Women's Health Initiative* (WHI), como están presentes en *Journal of the American Medical Association*, indican que la píldora combinada tiene relación con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer de mama (Rossouw y col, 2002). Son mencionados como beneficios en relación a cáncer de colon y osteoporosis; sin embargo, fueron detenidas las investigaciones en esta área y sugirieron descontinuar este tipo de tratamiento.

Cambios en los Varones

La producción de testosterona disminuye de manera gradual con los años, e inicia entre los 40 y 60. Una transformación importante de esta reducción hormonal es que las erecciones son más lentas y requieren de más estimulación directa; también hay una ligera disminución en la firmeza de la erección en hombres de más de 60 años. El periodo refractario también aumenta, o sea, es necesario más tiempo después del orgasmo antes de que el individuo tenga otra erección. Disminuye el volumen de eyaculado de manera gradual, y la fuerza de eyaculación. Los testículos empequeñecen un poco, pero la mayoría continúa produciendo espermatozoides viables. El control prolongado en la eyaculación en hombres de mediana edad y mayores puede proporcionar satisfacción sexual en ambos miembros de la pareja.

Comportamiento Sexual en Adultos Mayores

La frecuencia coital al principio del matrimonio y la cantidad de actividad sexual entre los 20 y 40 está correlacionada de manera significativa con los patrones de frecuencia de la actividad sexual durante el envejecimiento (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Aunque el interés y el comportamiento sexuales parecen declinar un poco con la edad, existen estudios que muestran que un número significativo de varones y mujeres mayores tienen vidas sexuales activas satisfactorias hasta los 80.

Una investigación comisionada por la *American Association of Retired Persons* (AARP) proporcionó información relevante en relación a las actitudes y comportamientos sexuales de ciudadanos mayores (algunas estadísticas de la investigación están resumidas en el cuadro 24-1). La información de esta investigación indica con claridad que la actividad sexual puede y continúa después de los 70 años en individuos saludables y activos que tienen oportunidades regulares para la expresión sexual. King (2005) explica: “Para hombres y mujeres sanos con parejas saludables, la actividad sexual tal vez continúe durante toda la vida si tuvieron una actitud positiva sobre el sexo cuando eran jóvenes”.

INTERESES ESPECIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

Jubilación

Las estadísticas reflejan que un gran porcentaje de norteamericanos de ambos sexos viven más tiempo y que muchos de ellos deciden jubilarse muy pronto. Con frecuencia las razones para el creciente patrón de jubilación temprana incluyen problemas de salud, seguridad social y otros beneficios de pensión, atractivos paquetes de “salida temprana” ofrecidos por las compañías, y planes de apoyo prolongado (p. ej., convertir un pasatiempo en una actividad productiva económica).

Incluso con la eliminación de la edad para la jubilación obligatoria y la posibilidad de retrasar la edad de elección para los beneficios de seguridad social de los 65 a 67 años, para el año 2027 no es esperado un efecto significativo más temprano en la tendencia hacia la jubilación.

Sadock y Sadock (2003) informan que de aquellas personas retiradas de manera voluntaria, muchas regresan a la fuerza laboral en dos años. Las razones que tienen son las reacciones negativas de estar retirado, sentimientos de ser improductivo, dificultades económicas, y soledad.

Alrededor de 5 millones de norteamericanos mayores estaban en la fuerza laboral (trabajando o buscando trabajo de manera activa) en 2004; lo que representa 2.8 millones de varones y 2.2 millones de mujeres, y constituye 3.4% de la fuerza laboral en Estados Unidos (AoA, 2006).

La jubilación tiene implicaciones tanto sociales como económicas para todos los individuos. La situación está “cargada” de mucha ambigüedad y son requeridas muchas adaptaciones por parte de los involucrados.

CUADRO 24 – 1 Sexualidad en la Vida Media y más Allá: 2004 Actualización de Actitudes y Conducta

	Edades	Hombres (%)	Mujeres (%)	Ambos (%)
Tiene relaciones sexuales al menos una vez a la semana	45-59			~50
	60-74	30	24	
Reporta mucha satisfacción con las relaciones físicas	Todas	65	57	
Muy satisfecho con la relación emocional	Todas	69	63	
Reporta que la actividad sexual es importante para su calidad de vida	Todas	65	34	
Crean que el sexo no marital está bien	<60	75	70	
	60-69	74	59	
	≥70	63	50	
Describe a sus compañeros como físicamente atractivos	45-49	56	59	
	50-59	62	52	
	60-69	58	46	
	≥70	53	49	
Reporta que siempre o usualmente ha tenido un orgasmo con su relación sexual	45-49	92	84	
	50-59	96	71	
	60-69	91	63	
	≥70	85	55	
Reporta impotencia	45-49	2		
	50-59	6		
	60-69	11		
	≥70	32		
Reporta haber buscado tratamiento con un profesional para un problema sexual	Todas	27	10	
Reporta haber consumido medicamentos, hormonas u otros tratamientos para reforzar la función sexual	45-49	16	5	
	50-59	20	9	
	60-69	26	9	
	≥70	25	3	
¿Qué podría mejorar más su vida sexual?	45-59			Menos estrés; más tiempo libre; resolver asuntos de pareja.
	≥60			Mejor salud para uno mismo/para la pareja; encontrar una pareja.

Fuente: De American Association of Retired Persons (AARP), 2005.

Implicaciones Sociales

Con frecuencia el retiro es anticipado como un logro en principio, pero encuentra gran ambigüedad cuando ocurre en realidad. Nuestra sociedad le da mucha importancia a la productividad, haciendo la mayor cantidad de dinero posible, y mientras más joven mejor. Este tipo de valores contribuye a la ambigüedad relacionada con la jubilación. Aunque el tiempo libre es reconocido como una recompensa legítima para los trabajadores, este mismo tiempo libre durante el retiro de manera histórica carece del mismo valor social. Los ajustes a este evento en el ciclo de vida son cada vez más difíciles para enfrentar los valores sociales que están en conflicto directo con el nuevo estilo de vida.

Desde la perspectiva histórica, muchas mujeres derivan gran parte de su autoestima en sus familias —dar a luz, criar a sus hijos, y ser una “buena madre”. Por otra parte, muchos varones mantienen su autoestima a través de las actividades relacionadas con el trabajo —creatividad, pro-

ductividad, y ganar dinero. Con la terminación de estas actividades pueden sentir que pierden su propia valía, lo que provoca depresión en algunas personas que son incapaces de adaptarse de manera satisfactoria.

Murray y Zentner (2001) enlistan cuatro tareas de desarrollo relacionadas con adaptación exitosa durante el retiro:

- Permanecer de manera activa involucrado y tener un sentido de pertenencia no relacionada con el trabajo.
- Reevaluar la satisfacción en la vida relacionada con la familia y las relaciones sociales y la vida espiritual más que el trabajo.
- Reevaluar la visión del mundo, mantener una perspectiva del mundo que sea coherente y significativa y una visión del mundo propio que sea significativa también.
- Conservar un sentido de salud, mentalidad de integración y del propio cuerpo para evitar las quejas o enfermedades cuando ya no se está enfocado en el trabajo (p. 811).

La sociedad norteamericana con frecuencia identifica a los individuos por su ocupación, lo que es reflejado en la conversación de las personas en un primer encuentro; de manera indudable, casi todos preguntan o les preguntan “¿a qué se dedica?” o “¿en qué trabaja?”. La ocupación determina el estatus, y la jubilación representa un cambio significativo en dicho estatus. La ambigüedad básica del retiro está en el individuo o en la definición de la sociedad de este cambio. ¿Es asumido de manera voluntaria o involuntaria?, ¿es deseable o no?, ¿el estatus de una persona mejora o empeora con el cambio?

Al investigar las tendencias de las dos pasadas décadas, puede decirse que la jubilación ha cambiado y será más aceptada por la sociedad estándar. Con un creciente número de individuos retirados más temprano y que viven más tiempo, habrá más gente que pasará un tiempo significativo como jubilada. En la actualidad, esta situación de vida pasa a ser una expectativa institucionalizada y parece ser aceptada como un estatus social.

Implicaciones Económicas

Debido a que la jubilación en general está relacionada con 20 a 40% de la reducción de los ingresos personales, el estándar de vida posterior puede verse afectado de manera adversa. La mayoría de los adultos mayores deriva sus ingresos posteriores al retiro de una combinación de beneficios de seguridad social, pensiones públicas y privadas, y de ingresos de ahorros o inversiones.

En 2004, los ingresos medios en hogares con familias encabezadas por personas de 65 años o más eran de \$35 825.00 y 3.6 millones de personas mayores están por debajo del nivel de pobreza (AoA, 2006). El índice de quienes viven en la pobreza es mayor entre las mujeres que en los varones, y más elevado entre personas de raza negra y latinoamericanos que entre blancos.

El Acta de Seguridad Social de 1935 prometió ayuda con seguridad financiera para los adultos mayores. Desde entonces, la legislación original fue modificada, pero la filosofía permanece intacta. Su efectividad, sin embargo, es cuestionada.

Enfrentado con los déficits, el programa está forzado a pagar beneficios a quienes están retirados tanto de los fondos de reserva como sumas de dinero recolectadas en el presente. Existe un genuino interés sobre las futuras generaciones, para las que no hay fondos de reserva a los cuales recurrir. Debido a que muchos programas que benefician a los adultos mayores dependen de las contribuciones de la población joven, la creciente proporción de americanos mayores con respecto a los jóvenes puede afectar la capacidad de la sociedad para aportar los bienes de capital y servicios necesarios para satisfacer las demandas en expansión.

Medicare y Medicaid fueron establecidos por el gobierno para proporcionar beneficios de atención médica para personas mayores e indigentes norteamericanos. Los fondos de Medicaid son administrados por los estados. Medicare cubre sólo un porcentaje de los costos de atención a la salud; por lo tanto, disminuye el riesgo relacionado con los gastos repentinos excesivos, muchos adultos mayores adquieren pólizas de seguro suplementario diseñados para cubrir los cargos que exceden los aprobados por Medicare.

La magnitud de los ingresos de jubilación depende casi por entero de los ingresos previos al retiro. Los pobres permanecen pobres y los ricos no parecen reducir su estatus durante la jubilación; sin embargo, para muchos en las clases sociales medias, las fuentes de ingresos en apariencia fijas pueden ser inadecuadas, tal vez por forzarlos a encarar dificultades financieras por primera vez en sus vidas.

Atención Prolongada

El concepto de atención prolongada cubre un amplio espectro de cuidados de la salud de riesgo y servicios de apoyo necesarios para proveer las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales y económicas de las personas con enfermedades crónicas y discapacidades (Stanley, Blair y Beare, 2005).

Las instituciones de atención prolongada están definidas por el nivel de la atención que brindan; pueden ser instituciones que brindan cuidados de enfermería (estancias especializadas), de atención intermedia, o una combinación de ambas. Algunas instituciones proporcionan cuidado de convalecencia para personas en recuperación de enfermedades agudas o lesiones (centros de convalecencia), otros proporcionan atención permanente a individuos con enfermedades crónicas o discapacidades, y otros brindan ambos tipos de ayuda.

La mayoría de los adultos mayores prefiere permanecer en sus propios hogares o en casas de familiares por tanto tiempo como puedan satisfacer sus necesidades sin afectar a la familia o patrones sociales. Muchos individuos son colocados en instituciones como último recurso y después de haber hecho esfuerzos heroicos por mantenerlos en sus propios hogares o de algún familiar; por otra parte, el creciente énfasis en la atención a la salud en casa extiende el periodo de independencia para los adultos mayores.

En 2002, alrededor de 5% de la población de 65 años y mayores vivían en casas de reposo (NCHS, 2004). El porcentaje aumentó de manera dramática con la edad, entre 1.1% para personas de 65 a 74 años, 4.3% en edades de 75 a 84 años, a 18.3% para personas de 85 años en adelante. Un perfil de residente en un asilo “típico” es de 80 años de edad, blancas, mujeres, viudas, con varias enfermedades crónicas.

Para determinar quiénes en nuestra sociedad van a necesitar atención permanente existen identificados varios factores que parecen poner a las personas en ese riesgo. Los siguientes factores de riesgo son tomados en cuenta para predecir la necesidad potencial de servicios y calcular los costos futuros.

Edad

Debido a que las personas envejecen en muy diferentes formas, y la variedad de estas diferencias es más evidente con el paso del tiempo, la edad es una característica cada vez menos relevante de lo que era antes. Sin embargo, debido a la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades, como también la gran posibilidad de disminución en los apoyos sociales relacionados con la edad avanzada, la población de 65 años en adelante con frecuencia es vista como un importante grupo blanco para la atención prolongada.

Salud

El grado de funcionamiento, determinado por la capacidad para realizar varios comportamientos o actividades, como bañarse, comer, moverse, prepararse los alimentos, manejar las finanzas, hacer juicios y memoria, es un factor de riesgo considerable. La necesidad de asistencia continua por parte de otras personas es crítica para determinar la necesidad de atención prolongada.

Estado de Salud Mental

Los problemas de salud mental son factores de riesgo en la valoración de las necesidades para los cuidados permanentes. Muchos de los síntomas relacionados con ciertos trastornos mentales (en especial las demencias), como pérdida de memoria, alteraciones de juicio, intelecto perturbado, y desorientación vuelven al individuo incapaz de satisfacer de manera independiente las demandas de la vida diaria.

Factores Socioeconómicos y Demográficos

En general, los bajos ingresos están relacionados con más problemas físicos y mentales entre las personas mayores. Debido a que muchos individuos tienen finanzas limitadas, tienen menos posibilidades de adquirir recursos de atención disponibles fuera de las instituciones (p. ej., atención de salud en casa), aunque Medicare y Medicaid en la actualidad contribuyen a una cantidad limitada a este tipo de cuidados no institucionalizados.

Las mujeres tienen mayor riesgo de estar institucionalizadas que los varones, no porque estén menos saludables, sino porque tienden a vivir por más tiempo y, por consiguiente, alcanzan edades en las cuales presentan más alteraciones funcionales y cognitivas, además de que hay

un mayor número de viudas. Las personas blancas tienen un índice más elevado de ser institucionalizadas que las no blancas, lo que puede estar relacionado con influencias culturales y financieras.

Estado Civil, Disposición de Vivienda, y Red Informal de Apoyo

Los individuos casados y que viven con su pareja son las personas con menos posibilidades de ser institucionalizadas. Quienes viven solos, sin recursos de atención en casa y con pocos o ningún familiar que viva cerca para proporcionar atención informal, están en mayor riesgo de entrar a una institución.

Factores de Actitud

Muchas personas sienten terror sólo de pensar en visitar un asilo o casa de reposo, mudarse o colocar a un pariente en una institución. El panorama del ambiente y la subsecuente reputación de los asilos no son positivos. Las historias de atención deficiente y abuso de los pacientes han perjudicado el trabajo de estos establecimientos, y dificultan el tener una imagen confiable, bien administrada, y que brinda atención innovadora y de calidad a sus residentes para eliminar el estigma.

Los comités estatales y nacionales de licencias realizan inspecciones periódicas para asegurarse de que los estándares impuestos por el gobierno federal sean satisfechos de manera adecuada. Estos estándares van dirigidos a alcanzar la calidad en la atención del paciente como también los ajustes de las instituciones. Incluso muchos individuos y sus familias perciben los asilos como un lugar para morir, y el hecho de que muchas de estas instituciones no están bien equipadas, con poco personal, y desorganizadas mantiene esa percepción de la sociedad.

Sin embargo, existen muchos centros o estancias que son excelentes y que luchan por llevar la delantera a las regulaciones federales mínimas para reembolso de Medicaid y Medicare. Además proporcionan servicios médicos, de enfermería, rehabilitación, dentales, sociales y recreativos para aumentar la calidad de vida para personas mayores que viven en estos hogares. Estas actividades incluyen jugar a las cartas, bingo, y otros juegos; fiestas; actividades religiosas; libros; televisión; películas; artes y manualidades; y otras clases; algunos centros proporcionan orientación ocupacional y profesional. Estas instituciones trabajan para aumentar las oportunidades para mejorar la calidad de vida y convertirse en “lugares para vivir” en vez de “lugares para morir”.

Abuso de los Adultos Mayores

El abuso de las personas de edad, que algunas veces es referido como “abandonar al abuelo(a)”, es una forma grave de violencia familiar. Sadock y Sadock (2003) consi-

deran que 10% de los individuos de más de 65 años de edad son víctimas de abuso o negligencia. El abusador con frecuencia es un familiar que vive con la persona y puede ser el responsable a cargo del anciano.

Las personas que de manera típica abusan de los adultos mayores son descritas por Murray y Zentner (2001) como individuos con presiones económicas, consumen drogas, ellos mismos han sido víctimas de violencia, y están exhaustos y frustrados por el papel de cuidar a alguien. Los factores de riesgo identificados como víctimas de abuso son: mujeres blancas de 70 años en adelante, presentar alteraciones mentales o físicas, y tener necesidades de atención que excedan la capacidad del responsable.

El abuso de adultos mayores puede ser psicológico, físico o financiero, la negligencia puede ser intencional o no intencional. El abuso psicológico incluye gritar, insultar, órdenes ásperas, amenazas, silencio, y aislamiento social; el abuso físico es descrito como golpear, empujar, abofetear, o sujetar. El abuso financiero hace referencia al mal uso de recursos financieros, propiedades o posesiones materiales. La negligencia significa no satisfacer las necesidades físicas de un individuo que no lo puede hacer de manera independiente; en el caso de la negligencia no intencional es descuido inadvertido, cuando es intencional significa deliberada.

Por otra parte, los adultos mayores pueden ser víctimas de abuso sexual, en el cual la intimidad sexual entre dos personas es sin el consentimiento de una de ellas. Otro tipo de abuso, conocido como “abandonar al abuelo(a)” es dejar a las personas en unidades de emergencia, asilos, u otras instituciones —de manera literal dejarlos en manos de alguien más cuando el cuidado del adulto mayor es intolerable. En el recuadro 24-1 están resumidos los tipos de abuso.

Las víctimas mayores con frecuencia minimizan o niegan que esto ocurra; es posible que no estén dispuestas a hablar por temor a las represalias, vergüenza de que ocurra el abuso en la familia, proteger a un miembro de la familia, o negarse a levantar una demanda. Además con frecuencia los adultos mayores están aislados, por lo que el maltrato no es notorio para quienes podrían estar alertas de los síntomas de abuso, por consiguiente, detectar el abuso en los adultos mayores es difícil en el mejor de los casos.

Factores que Contribuyen al Abuso

Son considerados varios factores que contribuyen al abuso de las personas mayores.

Vida Más Larga

El grupo de adultos mayores se ha convertido en el segmento con crecimiento más rápido de la población. En

RECUADRO 24-1 Ejemplos de Abuso en Ancianos

Abuso físico

- Golpear, pegar, apalear
- Empujar
- Magullar, abofetear
- Cortar
- Sujetar

Abuso fisiológico

- Gritar
- Insultar
- Órdenes ásperas
- Amenazas
- Ignorar, silencios, aislamiento social
- Insatisfacción de necesidades afectivas

Rechazo (intencional o no intencional)

- No satisfacer necesidades de alimento o sed
- Temperatura inadecuada
- Poca limpieza de ropa y cama
- No satisface su necesidad de medicación
- No satisface necesidades de lentes, auxiliares auditivos, dentaduras

Abuso económico y explotación

- No remunerar a las personas adultas mayores por el cuidador
- Obligar al adulto mayor a firmar documentos financieros a otra persona contra su voluntad o sin el suficiente conocimiento sobre la transacción

Abuso sexual

- Abuso o acoso sexual
- Cualquier tipo de intimidación sexual realizada en contra de las personas adultas mayores

Fuente: Adaptado de Sadock y Sadock (2003), y Murray y Zentner (2001).

este grupo de la población, el número de personas de más de 75 años aumenta con rapidez, y la expectativa es que esta tendencia continúe hasta el siglo XXI. Los adultos de más de 75 años son uno de los grupos con más alteraciones físicas o mentales, por lo que requieren ayuda y atención de otros miembros de la familia, además también son el sector más vulnerable al abuso por parte de las personas a su cargo.

Dependencia

La dependencia parece ser la precondición más común en el abuso doméstico. Dado que los cambios relacionados con el envejecimiento normal o inducido por enfermedades crónicas con frecuencia ocasionan la pérdida de autosuficiencia en personas de edad, requieren que alguien les ayude con actividades diarias. La prolongación del período de vida también puede consumir las finanzas, al punto de volver a los individuos dependientes de otras personas.

Todas estas situaciones aumentan la vulnerabilidad para el abuso.

Estrés

El estrés inherente en la persona responsable de un adulto mayor es un factor en casi todos los casos de abuso. Algunos médicos creen que este tipo de abuso es resultado de alguna psicopatología individual o en la familia; otros sugieren que incluso en miembros saludables en el aspecto psicológico pueden volverse abusivos por causa de la fatiga y estrés agudo causado por la abrumadora responsabilidad de cuidar a alguien.

Esto es más complicado en un grupo de edad que está en una posición comprometida (generación sándwich), aquellos individuos que son elegidos para retrasar la crianza de sus hijos de tal forma que ahora están en el momento de sus vidas que están atrapados entre proporcionar atención a sus hijos y cuidar a sus padres ancianos.

Violencia Aprendida

Los niños que son abusados, o testigos de padres abusivos o violentos, parecen estar más predisuestos a convertirse en adultos abusivos. Stanley, Blair y Beare (2005) consideran que:

La violencia es un comportamiento abusivo que se transmite de una generación a otra en algunas familias porque la violencia es un modelo de comportamiento de enfrentamiento aceptable, o sea, este modelo sugiere que un niño que crece en una familia violenta se volverá violento. Algunos creen que el maltrato a los ancianos está relacionado con la retribución por parte de hijos adultos que fueron maltratados cuando eran niños (p. 290).

Identificación del Abuso a Adultos Mayores

Debido a que tantas personas de edad avanzada no quieren informar del abuso, los trabajadores de atención a la salud necesitan ser capaces de detectar signos de maltrato cuando están en posición de hacerlo. En el cuadro 24-1 son enlistados ciertos *tipos* de abuso en ancianos; pueden identificarse las siguientes *manifestaciones* de varias categorías de abuso (Stanley, Blair y Beare, 2005; Murray y Zentner, 2001):

- Los indicadores del abuso psicológico incluyen gran variedad de comportamientos como los síntomas relacionados con depresión, retraimiento, ansiedad, trastornos del sueño, y mayor confusión y agitación.
- Las señales de abuso físico pueden ser: moretones, marcas, laceraciones, quemaduras, pinchazos, evidencia de jalones de cabello, dislocaciones de huesos y fracturas.

- La negligencia puede observarse por hambre consistente, higiene deficiente, vestidos inapropiados, falta de supervisión, fatiga evidente o apatía, problemas físicos o necesidades médicas sin atender, o abandono.
- Existe la posibilidad de abuso sexual cuando el adulto mayor es presentado con dolor o prurito en el área genital, moretones o sangrado en genitales externos, vaginal o anal, o con enfermedades de transmisión sexual sin explicación.
- El abuso financiero puede presentarse cuando es clara una gran disparidad entre los bienes y las condiciones satisfactorias de vida, o cuando la persona mayor menciona una repentina falta de fondos suficientes para los gastos diarios.

El personal de atención a la salud con frecuencia siente intimidación cuando enfrenta casos de abuso a adultos mayores. En algunas circunstancias es necesario referir a la persona con personal experimentado en víctimas de abuso para hacer un acercamiento más efectivo para la evaluación e intervención. El personal de atención a la salud es responsable de informar cualquier sospecha de abuso.

Entonces es realizada una investigación por agencias reguladoras, cuyo trabajo es determinar si las sospechas son ciertas; deben hacerse todos los esfuerzos posibles por garantizar la seguridad del paciente, pero es importante recordar que una persona mayor competente tiene el derecho de hacer sus propias elecciones de atención a la salud, ya que aunque parezca inconveniente, algunos individuos eligen regresar a la situación de abuso. Cuando ese es el caso, estas personas reciben nombres y números telefónicos para pedir ayuda cuando sea necesario, y deben realizarse visitas de seguimiento por un representante de servicios de protección.

Es necesario hacer mayores esfuerzos para asegurar que los proveedores de atención tienen un buen entrenamiento en la detección e intervención en situaciones de abuso a adultos mayores. También deben realizarse más investigaciones para aumentar el conocimiento y entendimiento de este fenómeno para, por último, poner en práctica estrategias sofisticadas de prevención, intervención y tratamiento.

Suicidio

Aunque las personas de más de 65 años comprenden sólo 12% de la población, representan una elevada proporción de personas que cometen suicidio. De todos los suicidios, 20% son cometidos en este grupo de edad, y ésta es la causa número 15 de muerte entre estas personas (Charbonneau, 2003), y el grupo en especial riesgo es el de varones blancos. Los factores predisponentes incluyen soledad, problemas financieros, enfermedad física, pérdidas y depresión (Sadock y Sadock, 2003).

Aunque el índice de suicidios entre los adultos mayores es alto, la cantidad de este fenómeno entre este grupo de personas disminuyó de manera consistente desde 1930 a 1980. Los investigadores que estudian estas tendencias conjeturan que la causa de esta disminución fue el incremento en los servicios para personas mayores y al entendimiento de sus problemas en la sociedad. Sin embargo, desde 1980 a 1986 el número de personas de 65 años en adelante aumentó 25%, lo que sugiere que otros factores contribuyeron al problema, como puede ser el aislamiento social.

También es mayor el número de individuos divorciados, viudos o que viven solos. Entre los varones de 75 años o de más edad, el índice de suicidio para los divorciados es 3.4 veces y para los viudos es 2.8 que para los hombres casados. En el mismo grupo de edad, este índice para las mujeres divorciadas es 2.8 veces y para las viudas es 1.9 veces el índice de las mujeres casadas (*Merck Institute of Aging & Health*, 2005).

El *National Institute of Mental Health* [NIMH] (2006) sugiere que la depresión es un factor importante de predicción del suicidio en adultos mayores. No obstante, está muy poco reconocido y poco tratado por la comunidad médica. El NIMH (2006) explica:

Varios estudios encuentran que muchas personas mayores mueren por depresión primaria en el mes de su suicidio. Estos hallazgos apuntan hacia la urgencia de aumentar tanto la detección como el tratamiento adecuado para la depresión como un medio para reducir el riesgo de suicidio entre adultos mayores.

Muchas personas de edad avanzada expresan síntomas relacionados con depresión que no son reconocidos como tales; cualquier signo de indefensión o desesperanza debe provocar una respuesta de intervención de apoyo. Con la intención de valorar el suicidio, Stanley, Blair y Beare (2005) sugieren que con interés y compasión deben hacerse preguntas como las siguientes:

- ¿Piensa que su vida valió la pena ser vivida?
- ¿Ha pensado en lastimarse a sí mismo?
- ¿Tiene planes para herirse a sí mismo?
- ¿Ha llevado a cabo ese plan?
- ¿Ha intentado suicidarse?

Los componentes de intervención con una persona mayor suicida deben mostrar preocupación genuina, interés, y cariño; indicaciones de empatía por sus temores y preocupaciones; y ayudar a identificar, aclarar, y formular un plan de acción para lidiar con el problema sin resolver. Si el comportamiento del individuo parece letal de manera particular, hay que hacer arreglos adicionales con la familia o el personal para prevenir el aislamiento.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración

La valoración del adulto mayor puede seguir el mismo marco de referencia utilizado para todos los adultos pero teniendo en cuenta los posibles cambios biológicos, psicológicos, socioculturales y sexuales que ocurrán durante el proceso normal de envejecimiento descritos con anterioridad.

Ningún área de enfermería es más importante para el personal que practica enfermería holística que con personas de edad avanzada. Estas personas parecen tener múltiples problemas físicos que contribuyen a trastornos en otras áreas de sus vidas. Es obvio que estos componentes no pueden considerarse como entidades separadas. El trabajo de enfermería en ancianos es un proceso multifacético y desafiante por los múltiples cambios presentes en esta etapa de la vida y la forma en que cada uno de ellos afecta cada aspecto del individuo.

Existen varias consideraciones que son únicas para valorar a los adultos mayores, y la valoración de los procesos de pensamiento del paciente es una responsabilidad primaria, ya que la presentación y extensión de desorientación o confusión influyen en la forma en que la enfermera aborda la atención de estos pacientes.

La información sobre capacidades sensoriales también es en extremo importante. Debido a la pérdida de audición, el personal de enfermería debe hablar más despacio, aumentar el volumen de su voz cuando hablan con estas personas, y mirarlos de manera directa al rostro para facilitar la comunicación. Deben hacerse preguntas que requieran una oración de declaración en respuesta, de esta forma es posible valorar la capacidad del paciente para usar las palabras de manera correcta. La agudeza visual puede determinarse por la adaptación a la oscuridad, comparar colores, y la percepción de colores contrastantes. El conocimiento sobre estos aspectos de funcionamiento sensorial es esencial en el desarrollo de un plan de atención efectivo.

La enfermera debe estar familiarizada con los cambios físicos normales relacionados con el proceso de envejecimiento, los ejemplos de algunos de estos cambios comprenden los siguientes:

- Respuestas menos efectivas a los cambios en la temperatura ambiental, resultado de la hipotermia.
- Disminuciones en el uso de oxígeno y la cantidad de bombeo sanguíneo por el corazón, que provoca anoxia cerebral o hipoxia.
- Desgaste de los músculos esqueléticos y debilidad, lo que hace difícil el movimiento.

- Reflejos tusígeno y laringeo limitados que aumentan el riesgo de aspiración.
- Desmineralización de los huesos, que puede favorecer fracturas espontáneas.
- Disminución de la movilidad gastrointestinal que ocasiona constipación.
- Deficiencias en la capacidad para interpretar los estímulos dolorosos, lo cual aumenta el riesgo de sufrir lesiones.

Los cambios psicológicos comunes relacionados con el envejecimiento son:

- Duelo prolongado y exagerado que causa depresión.
- Cambios físicos que provocan alteraciones en la imagen corporal.
- Cambios de estatus que favorecen la pérdida de autoestima.

Esta lista no menciona todos los cambios posibles, y el personal debe considerar muchas otras alteraciones en la valoración del paciente. El entendimiento de las capacidades funcionales del individuo es esencial para determinar las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del adulto mayor, ya que la edad por sí sola no excluye la presentación de todos estos cambios. El envejecimiento progresiva con muchas variaciones, y cada persona debe ser valorada como un individuo único.

Diagnóstico e Identificación de Resultados

Casi cualquier diagnóstico de enfermería puede aplicarse al paciente de edad avanzada, lo que depende de las necesidades del individuo. Con base en los cambios normales que ocurren en esta etapa de la vida, es posible considerar los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Riesgo de traumatismos relacionados con la confusión, desorientación, debilidad muscular, fracturas espontáneas, caídas.
- Hipotermia relacionada con la pérdida de tejido adiposo debajo de la piel, evidenciado por mayor sensibilidad al frío y temperatura corporal por debajo de los 37 grados.
- Disminución del gasto cardíaco relacionado con deficiencias miocárdicas por menor tolerancia a la actividad y reducción de la reserva de energía.
- Patrón de respiración ineficiente relacionado con aumento del tejido fibroso y pérdida de la elasticidad en tejido pulmonar, observable por disnea e intolerancia a la actividad.
- Riesgo de aspiración en relación a los reflejos tusígeno y laringeo.
- Alteraciones de la movilidad física por desgaste muscular y debilidad, observado en la necesidad de ayuda para caminar.

- Desequilibrios en la nutrición, menores a los requerimientos corporales, por trastornos en la absorción del aparato gastrointestinal, dificultad para masticar y tragar, anorexia, dificultades para alimentarse por sí mismo, que es visible en síndrome de desgaste, anemia y pérdida de peso.
- Constipación por alteraciones en la movilidad; dieta inadecuada; actividad o ejercicio insuficiente manifestado por disminución en los sonidos intestinales; heces duras y formadas; o esfuerzo para defecar.
- Enuresis por estrés relacionado con cambios degenerativos en los músculos pélvicos y apoyos estructurales relacionados con la edad, evidentes por mención u observación de incontinencia por presión abdominal o frecuencia urinaria.
- Retención urinaria relacionada con agrandamiento prostático, que puede observarse por distensión de la vejiga, frecuentes eliminaciones en pequeñas cantidades, pérdida de orina, o incontinencia por rebosamiento.
- Percepción sensorial alterada por trastornos en la transmisión sensorial, traducida en menor agudeza visual, pérdida de la audición, deterioro de los sentidos del gusto y el olfato, e incremento del umbral de tacto.
- Perturbación de los patrones de sueño por menor capacidad para dormir (“deterioro del sueño”), demencia o medicamentos, manifiesta por sueño interrumpido, despertarse temprano, o quedarse dormido durante el día.
- Dolor relacionado con los cambios degenerativos de las articulaciones, evidenciado por quejas de dolor o inseguridad para utilizar las articulaciones de carga.
- Deficiencias de cuidado personal (especifique) relacionadas con debilidad, confusión, o desorientación, manifiestas por la incapacidad para alimentarse por sí mismo, mantener la higiene personal, vestido y arreglo personal por sí mismo, o ir al baño sin ayuda.
- Riesgos de lesiones cutáneas y pérdida de continuidad relacionada con estado nutricional, circulación, sensación o movilidad.

Diagnósticos Psicosociales

- La perturbación de los procesos de pensamiento relacionados con los cambios por la edad pueden deberse a anoxia cerebral, que es manifiesta por pérdida de la memoria a corto plazo, confusión o desorientación.
- Duelo disfuncional por sobrecarga de pérdidas, detectable con síntomas de depresión.
- Riesgo de suicidio por ánimo deprimido y sentimientos de minusvalía.
- Impotencia relacionada con el estilo de vida de desesperanza y dependencia de los demás, que causa ánimo deprimido, apatía o expresiones verbales de no tener control o influencia en la situación de vida.

- Baja autoestima por la pérdida de estatus previo al retiro que puede observarse por comentarios de sentimientos negativos sobre sí mismo y la vida.
- Temor a ser trasladado a un asilo, notorio por síntomas de ansiedad grave y declaraciones como “los asilos son lugares para morirse”.
- Imagen corporal alterada por los cambios relacionados con la edad observados en la piel, pelo, distribución de grasa, y que son expresados como sentimientos negativos.
- Patrones de sexualidad inefficientes relacionados con dispareunia, evidentes por comentarios de insuficientes relaciones sexuales.
- Disfunción sexual por medicamentos (p. ej., antihipertensivos) evidente por incapacidad de tener erecciones.
- Aislamiento social por total dependencia de otras personas, expresada como falta de adaptación o ausencia de un propósito significativo de la vida.
- Riesgo de traumatismos (abuso) relacionado con fatiga psicológica de la persona responsable.
- Fatiga psicológica en relación a la gravedad y duración al cuidado de la enfermedad del paciente; falta de descanso y recreación para el responsable, notorio por sentimientos de tensión en la relación con el paciente; sentimientos de depresión y enojo; o conflictos familiares sobre el tema del cuidado de un paciente.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para medir los resultados en la atención del adulto mayor.

El paciente:

- No presenta lesiones.
- Conserva la orientación a la realidad consistente con el nivel cognitivo de funcionamiento.
- Maneja su cuidado personal con ayuda.
- Expresa sentimientos positivos sobre sí mismo, los logros del pasado, y esperanza por el futuro.
- Compensa de manera adaptativa la percepción sensorial deteriorada.

Persona a cargo:

- Puede resolver problemas de manera efectiva en relación al cuidado del adulto mayor.
- Demuestra estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con el estrés de cuidar a una persona.
- Expresa de manera abierta sus sentimientos.
- Habla del deseo de unirse a un grupo de apoyo con otras personas en iguales circunstancias.

Planeación y Realización

El cuadro 24-2 presenta diagnósticos de enfermería seleccionados para personas mayores; criterios de resultados

además de intervenciones de enfermería apropiados y razonamientos para cada uno.

Terapia de reminiscencia es útil en especial con pacientes de edad. Esta intervención terapéutica es explicada en el recuadro 24-2.

Evaluación

La revaloración es realizada para determinar si las acciones de enfermería tienen éxito en alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para los adultos mayores puede facilitarse por la información obtenida con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente ha evitado caídas, quemaduras, o alguna otra lesión a la que sea vulnerable?
- ¿El responsable menciona medios para proporcionar un ambiente seguro para el paciente?
- ¿El adulto mayor mantiene la orientación hacia la realidad al máximo de su funcionamiento cognitivo?
- ¿Puede distinguir entre el pensamiento basado en la realidad y el pensamiento basado no en la realidad?
- ¿La persona responsable comenta en qué forma orienta al paciente a la realidad cuando es necesario?
- ¿Es capaz de realizar actividades personales de manera independiente a un nivel de funcionamiento óptimo?
- ¿El individuo busca ayuda para aspectos de atención que no es capaz de realizar de manera independiente?
- ¿Expresa sentimientos positivos sobre sí mismo?
- ¿Recuerda los logros que ha tenido en su vida?
- ¿Comenta que tiene cierta esperanza para el futuro?
- ¿El individuo utiliza anteojos o aparatos de audición para compensar esas deficiencias?
- ¿Busca la cara de las otras personas para escuchar mejor lo que le dicen?
- ¿El paciente utiliza artículos útiles para identificar las diferentes habitaciones, y ayudarse a mantener la orientación?
- ¿Los responsables hacen su trabajo a pesar de los problemas y toman decisiones sobre la atención del paciente?
- ¿Incluyen al paciente en el proceso de tomar decisiones si es apropiado?
- ¿Pueden demostrar estrategias de enfrentamiento adaptativas para lidiar con la fatiga psicológica?
- ¿La persona responsable es abierta y honesta para expresar sus sentimientos?
- ¿Tienen referencias de recursos de la comunidad para buscar ayuda con sus responsabilidades de atención?
- ¿La persona a cargo ha entrado a un grupo de apoyo?

CUADRO 24 – 2 Plan de Atención al Paciente Anciano**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE TRAUMATISMO****RELACIONADO CON:** confusión, desorientación, debilidad muscular, fracturas espontáneas, caídas

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente no presenta lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deben instituirse las siguientes medidas: <ol style="list-style-type: none"> a. Organice los muebles y otros objetos dentro de la habitación para adecuarlo a las incapacidades del paciente. b. Almacene los objetos de uso frecuente con un fácil acceso. c. Mantenga la cama en una posición elevada. Rellene los laterales y la cabecera si el paciente tiene historial de ataques. Mantenga los laterales arriba cuando el paciente esté en la cama (si lo permite la política de la institución). d. Asigne una habitación cerca de la estación de enfermería; vigile de manera frecuente. e. Acompañe al paciente en sus caminatas. f. Mantenga una luz tenue prendida por las noches. g. Si el paciente es fumador, los cigarros y encendedores o cerillos deben permanecer en la estación de enfermería y proporcionados sólo cuando haya alguien disponible que pueda permanecer con el paciente mientras fuma. h. De manera frecuente oriente al paciente sobre el lugar, la hora y la situación. i. Es posible que sean necesarias sujetecintas leves si el paciente está muy desorientado e hiperactivo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esto es para asegurar el bienestar del paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PROCESOS DEL PENSAMIENTO TRASTORNADOS**RELACIONADO CON:** cambios relacionados con la edad que ocasionan anoxia cerebral**EVIDENCIADO POR:** pérdida de memoria a corto plazo, confusión, o desorientación

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente interpreta el ambiente que le rodea de manera precisa y mantiene una orientación de la realidad a lo mejor de su capacidad cognitiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oriente con frecuencia sobre la realidad al paciente. Utilice relojes y calendarios con números grandes que sean fáciles de leer. Notas y signos gruesos y grandes pueden ser útiles como recordatorios. Permita al paciente el tener pertenencias personales. 2. Utilice explicaciones sencillas con interacción cara a cara. Hable despacio y no grite. 3. Desaliente la reflexión de pensamientos ilusorios. Hable sobre eventos reales y personas reales. 4. Vigile los efectos colaterales del medicamento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para ayudar a mantener la orientación y apoyar en la memoria y reconocimiento. 2. Para facilitar la comprensión. El gritar puede crear incomodidad y, en algunos casos, puede ocasionar enojo. 3. La reflexión promueve la desorientación. En cambio, la orientación sobre la realidad, incrementa el sentido de valor propio y dignidad personal. 4. Los cambios fisiológicos en los ancianos pueden alterar la respuesta del cuerpo a ciertos medicamentos. Los efectos tóxicos pueden intensificar los procesos de pensamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: FALTA DE CUIDADO PERSONAL (ESPECIFICAR)**RELACIONADO CON:** debilidad, desorientación, confusión, o pérdidas de memoria**EVIDENCIADO POR:** incapacidad de cumplir con las actividades de la vida diaria

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente lleva a cabo actividades de la vida diaria al máximo de su capacidad. Las necesidades no llevadas a cabo son satisfechas por las personas responsables.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcione un ambiente sencillo y estructurado: <ol style="list-style-type: none"> a. Identifique las carencias de cuidado personal y proporcione ayuda si es necesario. Promueva las acciones independientes lo más posible. b. Permita tiempo suficiente al paciente para realizar las tareas. c. Proporcione guía y soporte para las acciones independientes al hablar con el paciente mientras realice sus tareas paso por paso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esto sirve para disminuir la confusión.

(continúa)

CUADRO 24 – 2 Plan de Atención al Paciente Anciano (continuación)

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>d. Proporcione un horario estructurado de actividades que no cambie día a día.</p> <p>e. Las actividades de vida diaria deben seguir la rutina de casa lo más parecido posible.</p> <p>f. Sea consistente en la asignación de cuidadores diarios.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: TENSIÓN EN EL PAPEL DE CUIDADOR

RELACIONADO CON: duración y gravedad de la enfermedad de la persona que recibe cuidados; falta de descanso y recreación para el responsable

EVIDENCIADO POR: sentimientos de tensión en la relación con la persona que recibe cuidados; sentimientos de tristeza y enojo; conflicto familiar alrededor del tema de proporcionar cuidado

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
Las personas a cargo del cuidado adquieren habilidades eficaces para la resolución de problemas y desarrollan mecanismos adaptativos de enfrentamiento para recuperar el equilibrio.	<ol style="list-style-type: none"> Evalúe la habilidad de los prospectos a cuidadores para anticipar y satisfacer las necesidades no cumplidas del paciente. Proporcione información para ayudar a los cuidadores con su responsabilidad. Asegúrese de que ellos están al tanto de los sistemas de apoyo a la comunidad disponibles en los que pueden buscar ayuda si es necesario. Los ejemplos incluyen las guarderías de adultos, servicios de amas de casa y encargadas del hogar, servicios de cuidados paliativos, o una sala local de la Asociación de Alzheimer y Desórdenes Relacionados. Esta organización patrocina una línea de acceso directo a escala nacional las 24 horas para proporcionar información y relacionar a las familias que necesitan ayuda con ciertos asuntos y afiliados cercanos. El número de la línea de acceso directo es 800 – 621 – 0379. Aliente a las personas a cargo del cuidado a expresar sus sentimientos, y en especial, el enojo. Aliente la participación en grupos de apoyo compuestos por miembros con situaciones de vida similares. 	<p>1. Las personas a cargo del cuidado requieren de un alivio de las presiones y tensión que obtienen al proporcionar 24 horas de cuidado a su ser querido. Los estudios demuestran que el abuso de las personas mayores deriva de las situaciones de cuidado que colocan una tensión insopportable en los cuidadores.</p> <p>2. La liberación de esas emociones puede servir para prevenir psicopatologías, tales como la depresión o desórdenes psicofisiológicos.</p> <p>3. El escuchar que otras personas, que experimentan los mismos problemas, discuten las maneras en que ellas los enfrentaron puede ayudar al cuidador a adoptar estrategias más adaptativas. Los individuos que experimentan situaciones de vida similares proporcionan empatía y apoyo para los demás.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: BAJA AUTOESTIMA

RELACIONADO CON: pérdida del estatus de previo a la jubilación

EVIDENCIADO POR: expresión de sentimientos negativos sobre sí mismo y sobre la vida

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente demuestra un incremento en los sentimientos de valor propio al expresar aspectos positivos de sí mismo y de logros pasados.	<ol style="list-style-type: none"> Aliente al paciente a expresar sentimientos honestos en relación a la pérdida de su estatus previo. Reconozca el dolor de la pérdida. Apoye al paciente a través del proceso de aflicción. Si ocurren insuficiencias en la memoria, idee nuevos métodos para ayudar al paciente con la pérdida de memoria. Ejemplos: <ol style="list-style-type: none"> Letrero del nombre en la puerta que identifique el cuarto del paciente. Letrero de identificación en el exterior de la puerta del comedor. Letrero de identificación en el exterior de la puerta del baño. 	<p>1. El paciente puede estar fijo en la etapa de enojo del proceso de aflicción, en el cual puede ensimismarse en él, resultando en la disminución de su autoestima.</p> <p>2. Esta ayuda puede aleantar al paciente a funcionar de manera más independiente, incrementando así la autoestima.</p>

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
	<p>d. Reloj grande, con números y manecillas demasiado grandes, colocado de manera apropiada.</p> <p>e. Calendario grande, que indique un día a la vez, con mes, día, y año en letra oscura.</p> <p>f. Horario diario estructurado impreso, con una copia para el paciente y una expuesta en la pared de la unidad.</p> <p>g. “Tablero de noticias” en la pared de la unidad donde sean expuestas noticias actuales de interés nacional y local.</p> <p>3. Aliente los intentos del paciente por comunicarse. Si las verbalizaciones no son entendidas, exprese al paciente lo que usted piensa que él o ella quiso decir. Tal vez sea necesario reorientar al paciente de manera frecuente.</p> <p>4. Aliente la rememoranza y discusión de la revisión de vida del paciente (ver recuadro 24-2). Discutan también eventos actuales. El compartir álbumes de fotografías, si es posible, es en especial bueno.</p> <p>5. Aliente la participación en actividades grupales. Tal vez sea necesario acompañar al paciente al principio, hasta que esté seguro de que los miembros del grupo le aceptarán, a pesar de las limitaciones en la comunicación verbal.</p> <p>6. Aliente al paciente a ser lo más independiente posible en las actividades de autocuidado. Proporcione un horario escrito de las tareas que debe realizar. Intervenga en las áreas en las que el paciente requiera ayuda.</p>	<p>3. La habilidad de comunicarse eficazmente con otras personas puede aumentar la autoestima.</p> <p>4. La rememoranza y la revisión de vida ayudan al paciente a reanudar la progresión a través del proceso de aflicción asociado con eventos de vida decepcionantes, e incrementan la autoestima mientras recuerda los éxitos.</p> <p>5. La retroalimentación positiva de los miembros de un grupo incrementarán la autoestima del paciente.</p> <p>6. La habilidad de desempeñarse de manera independiente preserva la autoestima.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN SENSORIAL TRASTORNADA**RELACIONADO CON:** alteraciones en la transmisión sensorial relacionadas con la edad**EVIDENCIADO POR:** agudeza visual disminuida, pérdida de la audición, sensibilidad disminuida del gusto y el olfato, y umbral del tacto incrementado

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería*	Razonamiento
El paciente alcanza un nivel óptimo de estimulación sensorial. El paciente no experimenta lesiones debido a la percepción sensorial disminuida.	<p>1. Son indicadas las siguientes estrategias de enfermería:</p> <p>a. Proporcione estimulación sensorial significativa a todos los sentidos especiales a través de la conversación, el tacto, la música, u olores agradables.</p> <p>b. Aliente el uso de lentes, audífonos, prótesis, y otros artefactos adaptativos.</p> <p>c. Utilice colores brillantes y contrastantes en el ambiente.</p> <p>d. Proporcione materiales de lectura con letras grandes, tales como libros, relojes, calendarios, y materiales educativos.</p> <p>e. Mantenga una iluminación en la habitación que distinga el día de la noche y que esté libre de sombras y resplandores.</p> <p>f. Enseñe al paciente a <i>escanear</i> el ambiente para localizar objetos.</p> <p>g. Ayude al paciente a localizar la comida en el plato utilizando el sistema de “reloj”, y describa la comida si el paciente es incapaz de visualizarla; ayude con la alimentación si es necesario.</p> <p>h. Organice el ambiente físico para maximizar la visión funcional.</p> <p>i. Coloque los objetos personales dentro del campo de visión del paciente.</p> <p>j. Enseñe al paciente a mirar a la persona que le habla.</p> <p>k. Refuerce el uso de audífonos; si el paciente no cuenta con ellos, puede considerar un artefacto de comunicación (por ejemplo, un amplificador).</p> <p>l. Comuníquese de manera clara, perfecta y lenta, utilizando una voz grave y mirando al paciente; evite la sobrearticulación de palabras.</p>	<p>1. Esto es para ayudar al paciente con la percepción sensorial disminuida y porque la seguridad del paciente es prioridad de enfermería.</p>

(continúa)

CUADRO 24–2 Plan de Atención al Paciente Adulto Mayor (continuación)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN SENSORIAL TRASTORNADA****RELACIONADO CON:** alteraciones en la transmisión sensorial relacionadas con la edad**EVIDENCIADO POR:** agudeza visual disminuida, pérdida de la audición, sensibilidad disminuida del gusto y el olfato, y umbral del tacto incrementado

Criterios de Resultado	Intervenciones de Enfermería*	Razonamiento
	<ul style="list-style-type: none"> m. Elimine lo más posible los ruidos de fondo innecesarios. n. No utilice jerga ni palabras extrañas. o. Como hablante, posiciónese a nivel de los ojos y no más lejos de 1.88 metros. p. Obtenga la atención del paciente antes de hablar. q. Evite hablar de manera directa en el oído del paciente. r. Si el paciente no entiende lo que dice, exprese de otra manera lo que quiere decir en lugar de simplemente repetirlo. s. Ayude al paciente a seleccionar la comida del menú que asegurará una discriminación entre diferentes gustos y olores. t. Asegúrese de que la comida ha sido refrescada de manera correcta para que el paciente con umbral disminuido de dolor no resulte quemado. u. Asegúrese de que el agua de la bañera, o la regadera, está a una temperatura apropiada. v. Utilice los frotos y masajes de espalda como tacto terapéutico para estimular los receptores sensoriales. 	

*Las intervenciones para este diagnóstico de enfermería fueron adaptados de Rogers-Seidi (1997).

RECUADRO 24–2 Terapia de Remembranza y Revisión de Vida con los Adultos Mayores

Stanley, Blair, y Beare (2005) establecen:

La estimulación de la memoria de vida ayuda a los adultos mayores a trabajar a través de sus pérdidas y a mantener su autoestima. La revisión de vida les proporciona a los adultos mayores una oportunidad de enfrentarse la realidad de culpas y arrepentimientos y de surgir con buenos sentimientos sobre ellos mismos (p. 268).

Estudios han señalado que la *remembranza*, o el pensar sobre el pasado y reflejarse en él, puede promover una mejor salud mental en la edad mayor. *La revisión de vida* está relacionada a la remembranza, pero difiere de ésta en que es un proceso cognitivo más guiado o dirigido que construye una historia o una reseña en una manera autobiográfica (Murray y Zentner, 2001).

Los individuos mayores que pasan tiempo pensando sobre el pasado experimentan un incremento en la autoestima y son menos propensos a sufrir de depresión. Algunos psicólogos creen que la revisión de vida puede ayudar a algunas personas a modificar los recuerdos de un pasado infeliz. Otros ven la remembranza y la revisión de vida como maneras para reafirmar los sentimientos de bienestar, en particular en gente mayor que ya no puede seguir activa.

La terapia de remembranza puede tomar lugar en una base de uno a uno o en un marco grupal. En grupos de remembranza, los individuos mayores comparten eventos pasados significativos con personas de su edad. La persona a cargo facilita la discusión de temas que tienen que ver con transiciones específicas de vida, tales como la infancia, la adolescencia, el matrimonio, la maternidad, el ser abuelos, y la jubilación. Los miembros del grupo comparten aspectos positivos y negativos, incluso sentimientos personales, sobre estos eventos del ciclo de la vida.

La remembranza en una base de uno a uno puede proporcionar a los individuos mayores una manera de trabajar a través de

situaciones del pasado sin resolver. Las situaciones dolorosas pueden ser demasiado difíciles de discutir en el marco grupal. Mientras el individuo revisa su proceso de vida, la persona a cargo puede validar los sentimientos y ayudar al paciente mayor a aceptar las situaciones dolorosas que fueron suprimidas por tanto tiempo. Este proceso es necesario si el individuo mayor mantiene (o logra) un sentido de identidad y autoestima positivas y a la larga obtiene la meta de la aceptación del yo como lo describe Erikson (1963).

Pueden utilizarse algunas medidas creativas para facilitar la revisión de vida con el adulto mayor. Que el paciente lleve un diario para compartir puede ser una manera de estimular la discusión (al igual que proporciona un registro permanente del paciente sobre eventos pasados para otras personas cercanas a él). Las mascotas, la música, y alguna comida especial son maneras de provocar memorias del pasado del paciente. Las fotografías de los miembros de la familia y de eventos pasados significativos son una excelente manera de guiar al paciente mayor a través de su revisión autobiográfica.

Debe tenerse cuidado en la revisión de vida para ayudar a los pacientes a trabajar a través de asuntos sin resolver; la ansiedad, la culpa, la depresión, y la desesperación pueden ser consecuencia si el individuo es incapaz de trabajar a través de los problemas y resolverlos. La revisión de vida puede funcionar en una manera negativa si el individuo llega a creer que su vida no tuvo sentido. De cualquier manera, ésta puede ser una experiencia muy positiva para la persona que está orgullosa de sus logros pasados y siente satisfacción con su vida, lo que provoca un sentido de serenidad y paz interior en el adulto mayor.

RESUMEN

Uno de los mayores desafíos para la enfermería es la atención de los adultos mayores. La creciente población de individuos de 65 años o más sugiere que el desafío aumentará en el siglo XXI.

La de Estados Unidos es una sociedad orientada a la juventud; no es deseable envejecer, de hecho para algunos es repugnante. La mayoría, no obstante si es enfrentada como una opción, puede elegir la alternativa-morir.

En algunas culturas, los ancianos son reverenciados y conservan un lugar de honor dentro de la sociedad, pero en los países con alto grado de industrialización como Estados Unidos, el estatus declina con la disminución en la productividad y la participación en la corriente principal de la sociedad.

Hay muchos cambios que los individuos experimentan conforme envejecen. Los cambios físicos ocurren en casi todos los sistemas del cuerpo; y los cambios psicológicos son los ligados con las deficiencias de memoria relacionadas con la edad, en particular de eventos recientes. El funcionamiento intelectual no declina con la edad, pero aprender requiere más tiempo.

Los adultos mayores experimentan muchas pérdidas, que en potencia pueden provocar sobrecarga de pérdidas, por lo que son muy susceptibles a la depresión y sentimientos de minusvalía. Esta población representa un desproporcionado porcentaje de individuos que cometan suicidio. Los trastornos de demencia son las causas más frecuentes de psicopatologías en los ancianos, y los trastornos son muy comunes.

La necesidad de expresión sexual en las personas mayores con frecuencia es mal entendida en nuestra sociedad, aunque ocurren muchos cambios físicos en esta etapa de la vida que alteran la sexualidad, si tiene buena salud y una

pareja dispuesta, la actividad sexual puede continuar después de los 70 en la mayoría.

Para las personas mayores la jubilación tiene implicaciones tanto sociales como económicas. En general, la sociedad equipara el estatus de un individuo con la ocupación, y la pérdida del empleo puede ocasionar la necesidad de ajustar el estándar de vida debido a que los ingresos disminuyen 20 a 40% de los ingresos previos.

Menos del 5% de la población de 65 años o más vive en casas de reposo. Un perfil del residente es: mujer blanca de alrededor de 78 años, viuda, con varias enfermedades crónicas. Todavía hay un gran estigma para las “casas de reposo” u “hogares para ancianos”, y muchos adultos mayores los consideran “lugares para morir”.

Un importante dilema en nuestra sociedad es la fatiga psicológica de la persona responsable de la atención de un paciente, y el abuso algunas veces es infligido para quienes el trabajo es abrumador e intolerable. Existe una gran necesidad de encontrar ayuda para estas personas, quienes deben proveer cuidados a sus seres queridos las 24 horas del día. Para facilitar su trabajo es necesario brindar atención de salud en casa, reposo, grupos de apoyo, y ayuda financiera.

La enfermería en los adultos mayores es realizada a través de los seis pasos del proceso de enfermería, la valoración requiere tomar en cuenta los cambios del proceso normal de envejecimiento —biológicos, psicológicos, socioculturales, y sexuales— antes de formular un plan de atención apropiado.

Este grupo de personas requiere una atención de enfermería con especial fortaleza interna y compasión. El poema transscrito a continuación se ha vuelto muy familiar con los años. Es excelente para motivar la empatía por los sentimientos de los adultos mayores. Agradezco al autor anónimo por compartir. Contiene un poderoso mensaje.

Enfermera ¿qué es lo que ves?



¿Qué es lo que ves, enfermera?, ¿qué ves?
¿Qué piensas cuando me miras?
Una mujer vieja e irritable, no muy sabia.
Incierta de hábitos, con ojos ausentes.
Que derrama la comida y no reclama
cuando dices en voz alta: "Deseo que te esfuerces"
Que parece no notar las cosas que haces
y que siempre pierde una media o un zapato.
Que con resistencia o sin ella, te deja hacer lo que deseas
con el baño y la comida, todo el día por llenar.
¿Eso es lo que piensas? ¿Eso es lo que ves?
Entonces abre los ojos, no me miras a mí.
Soy una niña pequeña de diez años con papá y mamá,
Hermanos y hermanas que se aman entre sí.



Una joven de dieciséis con alas en los pies
Que sueña que pronto conocerá el amor.
Pronto una novia de veinte – mi corazón da un salto
Recordando los votos que prometió mantener.
Tengo veinticinco años, tengo mis propios hijos
Quienes necesitan de mi para construir un hogar
seguro y feliz.
Una mujer de treinta, mis hijos crecen rápido
Unidos entre sí con lazos que perduran.



A los cuarenta, mis hijos pronto se irán
Pero mi hombre se queda a mi lado para ver
que no me lamento.
A los cincuenta, una vez más los bebés jugarán
alrededor de mis rodillas.
Otra vez tenemos niños, mi amado y yo.



Días oscuros están sobre mí, mi marido ha muerto.
Miro al futuro, siento escalofríos de pavor.
Mis hijos están ocupados criando a los suyos.
Y pienso en los años y el amor que he conocido.



Soy una mujer vieja y la naturaleza es cruel.
Que al bromear con su vejez parece una tonta.
El cuerpo se desmorona, la gracia y el vigor se han ido.
Sólo hay una piedra donde antes había un corazón.
Pero dentro de esta vieja carcasa una joven
todavía habita
Y una y otra vez mi corazón maltratado se agranda.

Recuerdo los juguetes, recuerdo el dolor.
Y estoy amando y estoy viviendo toda la vida otra vez.
Pienso que los años son muy pocos – se han ido rápido.
Y acepto el hecho cruel de que nada perdura.
Así que abre los ojos, enfermera, ábrelos y mira.
No una mujer vieja e irritable – mira de cerca – MÍRAME A MI.

Anónimo

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas.

Situación: Stanley, un viudo de 72 años, fue traído al hospital por su hijo, quien dice que se ha vuelto muy retraído. Tiene periodos de confusión y pierde la memoria, pero en general los procesos de pensamiento están intactos. Come muy poco y ha perdido peso. Su esposa murió hace cinco años, su hijo comenta: “lo superó muy bien, ni siquiera lloró”. Stanley fue al funeral de su mejor amigo hace un mes, después de lo cual empezaron los síntomas. Stanley fue admitido para hacerle pruebas y una evaluación.

1. En la valoración de admisión, la enfermera observa una úlcera abierta en el brazo del paciente. Cuando le pregunta sobre la herida contesta: “Me arañé con una cerca hace dos semanas. Es más pequeña de lo que era”. ¿Cómo pueden analizarse esos datos?
 - a. Stanley estaba tratando de suicidarse.
 - b. El retraso puede indicar que Stanley está desarrollando cáncer de piel.
 - c. El deterioro de la respuesta inflamatoria en los adultos mayores aumenta el tiempo de curación.
 - d. Los cambios en la piel y la distribución en el tejido adiposo retrasan la curación.
2. Stanley es sordo del oído derecho. ¿Cuál es la intervención de enfermería apropiada para la comunicación con Stanley?
 - a. Hable en voz alta en su oído izquierdo.
 - b. Colóquese del lado izquierdo del paciente.
 - c. Hable con él frente a frente en voz aguda.
 - d. Hable con él frente a frente en voz grave.
3. ¿Por qué es importante que la enfermera revise la temperatura del agua antes de que Stanley tome un baño?
 - a. El paciente puede resfriarse si el agua es muy fría.
 - b. Puede quemarse porque aumenta el umbral de dolor.
 - c. Stanley tiene dificultad para discriminar entre frío y caliente.
 - d. El agua debe estar a 37 grados C.
4. A partir de la información proporcionada, ¿Cuál sería el diagnóstico de enfermería prioritario para Stanley?
 - a. Duelo disfuncional.
 - b. Nutrición desequilibrada: menor a los requerimientos corporales.
 - c. Aislamiento social.
 - d. Riesgo de lesiones.
5. El diagnóstico médico para Stanley fue depresión mayor. Fue realizada una valoración de suicidio. ¿Por qué Stanley está en riesgo de suicidarse?
 - a. Todas las personas deprimidas corren el riesgo de suicidarse.
 - b. Stanley está en el grupo de edad en el cual ocurre el porcentaje más alto de suicidios.
 - c. Stanley es un hombre blanco, pérdidas recientes, vivir solo.
 - d. Su hijo menciona que Stanley tiene un arma.
6. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería sería una *prioridad* con Stanley?
 - a. Tome la presión arterial en cada cambio de turno.
 - b. Asegúrese que Stanley asiste a las actividades de grupo.
 - c. Esté segura de que el paciente coma todo lo que tiene en la charola.
 - d. Aliente a Stanley a que hable de la muerte de su esposa.

7. En el ejercicio en grupo, Stanley siente cansancio y su respiración es entrecortada. Lo que puede ser debido a:
 - a. Cambios relacionados con la edad en el sistema cardiovascular.
 - b. El estilo de vida sedentario de Stanley.
 - c. Los efectos de la depresión patológica.
 - d. El médico prescribe medicamentos para la depresión.
8. Stanley le dice a la enfermera: “estoy solo ahora, mi esposa se ha ido, mi mejor amigo también. Mi hijo está ocupado con su trabajo y la familia. Creo que también sería bueno que me fuera”. ¿Cuál es la mejor respuesta de la enfermera?
 - a. ¿Estás pensando que quieres morir Stanley?
 - b. “Tienes muchas cosas por las cuales vivir, Stanley”.
 - c. “Anímate Stanley. Casi es la hora de la terapia actividad”.
 - d. “Hábleme de su familia Stanley”.
9. El paciente comenta con la enfermera: “no quiero ir a las clases de manualidades. Soy demasiado viejo para aprender algo”. Con base en el conocimiento sobre el proceso de envejecimiento, ¿cuál de las siguientes declaraciones es cierta?
 - a. El funcionamiento de la memoria en los adultos mayores refleja pérdida de la memoria a largo plazo de eventos pasados.
 - b. El funcionamiento intelectual declina en la edad avanzada.
 - c. Las capacidades de aprendizaje permanecen intactas, pero necesitan más tiempo.
 - d. El funcionamiento cognitivo rara vez es afectado en individuos mayores.
10. Según la literatura, ¿qué es lo más importante para Stanley para conservarse sano?
 - a. Permanecer interactivo dentro de la sociedad.
 - b. Desapegarse con lentitud en preparación de la última etapa de la vida.
 - c. Mudarse con su hijo y su familia.
 - d. Conservar la independencia total y aceptar la ayuda de cualquiera.

Pruebe sus habilidades de pensamiento crítico

La señora M., de 76 años, ve a su médico general para su examen regular físico de seis meses. El señor M., su esposo, murió hace dos años, en ese tiempo ella vendió su casa en Kansas y se mudó a California con su única hija. Su hija está casada y tiene tres hijos (uno en el colegio y dos adolescentes en casa). La hija menciona que su madre es más retraída, permanece en su habitación, y come muy poco. Ya perdió 6 kg desde su visita hace seis meses. El médico general refiere a la señora M. al psiquiatra, quien la hospitaliza para su evaluación: le diagnostica depresión mayor.

La señora M. le dice a la enfermera: “no quería dejar mi casa, pero mi hija insistió. Tendría que estar bien, pero extraño a mis amigos y mi iglesia. Iba a todos lados en mi automóvil, pero aquí hay mucho tráfico. Vendieron mi auto y tengo que depender de mi hija o nietos para ir a algún lugar. ¡Odio ser tan dependiente! Extraño mucho a mi esposo, sólo me siento y

pienso en él y mi vida pasada todo el tiempo. No tengo ningún interés en conocer nuevas personas. ¡Quiero irme a mi casa!

La señora M. admite que tiene pensamientos sobre la muerte, aunque niega ser suicida. Dice que no tiene un plan o medios para quitarse la vida. “En realidad no quiero morir, pero tampoco veo mucha razón en seguir viviendo. Mi hija y su familia están muy ocupados con sus propias vidas. No me necesitan, ¡ni siquiera tienen tiempo para mí!”

Responda las siguientes preguntas sobre la señora M.:

1. ¿Cuál sería la intervención de enfermería primaria para la señora M.?
2. Formule un objetivo a corto plazo para la señora M.
3. De los datos de valoración, identifique el principal problema que pueda tener un enfoque a largo plazo para la señora M.

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Turvey C.L., Conwell Y., Jones M.P., et al. (2002). Factores de riesgo para suicidio en adultos mayores: un estudio de comunidad. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 398-406.

Descripción del estudio. Los estudios sugieren que una perspectiva negativa o de depresión, viudez o divorcio, dormir más de 9 h por día, y beber más de tres tragos por día fueron factores de riesgo en personas de edad avanzada. El objetivo primario de este estudio fue examinar la relación entre el suicidio al final de la vida y la salud física, discapacidad, y apoyo social.

Los participantes fueron 14 456 seleccionados de una población general de sujetos mayores de 65 años en adelante. Los sujetos testigo fueron un grupo de 420 individuos que fueron emparejados por edad y sexo. Fue un estudio longitudinal de 10 años que comenzó en 1981. Las variables fueron valoradas al principio, en el tercer año, en el año seis, y a los 10 años. Las variables fueron calidad del sueño, apoyo social, consumo de alcohol, enfermedades, alteración física, alteración cognitiva, y síntomas depresivos.

Resultados del estudio. El seguimiento de mortalidad en 10 años indicó que 75% de los sujetos control había muerto, pero ninguno por suicidio. Veintiuno de 14 456 participantes cometieron suicidio durante el periodo de seguimiento. Veinte de 21 víctimas de suicidio fueron varones. La edad promedio fue 78.6 años, con una variación de 67 a 90 años; los medios más comunes fueron disparos de arma de fuego. Otros medios incluyen ahorcamiento, lesiones con arma blanca, sobredosis, ahogamiento, inhalación de monóxido de carbono, y una persona saltó para suicidarse.

En este estudio, la presencia de amigos o parientes en quienes confiar fue negativamente asociado con el suicidio. De la mis-

ma forma, la asistencia regular a la iglesia fue más común en los individuos testigo que los participantes de la muestra, lo que indica una variación mayor del apoyo de la comunidad.

Quienes cometieron suicidio presentaron más síntomas depresivos que quienes no lo hicieron, pero no consumieron más alcohol (inconsistentes con estudios previos). La mala calidad de sueño fue identificada como una predisposición. Los autores identifican la pequeña muestra de suicidio de este estudio.

Implicaciones para la práctica de enfermería. Este estudio identificó la depresión, deficiente calidad de sueño, y limitado apoyo social como variables importantes en el potencial para el suicidio en adultos mayores. Las alteraciones de sueño puede ser un factor importante indicador de depresión, mientras que el apoyo social limitado puede ser un factor de contribución.

El estudio proporciona reforzamiento por el *US Department of Health and Human Services* (USDHHS) sobre la recomendación en la *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action* (2001), que recomienda la detección y tratamiento de la depresión como una estrategia para prevenir el suicidio en esta etapa de la vida. El autor explica: "Por la depresión y el apoyo social son razonables para la intervención, este estudio proporciona más evidencia para la posible efectividad de tales estrategias para reducir los suicidios entre los adultos mayores."

El personal de enfermería puede participar de manera activa en la valoración de estos factores de riesgo, como también la planeación, realización, y evaluación de la efectividad de las estrategias para prevenir el suicidio en la población de adultos mayores.

REFRENCIAS

- American Association of Retired Persons (AARP). (2005). *Sexuality at Midlife and Beyond: 2004 Update of Attitudes and Behaviors*. Retrieved April 5, 2007 from http://www.aarp.org/research/family/lifestyles/2004_sexuality.html
- Administration on Aging (AoA). (2006). *A profile of older Americans: 2005*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Altman, A., & Hanfling, S. (2003). *Sexuality in midlife and beyond*. Boston, MA: Harvard Health Publications.
- American Geriatrics Society. (2005). Summary of Geriatric and Chronic Care Management Act of 2005 (S. 40/H.R. 467). Retrieved April 5, 2007 from http://www.americangeriatrics.org/policy/summ_gerchroniccaregmt05PF.shtml
- Beers, M.H., & Jones, T.V. (Eds.). (2004). *The Merck Manual of Health & Aging*. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories.
- Blazer, D. (2003). Geriatric psychiatric. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Charbonneau, A. (2003). Elderly suicide prevention. Regions VII/VIII Suicide Prevention Planning Meeting. Kansas City, KS: University of Kansas Medical Center, October 29, 2003.
- Giger, J.N., & Davidhizar, R.E. (2004). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (4th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- King, B.M. (2005). *Human sexuality today* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., & Kolodny, R.C. (1995). *Human sexuality* (5th ed.). New York: Addison-Wesley Longman.
- Merck Institute of Aging & Health. (2005). *Suicide in older adults: We can all help to prevent it*. Retrieved April 5, 2007 from <http://www.miahonline.org/>
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (2006). *Health, United States, 2006*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. DHHS Publication No. 2006-1232.

- National Center for Health Statistics (NCHS). (2004). *Older Americans 2004: Key indicators of well-being*. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2006). *Older adults: Depression and suicide facts*. Retrieved April 5, 2007 from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/elderlydepsuicide.cfm>
- Pietraniec-Shannon, M. (2003). Nursing care of elderly patients. In L.S. Williams & P.D. Hopper (Eds.), *Understanding medical-surgical nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Roberts, C.M. (1991). *How did I get here so fast?* New York: Warner Books.
- Rogers-Seidl, F.F. (1997). *Geriatric nursing care plans* (2nd ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Rossouw, J.E., Anderson, G.L., et al. (2002, July 17). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Princi-pal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333, 366–368.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Srivastava, S., John, O.P., Gosling, S.D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1041–1053.
- Stanley, M., Blair, K.A., & Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing: Promoting successful aging with older adults* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Vaillant, G.E. (2003). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard study of adult development*. New York: Little, Brown, & Company.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.

Reichard, S., Livson, F., & Peterson, P.G. (1962). *Aging and personality*. New York: John Wiley & Sons.



R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de envejecimiento en:

- <http://www.4woman.org/Menopause>
- <http://www.aarp.org/>
- <http://www.oaktrees.org/elder/>
- <http://www.acjnet.org/docs/eldabpfv.html>
- <http://www.ssa.gov/>
- <http://www.nih.gov/nia/>
- <http://www.medicare.gov/>
- <http://www.seniorlaw.com/>
- <http://www.growthhouse.org/cesp.html>
- <http://www.agenet.com/>
- <http://www.aoa.dhhs.gov/>
- <http://www.nsclc.org/>

25

CAPÍTULO

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

CAMBIO DEL ENFOQUE EN LA ATENCIÓN

MODELO DE SALUD PÚBLICA

LA COMUNIDAD COMO PACIENTE

POBLACIÓN SIN HOGAR

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

manejo de un caso
desinstitucionalización

grupos relacionados de diagnóstico
(DRG)

unidades móviles de extensión
clínicas storefront

CONCEPTOS CENTRALES

prevención primaria
comunidad

prevención secundaria

prevención terciaria

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Discutir el cambio del enfoque de la atención en el campo de la salud mental.
2. Definir los conceptos de atención relacionados con el modelo de salud pública.
3. Debatir acerca de la prevención primaria de la enfermedad mental en la comunidad.
4. Identificar las poblaciones en riesgo para la enfermedad mental en la comunidad.
5. Orientar la intervención de enfermería en la prevención primaria de enfermedad mental en la comunidad.
6. Establecer mecanismos para la prevención secundaria de enfermedad mental en la comunidad.
7. Describir las alternativas de tratamiento relacionadas con la prevención secundaria en la comunidad.
8. Discutir la prevención terciaria de la enfermedad mental en la comunidad como está relacionada con el enfermo mental grave y las personas enfermas mentales sin hogar.
9. Relacionar factores históricos y epidemiológicos relacionados con la atención para enfermos mentales graves y personas sin hogar enfermas en la comunidad.

10. Identificar las alternativas de tratamiento para la atención de enfermos mentales graves y enfermos mentales sin hogar en la comunidad.
11. Aplicar los pasos del proceso de enfermería a la atención del enfermo mental grave y el enfermo sin hogar en la comunidad.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo explora los conceptos de prevención primaria y secundaria de las enfermedades mentales en la comunidad. El enfoque adicional va dirigido a la prevención terciaria del trastorno mental: el tratamiento con los recursos de la comunidad de quienes sufren de alteraciones mentales graves y persistentes y personas enfermas sin hogar. Hay gran énfasis en el papel del personal de enfermería en varios tratamientos alternativos en el escenario de la comunidad.

CAMBIO DEL ENFOQUE EN LA ATENCIÓN

Antes de 1840 eran desconocidos los tratamientos para los individuos con enfermedades mentales. Debido a que la enfermedad mental era percibida como incurable, la única intervención “razonable” era retirar a la persona de la comunidad a un lugar donde no se causara daño a sí mismo o a otras personas.

En 1841, Dorothea Dix, una maestra de escuela, inició una cruzada personal en todo el país en representación de los enfermos mentales institucionalizados. Los esfuerzos de esta autonómada “inspectora” dieron como resultado un tratamiento más humano a las personas enfermas mentales y el establecimiento de varios hospitales para estos pacientes.

Después de iniciado el movimiento por Dix, aumentó el número de hospitales para personas con enfermedad mental, aunque de manera desafortunada no tan rápido como el número de individuos con enfermedad mental. La demanda pronto sobrepasa la oferta, hay saturación en los hospitales y no tienen suficiente personal, con condiciones que apenaría de manera profunda a Dorothea Dix.

El movimiento de salud mental en la comunidad inició su alza en 1940. Con el establecimiento del Acta de Salud Mental Nacional de 1946, el gobierno de Estados Unidos premia con subvenciones a los estados para desarrollar programas de salud mental fuera de los hospitales estatales. Fueron inauguradas clínicas de pacientes externos y unidades psiquiátricas en hospitales generales. Después en 1949, fue creado el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) como una extensión del Acta de Salud Mental Nacional. El gobierno de Estados Unidos le dejó la responsabilidad a esta agencia para atender la salud mental en el país.

En 1955, el Congreso creó *Joint Commission on Mental Health and Illness* para identificar las necesidades de salud

mental nacional y hacer recomendaciones para mejorar la atención psiquiátrica. En 1961, esta comisión publicó el informe *Action for Mental Health*, en el cual aparecen las recomendaciones para el tratamiento de pacientes con enfermedad mental, entrenamiento de personas a cargo de los enfermos, y mejoras en la educación e investigación en la enfermedad mental.

Hay que tener en consideración que de estas recomendaciones el Congreso aprobó la *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act* (con frecuencia llamadas Actas de Salud Mental de la Comunidad) de 1963. Esta acta dio paso a la construcción de centros para la salud de la comunidad (*Comprehensive Community Health Centers*), el costo de los cuales comparten los gobiernos federal y estatales, lo que dio paso al movimiento de **desinstitucionalización** (cerrar los hospitales mentales y dar de alta a los individuos con enfermedad mental).

Por desgracia, muchos gobiernos de estado no tienen la capacidad de conseguir los fondos federales requeridos para el establecimiento de estos centros de salud mental. Para algunas comunidades es difícil seguir los rígidos requerimientos para los servicios necesarios por la legislación que proporciona los beneficios.

En 1980 fue establecida la Acta de Sistemas de Salud Mental de la Comunidad, que ha tenido un papel importante en la renovación de la atención. La fundación fue autorizada para los centros de salud mental, servicios para la población de alto riesgo y para investigaciones y servicios para violación. La aprobación también fue concedida para el nombramiento de un director asociado para los intereses de las minorías del INSM. Sin embargo, antes de realizar estos planes, la administración recién inaugurada dispuso su intención de disminuir la participación federal. El presupuesto recortó el reducido número de servicios obligatorios, y los fondos federales para los centros de salud mental de la comunidad acabaron en 1984.

Mientras tanto, los costos de atención para pacientes psiquiátricos hospitalizados continuaron aumentando; el problema de la “puerta giratoria” empezó a intensificarse. Los individuos con enfermedad mental grave y persistente no tenían a dónde ir cuando sus síntomas aumentaron, excepto de regreso al hospital; y las personas sin sistemas de apoyo permanecían en el hospital por largos períodos debido a la falta de servicios comunitarios apropiados. Los servicios del hospital eran pagados con base en los costos y el reembolso retrospectivo: Medicaid, Medicare

y seguros de salud privados. El reembolso retrospectivo aumentó los gastos del hospital; mientras más servicios eran proporcionados, mayor era el pago recibido.

Hubo una interrupción en el sistema de atención a la salud en 1983 con la llegada del **pago prospectivo** —la contención de los costos propuestos de la administración de Reagan—, que fue dirigido a controlar los costos de Medicare por establecer en adelante cantidades establecidas que serían reembolsadas para diagnósticos específicos, o **grupos relacionados de diagnóstico (DRG)**. Desde entonces, el pago prospectivo también fue integrado por los estados (Medicaid) y por algunas compañías aseguradoras privadas, lo que afectó de manera drástica la cantidad de reembolso para los servicios de atención a la salud.

Los servicios para la salud mental fueron influenciados por el pago prospectivo. Los servicios de hospitales generales para pacientes psiquiátricos están muy restringidos; es decir, los pacientes con síntomas agudos como psicosis aguda, ideas o intentos de suicidio, o exacerbaciones maniacas, constituyen el segmento más amplio del censo del hospital psiquiátrico.

Pacientes con padecimientos menos graves (p. ej., depresión moderada o trastornos de ajuste) pueden ser hospitalizados, pero la duración de la estancia es menor de manera considerable por los lineamientos de reembolso. Los pacientes son dados de alta del hospital con más necesidades de atención por consecuencias que en el pasado, cuando la estancia en el hospital era más prolongada.

La desinstitucionalización continúa como el enfoque cambiante de la atención a la salud en Estados Unidos. La atención para el paciente en el hospital ha llegado a tener un costo prohibitivo, mientras que para el paciente en la comunidad el costo es efectivo. La realidad de la provisión de servicios de atención a la salud en la actualidad con frecuencia es más de índole política y de fondos que a los proveedores les preocuparía admitir. Las decisiones sobre cómo tratar pocas veces son hechas sin considerar el costo y la forma de pago.

La provisión de servicios de salud mental al paciente externo no sólo está en aumento para el futuro sino que también es necesario en la actualidad. Hay que servir al consumidor para brindar los servicios esenciales para ayudar con la promoción de la salud o prevención, para iniciar la temprana intervención, y para asegurar la rehabilitación o prevención de discapacidad a largo plazo.

MODELO DE SALUD PÚBLICA

La premisa del modelo de salud pública está basada en gran parte en los conceptos establecidos por Gerald Caplan (1964) durante el movimiento inicial de salud mental, que incluyen prevención primaria, prevención secundaria, y prevención terciaria. Estos conceptos no



Prevención primaria

Servicios dirigidos a reducir la incidencia de trastornos mentales en la población.

sólo tienen importancia en la enfermería en salud mental, sino que han sido adaptados como principios en muchos escenarios clínicos y comunitarios en gran variedad de especialidades médicas y de enfermería.

Los blancos de **prevención primaria** son tanto los individuos como el ambiente, por lo que el énfasis es doble:

1. Ayudar a las personas para aumentar su capacidad para enfrentar de manera efectiva el estrés.
2. Identificar y disminuir los factores perjudiciales (de estrés) en el ambiente.

La enfermería en la prevención primaria está enfocada en la identificación de grupos en riesgo y la provisión de programas educativos. Los ejemplos incluyen:

- Enseñar habilidades de crianza y sobre el desarrollo del niño a los futuros padres.
- Explicar los efectos físicos y psicosociales del alcohol y las drogas a estudiantes de edad escolar elemental.
- Enseñar técnicas de manejo de estrés a quienes deseen aprenderlas.
- Enseñar a grupos de individuos formas de enfrentar los cambios relacionados con las diferentes etapas de maduración.
- Hablar de los conceptos de salud mental a varios grupos en la comunidad.
- Proporcionar educación y apoyo a personas desempleadas o individuos sin hogar.
- Brindar educación y apoyo a otras personas en varios períodos de transición (p. ej., viudos y viudas, jubilados, y mujeres que entran a la fuerza laboral en la mediana edad).

Éstos son sólo algunos ejemplos de los tipos de servicios de enfermería brindados en prevención primaria. Estos servicios pueden proporcionarse en varios escenarios convenientes para el público [p. ej., iglesias, escuelas, colegios, centros comunitarios, *Young Men's Christian Association* (YMCA), lugares de trabajo de organizaciones de empleados, reuniones de grupos de mujeres, organizaciones cívicas o sociales [*Parent-Teacher Association* (PTA), parques de salud, refugios comunitarios].

La **prevención secundaria** es llevada a cabo por medio de la identificación temprana de problemas y rápido inicio del tratamiento efectivo. El enfoque de la enfermería en prevención secundaria es en el reconocimiento de los

Concepto Central

Prevención secundaria

Servicios dirigidos a reducir la prevalencia de enfermedades psiquiátricas para abreviar el curso (duración) de la enfermedad (Sadock y Sadock, 2003).

síntomas y provisión de, o referidos para el tratamiento. Los ejemplos incluyen:

- Seguimiento de la valoración de los individuos en alto riesgo por la exacerbación de enfermedades (p. ej., durante visitas a domicilio, atención durante el día, centros comunitarios de salud, o cualquier escenario para personas en alto riesgo).
- Provisión de cuidados para personas valoradas con síntomas de enfermedad (p. ej., orientación individual o en grupo, administración de medicamentos, educación y apoyo durante el periodo de estrés [intervención en crisis], centros de crisis por violación, líneas telefónicas para suicidas, refugios para personas sin hogar, refugios para mujeres abusadas, o unidades móviles de salud mental).
- Referencias para tratamiento a individuos valorados con síntomas de enfermedad mental; que pueden ser referidos a grupos de apoyo, centros comunitarios de salud mental, servicios de emergencia, psiquiatras o psicólogos, hospitalización durante el día o parcial. Puede ser necesaria la terapia en pacientes internos en una unidad psiquiátrica de un hospital general o en un hospital psiquiátrico privado. La quimioterapia y algún otro tipo de tratamiento puede iniciarse como parte del tratamiento.

La prevención secundaria es abordada de manera extensa en la Unidad Tres de este texto. La valoración de enfermería, diagnóstico/identificación de resultados, planificación/realización, y evaluación fueron discutidas para muchas enfermedades mentales en el *DSM-IV-TR* (APA, 2000). Estos conceptos pueden aplicarse en cualquier escenario donde la enfermería sea practicada.

La **prevención terciaria** es realizada de dos maneras:

1. Prevención de las complicaciones de la enfermedad.
2. Promoción de la rehabilitación dirigida a que cada individuo alcance el máximo nivel de funcionamiento.

Concepto Central

Prevención terciaria

Servicios dirigidos a reducir los defectos residuales relacionados con graves y persistentes trastornos mentales.

Sadock y Sadock (2003) sugieren el término *enfermedad mental crónica*, la cual de manera histórica está relacionada con hospitalizaciones prolongadas que resultan en pérdida de habilidades sociales y aumenta la dependencia, en la actualidad los pacientes también pueden referirse a partir de la generación desinstitucionalizada; puede ser que estos pacientes nunca hayan sido hospitalizados, pero todavía no tienen las habilidades adecuadas para tener vidas productivas en su comunidad.

La enfermería en prevención terciaria está enfocada en ayudar a los pacientes a aprender o reaprender comportamientos sociales apropiados para que puedan cumplir un papel satisfactorio en la comunidad. Los ejemplos incluyen:

- Consideración del proceso de rehabilitación en el momento del diagnóstico inicial y planeación del tratamiento.
- Enseñarle al paciente habilidades para la vida diaria y alentar la independencia a su máxima capacidad.
- Referir pacientes a varios servicios de ayuda oficial (p. ej., grupos de apoyo, programas de tratamiento de día, programas de hospitalización psicosociales, programas psicosociales de rehabilitación, hogares grupales y otras viviendas de transición).
- Observación de la efectividad de los servicios de ayuda oficiales (p. ej., a través de visitas de salud a domicilio o citas de seguimiento en centros comunitarios de salud mental).
- Hacer referencias para servicios de apoyo cuando sea necesario (p. ej., algunas comunidades tienen programas de enlace para individuos con graves trastornos mentales, con voluntarios que sirven para desarrollar relaciones amistosas con estas personas y quienes les ayudan con tareas del hogar, las compras y otras actividades de la vida diaria con las que los pacientes tienen dificultades, además de participar en actividades sociales con el individuo).

La atención de enfermería de tercer nivel de preventión puede administrarse en un individuo o en grupo y en gran variedad de escenarios, como pacientes internos, de hospitalización parcial, hogares grupales, hogares intermedios, refugios, casas de atención a la salud, casas de reposo o asilos, y centros comunitarios de salud mental.

Concepto Central

Comunidad

Un grupo, población o asociación con por lo menos una característica común, como localización geográfica, ocupación, etnicidad o interés en la salud (Langley, 2002).

LA COMUNIDAD COMO PACIENTE

Prevención primaria

La prevención primaria en comunidades tiene dos aspectos importantes definidos con anterioridad en este capítulo, que incluyen:

1. Identificar los eventos de vida estresante que precipitan crisis e identifican poblaciones relevantes de alto riesgo.
2. Intervención con estas poblaciones de alto riesgo para prevenir o reducir las consecuencias perjudiciales.

Población en Riesgo

Una forma de ver las poblaciones en riesgo es enfocarse en los tipos de crisis que los individuos tienen en sus vidas. Dos amplias categorías son crisis de madurez y crisis situacionales.

Crisis de Madurez

Estos episodios son experiencias cruciales relacionadas con varias etapas de crecimiento y desarrollo. Erikson (1963) describe ocho etapas del ciclo de vida durante las cuales las personas realizan “tareas” de desarrollo, y las crisis ocurren durante cualquiera de estas etapas, aunque varios períodos de desarrollo y eventos del ciclo de vida son reconocidos como momentos de crisis potencial: adolescencia, matrimonio, crianza, edad mediana, y retiro.

ADOLESCENCIA. La tarea en la adolescencia según Erikson (1963) es encontrar su propia identidad *versus* confusión. Este es el momento en el cual las dudas de las personas son: “¿quién soy?”, “¿hacia dónde me dirijo?”, y “¿de qué se trata la vida?”

Esta etapa es de transición a la juventud, y son momentos muy volátiles para casi todas las familias. De manera general, ocurren conflictos en cuanto al control: los padres tienen dificultad para renunciar al control que han tenido durante la infancia de sus hijos hasta que son escolares; hasta que llega el momento en que los adolescentes buscan su independencia. Pareciera que el adolescente tiene 25 años un día y tiene cinco años al día siguiente; con frecuencia es citada la definición de un adolescente, de un autor anónimo, como “un niño pequeño con hormonas y ruedas”.

En esta etapa los adolescentes están “probando sus alas”, aunque tienen una necesidad esencial de saber que sus padres (o tutores) están disponibles si requieren ayuda. Mahler, Pine y Bergman (1975) llaman a este concepto vital “recarga emocional”, y aunque hacían referencia a niños pequeños cuando acuñaron el término, es aplicable a los adolescentes también. De hecho, se cree que el factor más común que precipita al adolescente al suicidio es la pérdida o amenaza de pérdida, o abandono por parte de los padres, o de la relación más cercada de un compañero.

Los adolescentes tienen muchos asuntos con los cuales lidiar y muchas opciones que hacer, algunas de éstas incluyen las relacionadas con la autoestima e imagen corporal (en un cuerpo que está sufriendo cambios con mucha rapidez), relaciones con otros adolescentes, educación y selección de carrera profesional, establecimiento de valores e ideales, sexualidad y experimentación sexual (incluso control natal y prevención de enfermedades de transmisión sexual), abuso de drogas y alcohol, y apariencia física.

Las intervenciones con adolescentes en el nivel primario de prevención están enfocadas en proporcionar apoyo e información exacta para facilitar la difícil transición en la que están. Las oportunidades de educación pueden presentarse en escuelas, iglesias, centros para jóvenes, o en cualquier lugar donde haya reuniones de adolescentes. Los tipos de programas pueden incluir, aunque no están limitados, los siguientes:

- Grupos de Alateen para adolescentes con padres alcohólicos.
- Otros grupos de apoyo para adolescentes que necesitan ayuda para enfrentar situaciones de estrés (p. ej., niños de padres en proceso de divorcio, adolescentes gestantes, adolescentes que enfrentan el aborto, o que enfrentan la muerte de alguno de sus padres).
- Los programas educativos que informan y validan los cambios corporales y emociones sobre los cuales ellos están interesados.
- Programas de educación sobre necesidades nutricionales específicas en este grupo de edad.
- Los programas que sirven para informar sobre sexualidad, gestación, contracepción, y enfermedades de transmisión sexual.
- Programas de información sobre el uso y abuso de alcohol y otras drogas.

MATRIMONIO. El “sueño americano” de los años 50 —en especial para las mujeres americanas— era casarse, tener dos o tres hijos, una casa en los suburbios y manejar su propio automóvil. No estar comprometida después de los 20 años causaba en muchas mujeres el temor de convertirse en “viejas solteronas”; y vivir juntos sin el beneficio del matrimonio era inaceptable y pocas veces era considerado una opción.

Los tiempos han cambiado de manera considerable en cincuenta años; es decir, en la actualidad las mujeres eligen hacer una carrera antes de casarse, continuar con su profesión después del matrimonio, o no casarse en absoluto. Muchas parejas deciden vivir juntas sin estar casados, y con muchas tendencias, en la actualidad esta práctica recibe más aceptación social que en tiempos pasados.

¿Por qué el matrimonio es considerado una de las crisis de maduración más comunes? Sheehy (1976) en su volumen sobre pasajes de vida, escribió:

No es posible que dos personas coordinen todas sus crisis de desarrollo. El momento de las oportunidades externas nunca será el mismo. Pero más importante, cada uno tiene una estructura vital interna con sus propias idiosincrasias. Depende de lo que sucede con anterioridad, cada uno alterna de manera diferente entre las ocasiones de sentimientos de completa certeza, esperanza y un elevado potencial, y otras veces de vulnerabilidad, desconcentración y temor (p. 138).

También pueden surgir conflictos adicionales cuando el matrimonio está influenciado por diferencias en religión, etnicidad, estatus social, o raza; aunque estas diferencias son más aceptables en lo individual y social en la actualidad.

Las intervenciones de enfermería en el primer nivel de prevención con individuos en esta etapa del desarrollo abarcan la educación en relación a lo esperado en las distintas etapas en el matrimonio. En la actualidad muchas escuelas superiores ofrecen cursos sobre el matrimonio y la familia en los cuales los estudiantes tienen un juego de papeles en anticipación a situaciones en el matrimonio y de familia. El personal de enfermería puede ofrecer estos tipos de clases en la comunidad que consideran casarse. Demasiadas personas contraen matrimonio con la noción de que, con la seguridad de su amor, su marido o esposa, pronto descartará sus rasgos indeseables y cambiará a la percepción de pareja ideal. La prevención primaria con estos individuos incluye:

- Alentar la comunicación honesta.
- Determinar lo que cada persona espera de la relación.
- Comprobar si cada individuo puede aceptar el compromiso.

Este tipo de intervención puede ser efectiva en terapia individual o de pareja, y en el apoyo o grupos de educación de parejas que experimentan circunstancias similares.

CRIANZA. Murray y Zentner (2001) explican:

La llegada de los hijos es una crisis, un punto de cambio en la vida de la pareja en la cual los antiguos patrones de vida se deben cambiar por nuevas formas de vida y nuevos valores. Con la llegada de la crianza, una pareja se embarca en un viaje en el cual no hay retorno. Para decir de manera más simple, los padres no renuncian. El nacimiento del niño trae finalmente muchos privilegios de elevado valor y permanencia de responsabilidades (p. 326).

Tal vez no exista otra etapa del desarrollo que produzca agitación igual que el nacimiento de un niño, incluso cuando es deseado con desesperación y placer anticipado, su llegada por lo general provoca cierto grado de caos en el sistema familiar.

Debido a que la familia opera como un sistema, la presencia de un nuevo miembro influye en todas las partes de este

sistema como un todo. Si es el primer niño, la relación entre los esposos parece ser afectada por las demandas de atención del niño las 24 horas del día. Si ya hay más hijos, ellos resienten la atención que recibe el recién llegado y muestran su resentimiento en diferentes y creativas formas.

El concepto de tener un hijo (en particular el primero) con frecuencia es muy romántico, con poca o ninguna consideración con la realidad y las responsabilidades que acompaña este “paquete de dicha”. Muchos padres jóvenes entran en commoción al darse cuenta de que ese pequeño ser humano puede crear tantos cambios en tantas vidas. Es desafortunado que la crianza sea una de las más importantes posiciones de un individuo en la vida, y para los cuales con frecuencia está menos preparado.

La intervención de enfermería en el nivel primario de prevención con la etapa de desarrollo de la crianza debe empezar desde que el niño nace. ¿Cómo preparamos a los individuos para ser padres? La *guía anticipada* es el término usado para describir las intervenciones utilizadas para ayudar a los nuevos padres a saber qué es lo esperado de ellos. Han sido escritos muchos volúmenes sobre el tema, pero también es importante para los padres expectantes tener el apoyo personal, o en grupos con quienes hablar, expresar sus sentimientos, excitación y miedos.

El personal de enfermería puede proporcionar el siguiente tipo de información para facilitar la transición de esta etapa (Mercer, 2005; Murray y Zentner, 2001; Spock, 2004).

- *Clases preparadas antes del nacimiento:* que sucedería con mayor probabilidad con la información adicional sobre las posibles variaciones de las que son esperadas.
- *Información sobre lo que puede esperarse después del nacimiento del bebé:*
 - **Compromiso padre-hijo.** Padres expectantes deben saber que es común que este compromiso no ocurre de manera inmediata. La fuerte relación entre ellos ocurre conforme padres e hijos van conociéndose.
 - **Cambio de relaciones marido y mujer.** La pareja debe ser alentada a comprometerse con comunicación honesta y representar los papeles de situaciones típicas que surgen después de que el bebé empieza a ser parte de la familia.
 - **Ropa y artículos para el bebé.** Los nuevos padres necesitan saber lo que es requerido para la atención de un recién nacido. Debe considerarse la situación económica de la familia, espacio disponible y estilo de vida.
 - **Alimentación.** Deben conocer las ventajas y desventajas de la alimentación natural y la alimentación con fórmula, y deben recibir apoyo cualquiera sea su decisión para alimentar al bebé. También debe dár-

seles guía anticipada relacionada con la técnica para cualquiera de las dos formas de alimentación como lo soliciten los padres.

- **Otras expectativas.** Es importante para los padres recibir guías anticipadas sobre los patrones de sueño y llanto de los bebés, el baño, atención de la circuncisión y cordón umbilical, juguetes que proporcionan estimulación a los sentidos de los recién nacidos; aspectos sobre proporcionar un ambiente seguro, y cuándo llamar al médico.
- *Etapas de crecimiento y desarrollo:* es muy importante para los padres entender cuáles son los comportamientos esperados en cada etapa del desarrollo. También es importante saber que no todos los niños siguen de manera necesaria todos los lineamientos en cada etapa. Sin embargo, las diferencias importantes deben informarse al médico.

EDAD MEDIANA. ¿Qué es la edad mediana? En una ocasión una colega comentó cuando cumplió 50 años: “Ahora puedo decir de manera oficial que estoy en la edad mediana... ¡hasta empecé a pensar que conozco muy pocas personas de 100 años!”

Las crisis de la edad mediana no es definida por un número específico; varias fuentes en la literatura identifican estos conflictos que aparecen entre los 35 y 65 años de edad.

¿Qué es una crisis de la edad mediana? Esto también es muy individual, pero pueden identificarse algunos patrones dentro de tres amplias categorías:

1. Alteración en la percepción de sí mismo. Este cambio puede presentarse con lentitud. De manera repentina es consciente de estar “viejo” o que está en la “edad mediana”. Murray y Zentner (2001) establecen:

El individuo se mira en el espejo y ve los cambios que los demás han notado por algún tiempo. El pelo gris y las arrugas, características ordinarias, disminución del tono muscular, aumento de peso, varicosidades, y lesiones capilares pueden ser los primeros signos de la edad difícil, y de manera repentina pueden parecer amenazadoras para el individuo (p. 699).

Otros cambios biológicos que aparecen de manera natural con el proceso de envejecimiento también pueden impactar las crisis que afectan este momento. En mujeres, una disminución gradual en la producción de estrógeno inicia la menopausia, que ocasiona una variedad de síntomas físicos y emocionales. Algunos síntomas físicos incluyen los “calores” (bochornos), resequedad vaginal, cese de la menstruación, pérdida de la capacidad reproductiva, sudaciones nocturnas, insomnio, dolores de cabeza, y leves alteraciones de la memoria. Los síntomas emociona-

les incluyen ansiedad, depresión, ataques de llanto, y exabruptos de temperamento.

Aunque el periodo de la menopausia en varones no es evidente como en las mujeres, la mayoría de los médicos suscribe la creencia de que los varones sufren una experiencia climática relacionada con la reducción gradual en la producción de testosterona. Aunque la producción de espermatozoides disminuye con la edad, por lo general no cesa por completo, como sucede con la producción de ovocitos en las mujeres en la menopausia (Scanlon y Sanders, 2007). Algunos varones experimentan calores, sudaciones, escalofríos, vértigo, y palpitaciones (Murray y Zentner, 2001), mientras que otros pueden experimentar depresión grave y disminución del vigor físico general (Sadock y Sadock, 2003); también es frecuente cierta alteración en el funcionamiento sexual (ver Capítulo 24).

2. Alteración en la percepción de otras personas. Un cambio en la relación con los hijos adultos requiere un cambio sensible en el cariño. Wright y Leahay (2005) explican:

La familia original debe renunciar a los papeles primarios de padres e hijos. Se deben adaptar a las nuevas funciones de padres e hijos adultos. Esto incluye la renegociación de los compromisos emocionales y financieros. La clave del proceso emocional durante esta etapa para los miembros de la familia es lidiar con las salidas y entradas al sistema familiar (pp. 106-107).

Estas experiencias son difíciles en particular cuando los valores paternos entran en conflicto con las relaciones y los tipos de estilo de vida que sus hijos eligen. Una alteración de la percepción de los padres de uno mismo empieza a presentarse durante esta etapa. Después de haber tenido a los padres como apoyo y comodidad, los individuos de edad mediana pueden encontrarse de manera repentina con que los papeles han cambiado. Los padres mayores pueden buscar la ayuda de los hijos para tareas que antes realizaban de manera independiente. Cuando los padres mueren, los individuos de edad mediana deben reconciliarse con su propia mortalidad. El proceso de reconocimiento y resolución de su propia muerte empieza en esta etapa.

3. Alteración en la percepción de esta etapa. La edad mediana es definida como el final de la juventud y el inicio de la edad avanzada. Las personas con frecuencia experimentan una sensación de que el tiempo está corriendo: “No he hecho todo lo que quería hacer”. Pueden presentar depresión y una sensación de pérdida conforme los individuos ven que no pudieron alcanzar algunos de los objetivos establecidos en su juventud.

El término “síndrome del nido vacío” es usado para describir el periodo de ajuste que los padres experimentan

ante la partida de casa del último de sus hijos, para establecerse en una residencia independiente. La crisis por lo general es más profunda para las madres que dedican su vida al cuidado de sus familias. En la medida que sus hijos se van, ellas perciben su futuro como incierto y carente de significado.

Algunas mujeres que han dedicado sus vidas para criar a sus hijos deciden desarrollar sus propios intereses y alcanzar metas personales una vez que sus hijos han crecido. Esto ocurre en el momento en que sus esposos empiezan a disminuir lo que puede ser una compulsión por la seguridad ocupacional durante los primeros años de sus vidas.

Esta disparidad en objetivos comunes puede crear conflicto en la pareja, en el momento en que ella experimenta más valía en sí misma y su propia vida, decae la autoestima del esposo. Esto también puede relacionarse con una disminución en la cantidad de tiempo y apoyo por parte de la esposa, al cual el marido está acostumbrado. Este tipo de cambio en los papeles requiere numerosas adaptaciones por ambas partes.

Por último, un cambio en la percepción de sí mismo en el tiempo puede relacionarse con la lucha de la sociedad por la eterna juventud. Murray y Zentner (2001) explican:

Ya sea varón o mujer, la persona que carece de confianza en sí misma y no puede aceptar los cambios físicos, tiene una compulsión por usar cosméticos, ropa, estilos de cabello, y otros atributos de la juventud con la esperanza de que éstos retengan la juventud. La persona trata de tener una figura y cara jóvenes, tal vez a través de cirugía; tintes para el pelo para cubrir las canas; y aplicarse cremas con hormonas para restaurar la piel (pp. 731-732).

Este anhelo por la juventud puede tomar forma de promiscuidad sexual o romances extramaritales con individuos mucho más jóvenes, en un esfuerzo de probar que de la persona “todavía queda mucho”. Algunos individuos utilizan comportamientos de tipo regresivo, como los varones de edad mediana que compran una motocicleta y se adhieren a un grupo de motociclistas, y las mujeres de 50 años usan faldas cortas y coquetean con los amigos de sus hijas. Estos individuos pueden negar su propio pasado y experiencia, con una visión negativa de sí mismos, desean de forma intensa revivir su juventud.

La intervención de enfermería en el primer nivel de prevención con la etapa de desarrollo de la edad mediana incluye proporcionar información exacta en relación a los cambios que ocurren durante esta etapa de la vida, y apoyar la adaptación a estos cambios de manera efectiva. Estas intervenciones pueden incluir:

- Clases de nutrición para informar a las personas de este grupo de edad sobre temas esenciales de la dieta y el

ejercicio. Material educativo sobre cómo evitar la obesidad o reducir el peso, además de la importancia de la buena nutrición.

- Ayuda con formas para mejorar la salud (p. ej., dejar de fumar, dejar o reducir el consumo del alcohol, reducir la ingestión de grasa).
- Discusiones sobre la importancia de hacerse exámenes regulares, incluso el Papanicolaou y exámenes de glándula mamaria, y de próstata para los varones. Debe enseñarse la importancia de exámenes mensuales de los senos y las mamografías anuales.
- Deben darse clases sobre menopausia. Proporcionar información de lo que debe esperarse; los mitos en relación a este tema; y la posible formación de grupos de apoyo para mujeres y varones que pasan por esta experiencia.
- Apoyo e información relacionados con cambios físicos que ocurren en el cuerpo durante esta etapa; ayudar con la respuesta de duelo que experimentan algunos individuos en relación con la pérdida de la juventud, por el “síndrome del nido vacío”, y sentido de identidad.
- Apoyo e información relacionada con la atención que deben recibir padres mayores. Los individuos deben ser referidos a recursos de la comunidad para descansar, y recibir ayuda antes de que la fatiga psicológica por cuidar a una persona amenace el sistema familiar.

JUBILACIÓN. El retiro, que con frecuencia y en principio es considerado un logro, puede ocasionar sentimientos de ambivalencia cuando ocurre en realidad. Nuestra sociedad le da mucha importancia a la productividad y a tener grandes ingresos tan jóvenes como sea posible; por otra parte, este tipo de valores contribuye a los sentimientos encontrados que tienen relación con la jubilación. Aunque el tiempo libre es reconocido como una recompensa legítima para los trabajadores, este mismo tiempo durante la jubilación no tiene el mismo valor social. Los ajustes de vida son más difíciles al enfrentar los valores de la sociedad que están en conflicto directo con el nuevo estilo de vida.

De manera histórica, varias mujeres derivan mucha de su autoestima de tener hijos, criarlos, y ser “buenas madres”. Por otra parte, en los varones proviene de actividades relacionadas con el trabajo —creatividad, productividad, y obtener ingresos. La terminación de estas actividades puede provocar la pérdida de autoestima, y los individuos que no son capaces de adaptarse de manera satisfactoria llegan a deprimirse.

Parecería que la jubilación está volviéndose (y continúa esta transformación) más aceptable por la sociedad estándar. Con un mayor número de personas jubiladas antes y que viven más tiempo, el creciente número de adultos mayores pasarán más tiempo de su vida como jubilados.

En la actualidad, la jubilación se ha vuelto una expectativa institucionalizada, y parece haber una creciente aceptación como un estado social.

La intervención primaria a nivel primario de prevención en esta etapa incluye proporcionar información y apoyo a los individuos que están retirándose o consideran jubilarse. El apoyo puede ser en base persona-a-persona para ayudarlos a enfrentar sentimientos en relación a esta situación. Murray y Zentner (2001) explican:

La jubilación se puede enfrentar con estas preguntas: ¿Puedo enfrentar la pérdida con satisfacción? ¿Me va a afectar la separación de las personas cercanas a mí en el trabajo? Si necesito continuar en el trabajo pero con medio tiempo para cubrir los gastos se seguridad social, ¿la antigua compañía lo va a proporcionar o me debo ajustar al nuevo trabajo? ¿Me quedo en casa o busco un nuevo trabajo que sea fácil de cuidar o reduzco mis gastos? ¿Un ambiente diferente puede ser mejor, y si es así, extrañaré a mis parientes y vecinos? (p. 812).

El apoyo puede proporcionarse en un ambiente de grupo, ya que los grupos de personas que pasan por la misma situación pueden ser muy útiles. El personal de enfermería puede formar y conducir estos grupos para ayudar a este grupo de personas a través de este periodo crítico. Estos grupos también pueden servir para proporcionar información sobre recursos disponibles que ofrecen ayuda a los individuos próximos a jubilarse, como información en relación de Medicare, seguridad social, y Medicaid; información relacionada con las organizaciones especializadas en contratar personas jubiladas; y con respecto a la forma de usar el tiempo recién adquirido de manera constructiva.

Crisis de Situación

Estos episodios son respuestas agudas que aparecen como resultado de un factor de estrés circunstancial externo. El número y tipos de situaciones de estrés no tienen límites y pueden ser reales o existir en la percepción del individuo. Algunos tipos de crisis de situación que pone a los individuos en riesgo de una enfermedad mental incluyen los siguientes:

POBREZA. Varios estudios identifican los pocos recursos económicos en correlación directa a enfermedades emocionales, que pueden ser por las consecuencias directas como condiciones inadecuadas y de hacinamiento, deficiencias nutricionales, negligencia médica, desempleo, o personas sin hogar.

ELEVADO ÍNDICE DE CAMBIOS DE VIDA. Miller y Rahe (1997) encontraron que los cambios frecuentes en los patrones de vida por varios eventos significativos que ocurren en cercana proximidad tienden a disminuir la capacidad para lidiar con el estrés, y que pueden provocar enfermedades físicas o emocionales. Estos cambios incluyen la muerte de un ser querido, divorcio, ser despedido

del trabajo, cambios de condiciones de vida, cambio en el lugar de empleo o residencia, enfermedades físicas, o un cambio de imagen corporal causado por la pérdida de una parte corporal o función.

CONDICIONES AMBIENTALES. Estas transformaciones pueden crear crisis de situación. Tornados, inundaciones, huracanes, y terremotos que crean devastación en miles de individuos y familias en años recientes.

TRAUMAS. Los individuos que enfrentan experiencias traumáticas están en riesgo de enfermedades emocionales; estas situaciones son consideradas fuera de las experiencias usuales humanas, como combate militar, ser víctimas de asaltos violentos, tortura, secuestro, o ser víctima de un desastre natural u ocasionado por el hombre (APA, 2000).

La intervención de enfermería en el nivel primario de prevención con individuos que experimentan crisis es ayudarlos a mantener el nivel más elevado de funcionamiento, mientras se les ofrece apoyo y ayuda con la solución de problemas durante ese periodo difícil. Las intervenciones para trabajo de enfermería en pacientes en crisis incluyen lo siguiente:

- Utilice un acercamiento orientado a la realidad. El enfoque del problema está aquí y ahora.
- Permanezca con las personas que experimentan ansiedad y pánico.
- Establezca una rápida relación de trabajo al mostrar aceptación incondicional, por medio de escuchar de manera atenta, y atender las necesidades inmediatas.
- Desaliente las explicaciones prolongadas o racionalizaciones de la situación; promueva la atmósfera para hablar de los sentimientos.
- Establezca límites firmes en los comportamientos agresivos y destructivos. Cuando hay altos niveles de ansiedad, el comportamiento puede ser impulsivo o regresivo. Establezca desde el principio lo que es aceptable, lo que no lo es, y muestre consistencia.
- Aclare el problema que el individuo está enfrentando. La enfermera hace esto al describir su percepción del problema y por comparación con la percepción del individuo.
- Ayude a la persona a determinar qué cree que precipitó la crisis.
- Reconozca los sentimientos de enojo, culpa, indefensión, e impotencia, mientras pone atención en no proporcionar retroalimentación positiva a estos sentimientos.
- Guíe al individuo a través del proceso de resolver el problema por el cual atraviesa en dirección a cambios positivos en la vida:
 - Ayude a la persona a confrontar la fuente del problema, la cual crea la respuesta a la crisis.

- Aliente al sujeto a discutir los cambios que le gustaría hacer. Determinen juntos si los cambios deseados son realistas.
- Anime la exploración de sentimientos sobre aspectos que no pueden ser cambiados, además de las alternativas de enfrentar de manera adaptativa estas situaciones.
- Discuta las estrategias alternativas para crear cambios en situaciones que pueden transformarse de manera realista.
- Considere los beneficios y consecuencias de cada alternativa.
- Ayude al individuo a seleccionar estrategias de enfrentamiento, y alternativas para ayudar a aliviar crisis futuras.
- Identifique sistemas de apoyo externos y nuevas redes sociales a partir de las cuales la persona puede buscar ayuda en momentos de estrés.

El trabajo de enfermería de primer nivel de prevención está enfocado en gran parte en la educación del paciente para prevenir el inicio o exacerbación de enfermedad mental. Un ejemplo de un tipo de plan de enseñanza para situaciones de prevención primaria es presentado en el cuadro 25-1.

Prevención Secundaria

Poblaciones de Riesgo

La prevención secundaria en las comunidades está relacionada con utilizar la detección temprana y la pronta intervención con individuos que experimentan síntomas de enfermedad mental. Las mismas crisis de madurez y de situación que fueron presentadas en la sección previa en prevención primaria son utilizadas para discutir la intervención en el nivel secundario.

Crisis de Madurez

ADOLESCENCIA. La necesidad para intervenir en el nivel secundario de prevención en esta etapa aparece cuando los comportamientos negativos o inapropiados para la edad son aceptados como normales, y la familia ya no puede enfrentar la situación de manera adaptativa.

La intervención de enfermería con adolescentes en la prevención secundaria puede presentarse en los centros de salud mental de la comunidad, consultorios médicos, escuelas, departamentos de salud pública, y centros de intervención en crisis. Las enfermeras pueden trabajar con familias para resolver el problema y mejorar las habilidades de enfrentamiento y comunicación, o pueden trabajar en base persona-a-persona con el adolescente para intentar modificar los patrones de comportamiento.

Los adolescentes pueden ser hospitalizados por varias razones; el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) identifica varios problemas, la gravedad de los cuales determina si el adolescente requiere ser internado. Los trastornos de conducta, trastornos de ajuste, trastornos de alimentación, relacionados con el uso de sustancias, depresión, son motivos por los cuales pueden ser hospitalizados. La atención de enfermería para ellos en el hospital va enfocada a la identificación del problema y estabilizar la situación de crisis.

Una vez que el paciente está estable, es dado de alta para atención como paciente externo. Si la situación en casa de un adolescente es considerada insatisfactoria, el estado puede tomar la custodia y el niño es colocado en un hogar de grupo o adoptivo. Los planes de atención para la intervención con el adolescente de prevención secundaria pueden encontrarse en el capítulo 22.

MATRIMONIO. Los problemas en un matrimonio están tan lejos como los individuos que los experimentan. Los problemas que son comunes en la separación de una relación incluyen el abuso de sustancias por parte de uno de los miembros de la pareja, o ambos, y desacuerdos en asuntos de sexo, dinero, niños, papeles de género, infidelidad, entre otros. Murray y Zentner (2001) mencionan:

La intervención de enfermería en prevención secundaria con individuos que tienen problemas matrimoniales incluye una o más de las siguientes:

- Orientación con la pareja, o con uno de los dos, en base persona-a-persona.
- Referir a la pareja a grupos de ayuda para matrimonios.
- Identificar el problema y las soluciones posibles; apoyar y guiar conforme ocurren los cambios.
- Referir al terapeuta sexual.
- Referir al consejero en finanzas.
- Referir a entrenamiento de efectividad para padres.

Murray y Zentner (2001) explican:

Cuando el matrimonio fracasa y se rompen los lazos pueden aparecer sentimientos de soledad, enojo, desconfianza, hostilidad, culpa, vergüenza, sensación de traición, miedo, desilusión, pérdida de la identidad, ansiedad, y depresión, en uno o ambos miembros de la pareja en el divorcio y al inicio del divorcio (p. 677).

En el cuestionario de Miller y Rahe (1997) sobre cambios de vida, sólo la muerte del compañero o un miembro de la familia calificaron más alto que el divorcio en la gravedad del estrés experimentado. Esta es un área en la cual el personal de enfermería puede intervenir para ayudar a facilitar la transición y prevenir la desintegración emocional.

En escenarios de salud comunitaria, las enfermeras pueden conducir grupos de apoyo para los individuos recién divorciados, también pueden proporcionar orien-

CUADRO 25 – 1 Educación del Paciente para Prevención Primaria: Abuso de Drogas

Tipo de Drogas	Efectos	Síntomas de Sobredosis	Nombres Comerciales	Nombres Comunes	Efectos en el Cuerpo (Uso de Dosis Alta o Crónica)
Depresivos del SNC					
Alcohol	Relajación, pérdida de inhibición, falta de concentración, somnolencia, discurso torpe, sueño.	Náusea, vómito; respiraciones poco profundas; frío, piel húmeda; pulso débil y rápido; coma; muerte probable.	Alcohol etílico, cerveza, ginebra, ron, vodka, Bourbon, whisky, licores, vino, brandy, jerez, champagne.	Bebida, alcohol, licor, tragos, cocteles, whisky con soda, tragos para dormir, luz de luna, relámpago blanco, aguardiente.	Daño a los nervios periféricos, desgaste muscular y esquelético, encefalopatía, psicosis, miocardiopatía, gastritis, esofagitis, pancreatitis, hepatitis, cirrosis del hígado, leucopenia, trombocitopenia, disfunción sexual.
Otros (barbitúricos y no barbitúricos)	Los mismos que en el alcohol.	Ansiedad, fiebre, agitación, alucinaciones, desorientación, temblor, delirio, convulsiones, muerte probable.	Seconal. Nembutal. Amytal. Valium. Librium. Hidrato de Cloral. Miltown.	Pájaros rojos. Pájaros gritones. Pájaros azules. Azules, gritones. Verdes y blancos. Ratones.	Sueño MOR disminuido, depresión respiratoria, hipotensión, daño posible de riñón o hígado, disfunción sexual.
Estimulantes del SNC					
Anfetaminas y drogas relacionadas	Hiperactividad, agitación, euforia, insomnio, pérdida de apetito.	Arritmias cardíacas, dolor de cabeza, convulsiones, hipertensión, ritmo cardíaco acelerado, coma, muerte probable.	Dexedrina, Di-drex, Tenuate, Preludin, Ritalin, Plegine, Cylert, Ionom, Sanorex.	Levantadores, píldoras, despertadores, levantadores, abridores de ojos, rápidos, bellezas negras, dulces A.	Comportamiento agresivo y compulsivo; paranoia; alucinaciones, hipertensión.
Cocaína	Euforia, hiperactividad, inquietud, locuacidad, pulso incrementado, pupilas dilatadas.	Alucinaciones, convulsiones, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria, coma, paro cardíaco, muerte probable.	Hidrocloruro de cocaína.	Coca, copo, nieve, polvo, polvo feliz, polvo dorado, nena, cecil, C, toot, golpe, crack.	Hemorragia pulmonar; infarto de miocardio; fibrilación ventricular.
Opioides					
	Euforia, letargo, somnolencia, falta de motivación.	Respiración superficial, pulso lento, piel húmeda, edema pulmonar, paro respiratorio, convulsiones, coma, muerte probable.	Heroína. Morfina. Codeína. Dilaudida. Demerol. Metadona. Percodan. Talwin. Opio.	Nieve, staff, H, Harry, horse. M, morph, Miss Emma. Schoolboy. Lords. Doctors. Dollies. Perkies. T's. Big O, Black staff.	Depresión respiratoria, constipación, impactación fecal, hipotensión, libido disminuida, eyaculación retardada, impotencia, insuficiencia orgásmica.
Alucinógenos					
	Alucinaciones visuales, desorientación, confusión, paranoia, delirio, euforia, ansiedad, pánico, pulso incrementado.	Agitación, hiperactividad extrema, violencia, alucinaciones, psicosis, convulsiones, muerte probable.	LSD. Fenciclidina. (PCP) Mezcalina. Dimetiltriptamina. (DMT) STP.	Ácido, cube, big D. Polvo de ángel, Hog cristal. Mesc. Businessman's trip. Serenidad y paz.	Reacción de pánico, psicosis aguda, recuerdos traumáticos súbitos.
Cannabinoides					
	Relajación, locuacidad, bajas inhibiciones, euforia, cambios de humor.	Fatiga, paranoia, delirio, alucinaciones, psicosis probable.	Cannabis. Hashish.	Marihuana, hierba, planta, porro, Mari Juana, MJ. Hash, rope, Sweet Lucy.	Taquicardia, hipotensión ortostática, bronquitis crónica, problemas de infertilidad, síndrome amotivacional.

tación persona-a-persona para individuos que experimentan caos emocional creado por la disolución de una relación matrimonial.

El divorcio también tiene un impacto en los niños, por lo que el personal de enfermería puede intervenir con ellos en un esfuerzo por prevenir comportamientos disfuncionales relacionados con el rompimiento de un matrimonio.

CRIANZA. La intervención en el segundo nivel de prevención con los padres puede ser necesaria por varias razones, algunas de éstas incluyen:

- Abuso físico, emocional o sexual de un niño.
- Negligencia física o emocional de un niño.
- El nacimiento de un niño con necesidades especiales.
- Diagnóstico de enfermedad terminal en un niño.
- Muerte de un niño.

La intervención de enfermería en este nivel incluye ser capaz de reconocer los signos físicos y de comportamiento que indican posible abuso de un menor. El niño puede ser atendido por el departamento de emergencia, o como paciente interno en una unidad pediátrica, o unidad psiquiátrica infantil de un hospital general.

La intervención de enfermería con los padres puede incluir enseñar formas efectivas para disciplinar a los hijos, además del castigo físico. Los métodos que enfatizan la importancia del reforzamiento positivo por conductas aceptables pueden ser muy efectivos. Los miembros de la familia deben comprometerse al uso consistente de esta técnica de modificación del comportamiento para que tenga resultados exitosos.

Los padres deben estar informados sobre las expectativas de comportamiento en varios niveles de desarrollo. El conocimiento de lo que pueden esperar de los niños en las diferentes etapas de desarrollo puede proporcionar guías de lineamientos anticipados para tratar con las crisis más comunes relacionadas con dichas etapas.

Las sesiones de terapia con todos los miembros familiares juntos pueden enfocarse en problemas con la comunicación en la familia. Los miembros deben ser alentados para expresar sentimientos honestos en una forma en que no sea amenazadora para los demás. Se les enseña y alienta a escuchar de manera activa, técnicas de aserción, y respeto por los derechos de los demás, también son identificadas las barreras de la comunicación eficiente para resolverse.

Son mencionadas las agencias que promueven habilidades efectivas de crianza (p. ej., entrenamiento efectivo para padres). Las agencias alternativas que pueden proporcionar alivio del estrés de la crianza también pueden ser consideradas (p. ej., programas “Un día de salida para mamá”, organizaciones de cuidado de los niños, e instituciones de cuidados de un día). Los grupos de apoyo para padres abusivos también pueden ser útiles y ayudar en la localización de uno de éstos, o iniciar un grupo.

La enfermera puede ayudar a los padres con el duelo de la pérdida de un hijo (o el nacimiento de un niño con necesidades especiales), para que expresen sus verdaderos sentimientos relacionados con la pérdida. Los sentimientos como commoción, negación, enojo, culpa, impotencia, y desesperanza necesitan ser manifestados para sobreponerse a la respuesta de duelo.

La ayuda de atención a la salud en el hogar puede ser proporcionada por la familia de un niño con necesidades especiales, lo que puede hacerse con referencias a otros profesionales, como terapeutas del lenguaje, físico, y ocupacional, trabajadores sociales médicos, psicólogos, y nutricionistas. Si el menor con necesidades especiales es hospitalizado, la enfermera de atención en casa puede brindar información específica al personal del hospital que puede ser útil para proporcionar continuidad en el cuidado al paciente, y ayudar en la transición para la familia.

La intervención de enfermería también incluye brindar asistencia en el lugar, y referencias a grupos de apoyo que tratan con la pérdida de un niño, o el nacimiento de un menor especial. Algunas enfermeras pueden servir como líderes de estos tipos de grupos en la comunidad.

EDAD MEDIANA. La atención de enfermería en preventión secundaria durante esta etapa es necesaria cuando el individuo es incapaz de integrar todos los cambios que suceden. La incapacidad para aceptar los cambios físicos y biológicos, en las relaciones entre ellos mismos y sus hijos adultos y padres de edad avanzada, y la pérdida de percepción de la juventud, pueden ocasionar depresión para la cual también necesita ayuda.

JUBILACIÓN. Es posible que este evento provoque depresión en los individuos que son incapaces de pasar por el duelo de manera satisfactoria por la pérdida de este aspecto de sus vidas. Esto parece ocurrir si los individuos no planean su retiro y derivan su autoestima de su empleo.

La intervención de enfermería en este nivel de preventión con individuos deprimidos tiene lugar tanto en pacientes internos como externos. Los pacientes que presentan depresión grave con ideas de suicidio necesitan estrecha vigilancia en el hospital, mientras que quienes sufren depresión leve a moderada pueden ser tratados en la comunidad. En el capítulo 16 es presentado un plan de atención de enfermería para el paciente con depresión. Estos conceptos aplican a la preventión secundaria y pueden utilizarse en todos los escenarios de atención de enfermería.

El médico puede elegir farmacoterapia con antidepresivos, y el personal de enfermería puede proporcionar información al paciente sobre lo que puede esperar de los medicamentos, posibles efectos colaterales, efectos adversos, y su forma de administración.

Crisis de Situación

La atención de enfermería en la prevención secundaria con pacientes que sufren crisis de situación ocurre sólo si la intervención en crisis de prevención primaria fracasó, y el individuo es incapaz de funcionar de manera social o laboral.

La exacerbación de los síntomas de enfermedad mental requiere la intervención de prevención del siguiente nivel; los trastornos son explicados en la Unidad 3; la valoración de enfermería, el diagnóstico e identificación de resultados, planificación y realización, y evaluación son discutidas para las diferentes enfermedades mentales identificadas en el *DSM-IV-TR* (APA, 2000). Estas habilidades pueden aplicarse en cualquier escenario en el que la enfermería sea practicada.

El recuadro 25-1 presenta un caso de estudio de atención de enfermería de segundo nivel de prevención en un escenario de la comunidad.

Prevención Terciaria

Individuos con Enfermedad Mental Grave y Persistente

Los trastornos mentales graves y persistentes están caracterizados por una alteración funcional que interfiere con la capacidad vocacional, crea graves dificultades interpersonales, o está relacionada con un plan o intento de suicidio (Jans, Stodard y Kraus, 2004).

El *National Institute of Mental Health* (INSM) (2006) identifica *enfermedad mental grave* por criterios enlistados

RECUADRO 25-1 Estudio de Caso de Prevención Secundario: Paternidad

El paciente identificado era una pequeña niña de cuatro años, parecida a una muñeca, llamada Tanya. Ella era la mayor de dos niños en una familia latinoamericana. El otro era un niño de dos años llamado Joseph. La madre tenía cinco meses de embarazo del tercer niño de la familia. La familia había sido referida a la enfermería después de que Tanya fue colocada en cuidado de crianza temporal siguiendo un informe al Departamento de Salud y Servicios Humanos hecho por su profesor de guardería de que la niña tenía marcas en su cuerpo sospechosas de abuso infantil.

Los padres, Paulo y Annette, estaban en sus 20's. Paulo había perdido su trabajo en una planta de aviones hacía tres meses y no podía encontrar trabajo desde ese entonces. Annette ganaba unos pocos dólares limpiando casas de otras personas, pero la familia luchaba por sobrevivir.

Paulo y Annette estaban molestos por tener que ver a una enfermera. Después de todo, "los padres tienen el derecho de disciplinar a sus hijos". La prioridad de la enfermera no fue el propósito del comportamiento, en lugar de eso consideró los factores en la vida familiar que pudieran verse como factores de ansiedad. Esta familia tenía múltiples factores de ansiedad: pobreza, el desempleo del padre, la edad y diferencia de edad de los hijos, la fatiga crónica de la madre a causa del trabajo en casa y en otras casas, y por último, la cuestión de la hija apartada de su hogar en contra de los deseos de los padres.

Durante la terapia con esta familia, la enfermera discutió los comportamientos relacionados con diferentes niveles de desarrollo. También fueron consideradas las posibles desviaciones de estas normas y cada cuándo ellos deberían presentarse con el médico. La enfermera y la familia deliberaron el comportamiento de Tanya, y cómo compararlo con las normas.

Los padres estudiaron también sus propias infancias. Ellos fueron capaces de relatar algunos de sus comportamientos del mismo tipo que observaban en Tanya. Pero ambos admitieron que ellos provenían de familias cuyo método principal de disciplina era el castigo físico. Annette era la hija mayor en su gran familia y esperaban que "metiera en cintura" a los más chicos. Cuando ella no hacía eso, era castigada con el cinturón de su padre. Ella expresó ira hacia su padre, aunque nunca le permitieron expresarlo al momento.

El padre de Paulo murió cuando él era pequeño, y todos esperaban que fuera "el hombre de la casa". Desde que era muy joven, él trabajó en empleos temporales para traer dinero a casa. Gracias a esto, tenía poco tiempo para las actividades usuales de la infancia o adolescencia. Paulo guardaba mucho resentimiento hacia los jóvenes que "tenían todo y nunca necesitaban trabajar por ello".

Paulo y Annette tenían grandes expectativas para Tanya. En efecto, ellos esperaban el comportamiento de ella fuera bueno, más allá de su nivel de desarrollo. Estas expectativas las basaban en las reflexiones de sus propias infancias. Ellos estaban molestos con la espontaneidad y la alegría de la infancia ya que tenían poca experiencia personal con esos comportamientos. Cuando Tanya mostraba oposición y expresaba las afirmaciones verbales comunes a la infancia temprana, Paulo y Annette interpretaban esos comportamientos como desafiantes y respondían con enojo en la manera en que ellos hubieran sido castigados.

Junto con los padres, la enfermera averiguó sentimientos y comportamientos de su pasado, de manera que fueran capaces de entender la correlación con sus comportamientos actuales. Aprendieron a negociar maneras para tratar con los comportamientos apropiados para la edad de Tanya, y en terapia combinada con Tanya, aprendieron también cómo relacionarse con sus niñerías, e incluso cómo disfrutar el jugar con sus dos hijos.

Los padres dejaron de culparse uno al otro por los problemas familiares. Annette había pasado mucho de su tiempo despreciando a Paulo por su falta de ayuda a su familia, y Paulo culpaba a Annette por ser "incapaz de controlar a su hija". Cuando los patrones de comunicación fueron aclarados, la vida dentro de la familia fue más pacífica.

Sin la necesidad de "probarse a sí mismo" ante su mujer, los esfuerzos de Paulo por hallar trabajo tuvieron éxito, porque ya no sentía la necesidad de rechazar trabajos que él pensaba que su esposa percibiría como por debajo de sus capacidades. Annette ya no trabaja fuera de casa, y ambos participan en las tareas de crianza. Tanya y sus hermanos continúan demostrando una progresión del desarrollo apropiado para su edad.

en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Los diagnósticos que comprenden los criterios de INSM incluyen esquizofrenia y trastornos relacionados; trastorno bipolar; autismo y trastornos relacionados; y graves formas de depresión, trastorno de pánico, y trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos mentales graves y persistentes afectan de cinco a 10 millones de adultos y tres a cinco millones de niños en Estados Unidos (*National Alliance for the Mentally Ill*, 2006).

Aspectos Históricos y Epidemiológicos

En 1955 más de la mitad de un millón de individuos residen en hospitales mentales públicos; y estadísticas recientes indican que alrededor de 100 000 personas con enfermedad mental permanecen en estas instituciones a largo plazo (Sadock y Sadock, 2003).

La desinstitucionalización de personas con graves enfermedades mentales empezó en 1960 como cambio de política nacional y con gran creencia en el derecho del individuo a la libertad. Otras consideraciones incluyeron las deplorables condiciones de algunos de los asilos estatales, la introducción de medicamentos neurolépticos y la efectividad de los costos de atención a estos individuos en el escenario de la comunidad.

Quienes son bastante afortunados para tener sistemas de apoyo para proveer ayuda con arreglos habitacionales, y refugios con experiencias de empleo, reciben con más frecuencia el tratamiento que requieren como pacientes externos. Aquellos que carecen de apoyo adecuado, sin embargo, hacen lo que pueden, para vivir existencias miserables o son forzados a unirse a las personas sin hogar. Algunos terminan en asilos creados para proporcionar atención a individuos con discapacidades físicas.

Ciertos segmentos de nuestra población con enfermedad mental grave y persistente permanecen sin tratamiento: los adultos mayores, personas pobres trabajadoras (*working poor*), personas sin hogar, y aquellos individuos que tenían algunos fondos pero que los perdieron por varias reformas sociales. Esto obliga a que haya un mayor número de visitas a las salas de emergencia orientadas a crisis y admisiones en los hospitales, y también a repetidas confrontaciones con los oficiales legales.

En 2002, el presidente George W. Bush estableció la *New Freedom Commission on Mental Health*. Esta comisión es responsable de la tarea de conducir un estudio en el sistema de servicios de atención para la salud mental. Fueron identificadas necesidades sin satisfacer y obstáculos para brindar servicios y recomendaciones para el mejoramiento de los servicios, y apoyo para los individuos con graves trastornos mentales. En julio de 2003, la comisión presentó su informe final al presidente (presidente de la

comisión para la salud mental, 2003), los siguientes cinco obstáculos fueron señalados:

1. Fragmentación y fallas en la atención para niños.

Alrededor de 7 a 9% de todos los niños (de nueve a 17 años) tienen graves trastornos emocionales (SED). La comisión encontró que los servicios para menores están aún más fragmentados que el brindado a los adultos, con fondos menos coordinados y con diferentes requerimientos. Sólo una fracción de los niños con trastornos emocionales parecen tener acceso a servicios de salud mental vinculados con la escuela, o con base en la escuela. De estos niños identificados por servicios de educación especial por tener más abstenciones, mayores índices de deserciones escolares, y niveles más bajos de calificaciones académicas que los estudiantes con otras discapacidades.

2. Fragmentación y fallas en la atención a adultos con graves enfermedades mentales.

La comisión expresó preocupación de que tantas personas con trastornos mentales fueran desamparadas, dependientes del alcohol o drogas, vivir sin tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales clasifican primero en términos como causantes de discapacidad en Norteamérica y el oeste de Europa (OMS, 2001). La comisión identifica actitudes públicas y de estigma relacionadas con la enfermedad mental como un obstáculo para el tratamiento. Con frecuencia los enfermos interiorizan el estigma, enfrentan la desesperanza, disminuye su autoestima, y se aislan, por consiguiente, carecen del apoyo que necesitan para recuperarse.

3. Elevada proporción de desempleo y discapacidad para las personas con enfermedades mentales graves.

Los trastornos de esta índole cuando no son detectadas o mal tratadas, provocan que sean interrumpidas carreras profesionales, lo que conduce a los individuos a llevar vidas de discapacidad, pobreza, y dependencia permanente. La comisión encontró 90% de desempleo entre este grupo de adultos —el peor nivel de empleos de cualquier grupo de personas con discapacidades. Algunas investigaciones muestran que muchos individuos enfermos *quieren* trabajar, y podrían hacerlo con cierta ayuda; sin embargo, el “programa” más grande de ayuda en Estados Unidos es el de pagos por discapacidad para estas personas. Por desgracia, el estigma social también está reflejado en la discriminación para que personas con enfermedades mentales consigan empleos.

4. Los adultos mayores con enfermedades mentales no reciben atención.

La comisión informa que alrededor de 5 a 10% de los adultos mayores tienen depresión mayor, incluso la mayoría no está reconocida de manera apropiada ni en tratamiento. El informe menciona:

Las personas mayores son reacias a recibir atención de especialistas, se sienten más cómodos con el médico de atención primaria. De hecho, con frecuencia son más sensibles al estigma de la enfermedad mental, y no están dispuestos a expresar su tristeza y desesperación.

Si tienen conocimiento de su problema, están más abiertos que personas jóvenes a describir sus síntomas, no obstante los médicos generales pueden ver su sufrimiento como "natural" para su edad, o tratan los trastornos físicos en lugar de dar tratamiento al trastorno mental subyacente. Lo que con frecuencia puede confundirse es el profundo impacto de la depresión en la capacidad de las personas de edad avanzada para funcionar en la forma en que a otros no parece costarles ningún esfuerzo.

- 5. Salud mental y prevención de suicidio no son prioridades nacionales.** El hecho de que en Estados Unidos no tenga prioridad la salud mental pone muchas vidas en riesgo. Las familias hacen un esfuerzo por mantener el equilibrio, mientras las comunidades lo hacen (y con frecuencia fracasan) en proporcionar la ayuda necesaria para los adultos y menores que sufren alguna enfermedad mental. Hay alrededor de 30 000 suicidios al año, y alrededor de 90% padecían enfermedades mentales. Muchos individuos que cometen suicidio no tienen atención meses antes de su muerte, lo que les habría ayudado a evitar este resultado. Tanto la Asociación Psiquiátrica Americana y la Asociación Nacional para la Salud Mental han pedido al Congreso de Estados Unidos que apruebe la legislación.

La comisión describe los siguientes objetivos y recomendaciones para la reforma de salud mental:

Objetivo 1. Que los americanos entiendan que la salud mental es esencial para la salud en su totalidad.

Recomendaciones de la Comisión:

- Avisos y realización de una campaña para reducir el estigma de buscar atención, y una estrategia para la prevención del suicidio.
- Dirigir la salud mental con la misma urgencia que le dan a la salud física.

Objetivo 2. La atención a la salud mental es conducida de manera individual y a la familia.

Recomendaciones de la Comisión:

- Desarrollar un plan individualizado de atención para cada adulto con alguna enfermedad mental grave y a los niños con trastornos emocionales graves.
- Involucrar a los consumidores, y las familias, de manera integral en la orientación del sistema de atención a la salud mental hacia la recuperación.
- Alinear programas federales relevantes para mejorar el acceso y responsabilidad para los servicios en salud mental.

- Crear un Plan Estatal Extenso de Salud Mental.
- Proteger y aumentar los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Objetivo 3. Se deben eliminar las disparidades en los servicios de salud mental.

Recomendaciones de la Comisión:

- Mejorar el acceso a la atención de calidad que es culturalmente competente.
- Mejorar el acceso a la atención de calidad en áreas rurales y geográficas remotas.

Objetivo 4. Exámenes y valoraciones tempranos en salud mental, y referencias a servicios como prácticas comunes.

Recomendaciones de la Comisión:

- Promover la salud mental de niños pequeños.
- Mejorar y extender los programas escolares sobre salud mental.
- Exámenes para trastornos mentales concurrentes y de uso de sustancias, y establecer los vínculos con estrategias de tratamientos integrados.
- Exámenes para enfermedades mentales en atención primaria, a lo largo de la vida, y hacer las conexiones de tratamiento y apoyos.

Objetivos 5. Proporcionar atención a la salud mental excelente y acelerar las investigaciones al respecto.

Recomendaciones de la Comisión:

- Acelerar la investigación para promover la recuperación, la cura y prevención de las enfermedades mentales.
- Los avances en la práctica con base en la evidencia, por medio de la diseminación y la demostración de los proyectos, y crear patrocinios privados-públicos para guiar su realización.
- Mejorar y expandir la fuerza de trabajo al proporcionar servicios de salud mental con base en la evidencia y apoyos.
- Desarrollar el conocimiento básico en las cuatro áreas estudiadas: disparidades en salud mental, efectos a largo plazo de los medicamentos, traumas y atención de emergencia.

Objetivo 6. Utilizar tecnología para acceder a la atención de salud mental e información.

Recomendaciones de la Comisión:

- Utilizar la tecnología en la salud y telesalud para mejorar el acceso y la coordinación de atención a la salud, en especial en norteamericanos que viven en lugares remotos o en poblaciones con pocos servicios.
- Desarrollar y establecer registros electrónicos integrados de salud y sistemas de información sobre la salud personales.

Si estas propuestas pueden hacerse realidad, con seguridad significarían una mejora en la atención de los individuos con enfermedades mentales graves y persistentes.

Muchos líderes de personal de enfermería ven este periodo de reformas a la atención como una oportunidad para que las enfermeras extiendan sus funciones y asuman posiciones clave en educación, prevención, valoración y referencias. Las enfermeras ayudan y pueden seguir ayudando a personas con estos trastornos graves y persistentes tan independientes como sea posible, para manejar su enfermedad dentro del escenario de la comunidad, y disminuir el número de hospitalizaciones requeridas.

Alternativas de Tratamiento

Centros Comunitarios de Salud Mental

El objetivo de estos centros en atención para individuos con trastornos mentales graves y persistentes es mejorar la capacidad de enfrentamiento, y previene la exacerbación de los síntomas agudos. El principal obstáculo de este objetivo es la falta de apoyo o patrocinio para los pacientes que requieren servicios de varias fuentes. Lo que le da responsabilidad por su salud en un individuo enfermo que con frecuencia es apenas capaz de enfrentarse con la vida diaria. El **manejo de caso** pasó a ser un método recomendado para el tratamiento de los individuos con estos padecimientos.

La asociación de enfermeras (ANA) estableció el manejo de caso como un método efectivo de proporcionar atención para los pacientes en la comunidad que requieren ayuda a largo plazo, y el personal de enfermería está bien capacitado para ello:

Las enfermeras tienen habilidades únicas y basadas en el conocimiento para el manejo de caso. La función de la enfermera como coordinadora de atención es integral para definir la práctica en enfermería por décadas. La coordinación de servicios y atención es la función primaria de los responsables de un caso. Este papel es una extensión lógica de la función de enfermería (p. 14).

Bower (1992) identificó cinco componentes centrales y funciones de enfermería que están combinados con los pasos del proceso de enfermería para formar un marco para el manejo de caso de enfermería, estos componentes incluyen:

1. Interacción. El personal de enfermería debe desarrollar una relación de confianza con el paciente, miembros de la familia, y otros proveedores de servicios. Durante el proceso inicial de exámenes la enfermera determina si el paciente es elegible para manejo de caso según lineamientos preestablecidos y, si no, el paciente es referido a otro tipo de ayuda que sea apropiada.

2. Valoración: establecimiento de una base de datos. El personal de enfermería conduce una valoración extensa del estado de salud física del paciente, capacidad funcional, estado mental, sistemas de apoyo personal y

comunitario, recursos financieros, y condiciones ambientales; después los datos son analizados y los diagnósticos de enfermería apropiados son formulados.

- 3. Planeación.** El servicio de atención es preparado con la participación del paciente, dicho plan debe considerar los objetivos acordados entre ambos, las acciones específicas dirigidas hacia el objetivo, selección de recursos esenciales y servicios por medio de la colaboración entre profesionales de atención a la salud, el paciente y la familia u otras personas cercanas.
- 4. Realización.** En esta fase, el paciente recibe los servicios necesarios de los proveedores apropiados; en algunos casos, el responsable del caso de enfermería también es un proveedor, mientras que en otros, sólo es coordinador de atención.
- 5. Evaluación.** El responsable de manejar el caso vigila de manera continua y evalúa las respuestas del paciente a las intervenciones y el progreso a las metas preestablecidas, para lo cual debe mantenerse el contacto regular con el paciente, familia u otras personas cercanas, y de manera directa con los proveedores de servicios. El seguimiento en la coordinación de atención es realizado hasta obtener resultados. El paciente también puede ser dado de alta o asignado a un estado inactivo como apropiado.

En el recuadro 25-2 aparece un caso de estudio de enfermería en el centro comunitario de salud mental.

Tratamiento Asertivo de la Comunidad (ACT)

La *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) define el ACT como un modelo de servicio que proporciona tratamiento local y extenso a personas con enfermedades mentales graves y persistentes (NAMI, 2003). El ACT es un tipo de programa de manejo de caso que provee servicios muy individualizados de manera directa a los pacientes. Es un acercamiento en equipo, e incluye miembros de psiquiatría, trabajo social, enfermería, abuso de sustancias, y rehabilitación vocacional. El equipo ACT brinda estos servicios las 24 horas, siete días a la semana, los 365 días del año.

La NAMI (2007) identifica los objetivos primarios del ACT como sigue:

- Reducir o eliminar los síntomas que debilitan la enfermedad mental de cada experiencia del paciente.
- Minimizar o prevenir la recurrencia de los episodios agudos de la enfermedad.
- Satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida.
- Mejorar el funcionamiento en los papeles sociales y de empleo.
- Aumentar la capacidad de un individuo para vivir de manera independiente en su propia comunidad.
- Disminuir la carga de la familia del cuidado del paciente.

**RECUADRO 25–2 Manejo de Casos de Enfermería en el Centro Comunitario de Salud Mental:
Un Caso de Estudio**

Michael, de 73 años, con un historial de múltiples ingresos psiquiátricos, ha vivido en diferentes hogares adoptivos para adultos, y pensiones durante los últimos 10 años. Al principio fue diagnosticado con esquizofrenia, pero en fechas recientes fue rediagnosticado con desorden y manía bipolar. Sus síntomas pueden controlarse bien con 300 mg de litio tres veces al día, prescrito por el psiquiatra de pacientes externos.

La enfermera practicante/encargada del caso en la clínica de pacientes externos coordina el cuidado de Michael, aboga por sus necesidades, y le aconseja respecto a sus problemas de salud. Ella ordena exámenes de sangre sistemáticos para evaluar las concentraciones de litio. Cuando Michael experimentó trastornos visuales, ella lo refirió a una evaluación ocular de emergencia. Averiguaron que tenía un desprendimiento retinal y fue enviado a un hospital de veteranos para una cirugía de emergencia. Después de su cirugía ocular, la enfermera tramitó su transporte para el seguimiento de las visitas al oftalmólogo y le instruyó sobre el cuidado que debía tener y la instilación de gotas oculares. A Michael no le gustaban las gotas en sus ojos y descuidaba el hacerlo. Ya que tenía también glaucoma y requería tratamiento en curso con gotas de pilocarpina y maleato de timolol, él necesitaba mucha educación y consuelo para continuar utilizando esas gotas.

Además de las visitas trimestrales de rutina para el manejo del caso en curso, la enfermera responsable realizó su evaluación anual de salud, que consiste en historial, revisión de los sistemas, examen de estado mental, y evaluación física. Durante el último examen físico de Michael, le detectaron una masa tiroidea y lo

refirieron para una evaluación completa, incluyendo exámenes de función tiroidea, un escaneo de la tiroides, y una evaluación hecha por un cirujano y un endocrinólogo. Ella discutió el problema de tiroides con ellos, y determinaron que Michael tendría un mayor beneficio con un remplazo de hormona tiroidea (i.e., 0.1 mg al día de levotiroxina de sodio).

Ya que Michael come todos sus alimentos en restaurantes, la enfermera estaba preocupada por su dieta. Una revisión breve de su dieta diaria reveló que ésta era baja en vitamina C. Entonces lo instruyó sobre qué comida y jugos debería incluir en su menú diario. La enfermera a cargo consideró las maneras en las que Michael podía obtener la mejor nutrición al menor costo.

En la actualidad, Michael vive en una pensión y es responsable, de manera total, de tomar su medicina, ocuparse de sus actividades de vida diarias, y administrar su propio dinero. Él cuenta con un ingreso muy limitado y depende de las donaciones para muchas de sus necesidades de vestido.

A pesar de su edad, él es un varón muy activo y despierto. Asiste a muchas actividades sociales patrocinadas por el hospital de veteranos y ahí diario realiza funciones voluntarias, tales como empujar sillas de ruedas, hacer diligencias, y acompañar a otros veteranos a citas clínicas. Su enfermera encargada de caso concertó que pudiera recibir comida gratis como recompensa por algunas de sus actividades voluntarias.

El manejo de casos de enfermería ayudó a este adulto mayor con enfermedad psiquiátrica grave y persistente, con muchos años de hospitalización para vivir de manera independiente dentro de un entorno comunitario.

Fuente: De Pittman (1989), con permiso.

El equipo ACT proporciona tratamiento, rehabilitación, y servicios de apoyo a los individuos con enfermedad mental grave y persistente, que son incapaces por sí mismos de recibir tratamiento a partir del modelo tradicional de manejo de caso. El equipo por lo general es capaz de proporcionar casi todos los servicios con mínimas referencias a programas de salud mental y otros proveedores. Los servicios son brindados dentro de la comunidad, como es el domicilio del paciente, restaurantes locales, parques, tiendas cercanas, y cualquier otro lugar en el que el paciente requiera ayuda con habilidades diarias.

Existen estudios que muestran que los pacientes ACT pasan menos tiempo en hospitales y viven más de manera independiente; pasan menos tiempo desempleados, reciben mayores ingresos en empleos competitivos, expresan más satisfacción con sus vidas, y presentan menos síntomas (NAMI, 2007). Sólo alrededor de la mitad de los estados en el presente tienen programas ACT establecidos o como pruebas piloto. La NAMI (2007) explica:

A pesar del éxito documentado del tratamiento de ACT, sólo una fracción de aquellos que tienen grandes necesidades tiene acceso a este efectivo programa. En Estados Unidos, los adultos con enfermedades mentales graves y persistentes constituyen la mitad de 1% de la población adulta. Se calcula

que 10 a 20% de este grupo podría recibir ayuda del modelo ACT si estuviera disponible.

Programas de Tratamiento Diurno o de Tarde y Hospitalización Parcial

Este tipo de programas (también llamados de hospitalización parcial) son diseñados para prevenir la institucionalización, o facilitar la transición de pacientes internos a la vida de la comunidad. Existen varios tipos de tratamiento; muchos incluyen actividades terapéuticas comunitarias; individuales, de grupo, y familiares; psicoeducación; alcohol y educación sobre drogas; intervención en crisis; actividades terapéuticas recreativas; y terapia ocupacional. Muchos programas ofrecen administrar medicamentos y vigilancia como parte de la atención.

Algunos programas establecen clínicas de medicación para individuos con tratamientos psicofarmacológicos prolongados, que incluyen clases educativas y grupos de apoyo para individuos con condiciones y tratamientos similares.

Los programas de hospitalización parcial por lo general ofrecen un plan de tratamiento extenso compuesto por un equipo interdisciplinario de psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales y recreativos, y trabajadores sociales. Las enfermeras tienen un

papel preponderante en la administración de los programas de hospitalización parcial, ya que conducen grupos, proporcionan intervenciones en crisis, conducen orientación individual, actúan como modelos de conducta, y realizan las referencias necesarias para tratamientos especializados. El uso del proceso de enfermería brinda evaluación continua del programa y las modificaciones que puedan ser necesarias.

Estos programas han probado ser un método eficiente para prevenir la hospitalización para muchos enfermos con trastornos graves y persistentes. Brindan un paso de transición a estos individuos que salen de la atención de un episodio agudo a la vida diaria en la comunidad. Para algunas personas que han sido desinstitucionalizadas les proporciona estructura, apoyo, oportunidades para socializar, y un mejoramiento en la calidad de vida en todos los aspectos.

Facilidades Residenciales Comunitarias

Este tipo de disposiciones para personas con enfermedades mentales graves y persistentes son conocidas por muchos nombres: hogares grupales, hogares intermedios, hogares de crianza temporal, alojamiento extendido o estancia prolongada, facilidades de atención de refugio, hogares temporales, programas de existencia independiente, residencias sociales de rehabilitación, y otras. Estas disposiciones difieren por el propósito por el cual existen y las actividades que ofrecen.

Algunas de estas instalaciones proporcionan alimentos, refugio, mantenimiento del hogar, y supervisión mínima además de ayuda con las actividades de vida diaria; otras incluyen varias terapias y sirven como un paso de transición entre el hospital y la vida independiente. Por otra parte, los servicios pueden abarcar orientación de grupo, atención médica, entrenamiento para trabajar o ayuda en el empleo, y pasatiempos.

Gran variedad de personal participa en estas instalaciones, en algunos viven en el lugar y están disponibles tiempo completo; en otras, los profesionales intervienen en situaciones de crisis; y en algunas más el personal lo constituyen voluntarios e individuos con conocimientos básicos, o antecedentes para entender y tratar a las personas con enfermedades mentales.

El concepto de un hogar de transición para enfermos mentales es adecuado y ha sido probado en muchos casos con excelentes resultados de apoyo terapéutico e intervención para mantenerlos en la comunidad. Sin embargo, sin la guía y planeación, la transición a la comunidad puede ser inútil. Estos individuos pueden ser ridiculizados y rechazados por la comunidad, ser blanco de personas sin escrúpulos que tomen ventaja de su incapacidad de cuidar de sí mismos de manera satisfactoria.

Estas actitudes aumentan las respuestas de inadaptación a las demandas de vivir en la comunidad y exacerbar

la enfermedad mental. Un periodo de reorientación estructurada a la comunidad, en una situación de vida que está supervisada y vigilada por profesionales, es más posible en una transición exitosa para los individuos con enfermedades mentales graves y persistentes.

Atención Mental Psiquiátrica en Casa

Para el individuo con enfermedad grave que no vive en un lugar estructurado y supervisado, la atención de salud en casa puede ser el elemento que le ayude a vivir de manera independiente. Para recibir este tipo de atención, las personas deben validar su estatus de institucionalización para el pago prospectivo (Medicare, Medicaid, más compañías aseguradoras, beneficios de Administración de Veteranos [VA]).

No es suficiente un diagnóstico psiquiátrico preciso para calificar para el servicio, el paciente debe mostrar que es incapaz de abandonar el hogar sin dificultad considerable o ayuda de otra persona. El plan de tratamiento y subsecuente registro debe explicar por qué el trastorno psiquiátrico del paciente lo mantiene en casa, y justificar la necesidad de servicios en el hogar.

Los pacientes institucionalizados con frecuencia tienen diagnósticos de depresión, demencia, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, y esquizofrenia; y muchos adultos mayores están en instituciones por condiciones médicas que alteran su capacidad y necesitan atención.

El personal de enfermería que proporciona atención psiquiátrica debe tener un conocimiento profundo de psicopatología, psicofarmacología, y saber cómo los problemas médicos y físicos pueden ser influenciados por las alteraciones psiquiátricas. Estas enfermeras deben ser expertas en la valoración de alteraciones biopsicosociales, además de ser sensibles a los cambios de comportamiento que indiquen que el paciente está sufriendo una descompensación psiquiátrica o médica para realizar una intervención temprana.

Otro trabajo importante de la enfermería psiquiátrica en casa es observar el cumplimiento del régimen de medicamentos psicotrópicos; algunos pacientes que reciben medicamentos inyectables permanecen en casa hasta que reciben fármacos orales. Estos pacientes requieren estrecha vigilancia para observar que siguen las instrucciones de la prescripción, y para brindar ayuda en caso de que aparezcan efectos colaterales desagradables por algunos de estos fármacos.

La suspensión de los medicamentos es la causa de alrededor de dos tercios de readmisiones en hospitales psiquiátricos. El personal de enfermería que atiende a domicilio a pacientes con este problema puede ayudarlos a ver la relación entre el control de sus síntomas psiquiátricos y el cumplimiento del régimen de medicamentos.

La población de pacientes que son beneficiados de la atención de enfermería psiquiátrica en casa incluyen:

- **Adultos mayores.** Puede ser que estos individuos no tengan diagnóstico psiquiátrico, pero si pueden presentar dificultades emocionales a causa de varios factores médicos, socioculturales o de desarrollo, es común que sufran depresión y aislamiento social.
- **Personas con enfermedades mentales persistentes y graves.** Estas personas tienen historia de enfermedad psiquiátrica y hospitalización; requieren medicamentos y atención de apoyo de manera continua. Los diagnósticos comunes incluyen depresión mayor recurrente, esquizofrenia, y trastorno bipolar.
- **Individuos en situaciones de crisis agudas.** Estas personas están en necesidad de una intervención en crisis o psicoterapia a corto plazo.

La Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) (1999) define atención de enfermería de salud en casa como

... la práctica de enfermería aplicada a un paciente con una condición de salud en el lugar de residencia del paciente. Las personas con individuos a cargo de su cuidado se enfocan a la práctica de enfermería de atención en casa. El objetivo de esta disposición es iniciar, manejar y evaluar los recursos necesarios para promover el nivel óptimo de bienestar y función del paciente.

Medicare requiere que la atención de enfermería psiquiátrica pueda ser proporcionada por “enfermeras entrenadas en psiquiatría”, definidas como “...personal de enfermería con entrenamiento especial o experiencia superior al currículum estándar requerido para una enfermera registrada” (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS], 2005).

Los lineamientos que cubren los servicios de enfermería psiquiátrica no están bien definidos por CMS, lo que ha presentado algunos problemas de reembolso para las enfermeras en el pasado. En el recuadro 25-3 es presentada la declaración de CMS en relación a los servicios de enfermería psiquiátrica.

La preparación para enfermería psiquiátrica para atención a domicilio, además de la licenciatura como enferme-

RECUADRO 25-3 Guía para el Cuidado Psiquiátrico de Enfermería en el Hogar

Evaluación psiquiátrica, terapia y enseñanza

La evaluación, psicoterapia y enseñanza que necesita un paciente que sufre de un trastorno psiquiátrico diagnosticado que requiere de tratamiento activo por una enfermera entrenada psiquiátricamente y el costo de los servicios de enfermería pueden ser cubiertos por servicios de enfermería especializados. Las enfermeras entrenadas en psiquiatría tienen una preparación especial y la experiencia que van más allá del estándar curricular requerido por una enfermera registrada. Los servicios de la enfermera psiquiátrica son proveídos bajo un plan de cuidado establecido y revisado por un médico.

Fuente: Centers for Medicare and Medicaid Services (2005).

ra registrada, debe incluir varios años de experiencia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos internos. También es recomendable que el personal tenga experiencia en enfermería médica-quirúrgica, debido a la frecuencia de morbilidad física y perspectiva de enfermería holística.

El entrenamiento adicional y la experiencia en psicoterapia son vistos como una ventaja; sin embargo, la psicoterapia no es el enfoque primario de este tipo de atención. De hecho, el mayor número de fuentes de reembolso no pagan por terapia orientada a la reflexión de manera exclusiva. La intervención en crisis, educación del paciente y cuidados en persona son intervenciones comunes en la atención de enfermería psiquiátrica a domicilio.

Este tipo de atención proporciona extensos servicios de atención de enfermería, que incorpora intervenciones en problemas físicos y psicosociales en el plan de tratamiento. Las intervenciones son basadas en el estado de salud mental y física del paciente en el plan de tratamiento.

La enfermera es responsable del paciente en todo momento durante la relación terapéutica. Las intervenciones de enfermería son realizadas con conocimiento y habilidades apropiados, además de posibilidades de hacer las referencias necesarias cuando el problema queda fuera de la responsabilidad de la práctica de enfermería. La colaboración continua con otros miembros del equipo de atención de la salud (p. ej., psiquiatra, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, o terapeuta físico) es esencial para mantener la atención del paciente.

El recuadro 25-4 presenta un caso de estudio de atención a la salud psiquiátrica a domicilio y en el proceso de enfermería. El cuadro 25-2 muestra un plan de atención para la Sra. C (el paciente del caso de estudio); además de presentar diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones de enfermería apropiadas y razonamientos para cada uno.

Atención para las Personas que Cuidan Pacientes

Otro aspecto de la atención a la salud psiquiátrica es proporcionar apoyo y ayuda a las personas responsables del paciente. Cuando la familia es quien cuida siete días de la semana, 24 horas al día, a un ser querido con un trastorno mental grave y persistente, puede ser agotador y muy frustrante. En el cuadro 25-3 aparece un plan de atención para personas a cargo de un paciente.

POBLACIÓN SIN HOGAR

Aspectos Históricos y Epidemiológicos

En 1992, el doctor Richard Lamb, un reconocido experto en el campo enfermedades mentales graves y persistentes, escribió:

RECUADRO 25-4 Asistencia Psiquiátrica Domiciliaria y el Proceso de Enfermería: un Estudio de un Caso**Evaluación**

La señora C, de 76 años de edad, ha vivido sola en su pequeño departamento durante seis meses desde la muerte de su marido, con quien estuvo casada por 51 años. Ella fue maestra de primaria por 40 años y su retiro fue a la edad de 65 años, con una pensión adecuada. Su esposo y ella no tuvieron hijos. Una sobrina la visita de manera regular, y fue ella quien contactó al médico cuando observó que la señora C no estaba comiendo de manera apropiada, estaba perdiendo peso, y parecía aislarse cada vez más. De hecho, no había salido de su departamento en semanas. Su médico la refirió al Centro de Asistencia Psiquiátrica Domiciliaria.

En su primera visita, Carol, la enfermera de ayuda psiquiátrica domiciliaria, condujo una valoración preliminar que reveló la siguiente información sobre la señora C:

1. Presión arterial 90/60 mm Hg.
2. Altura 1.65 m; peso 46.26 Kg.
3. Turgencia deficiente de la piel; deshidratación.
4. Reporte subjetivo de mareos ocasionales.
5. Reporte subjetivo de pérdida de 9 kg desde la muerte de su esposo.
6. Orientada en cuanto a tiempo, espacio, persona, y situación.
7. Memoria intacta (remota y reciente).
8. Expresión de emociones nula.
9. Estado de ánimo disfórico y emotivo a ratos, pero la paciente es cooperativa.
10. Niega pensamientos de daño a sí misma, pero expone “me siento tan sola, tan inútil”.
11. Reporte subjetivo de dificultad para conciliar el sueño.
12. Reporte subjetivo de estreñimiento.

Diagnóstico e identificación de resultado

Los siguientes diagnósticos de enfermería fueron formulados para la señora C:

1. Duelo complicado relacionado con la muerte de su esposo, evidenciado por síntomas de depresión como retraimiento, anorexia, pérdida de peso, dificultad de conciliar el sueño, estado de ánimo disfórico y emotivo.
2. Riesgo de lesiones relacionado con mareos y debilidad por falta de actividad, presión arterial baja, y estado nutricional deficiente.
3. Aislamiento social relacionado con estado de ánimo depresivo y sentimientos de inutilidad, evidenciado por la permanencia solitaria en el hogar y la negación a salir del departamento.

Criterios del resultado

Los siguientes criterios fueron seleccionados como medida de resultados en el cuidado de la señora C:

Alec Guinness, en su papel memorable como coronel del ejército británico en *El puente del río Kwai* exclama al final de la película cuando finalmente se da cuenta que ha estado trabajando para ayudar al enemigo: “¿Qué he hecho?” Como defensor vocal y vocero para la desinstitucionalización y el tratamiento comunitario de pacientes con enfermedades

1. No experimenta lesiones ni daños físicos.
2. Es capaz de discutir sentimientos sobre la muerte de su marido con el médico.
3. Establece metas realistas para sí misma.
4. Es capaz de participar en la resolución de problemas respecto a su futuro.
5. Lleva una dieta balanceada, con alimentos entre comidas para restaurar su estado nutricional y aumentar de peso.
6. Bebe líquidos adecuados durante el día.
7. Duerme al menos 6 horas por noche y expresa sentirse descansada.
8. Muestra interés en su apariencia personal y su higiene, es capaz de llevar a cabo el cuidado de sí misma de manera independiente.
9. Trata de reanudar el contacto con amigos y conocidos pasados.
10. Expresa interés por participar en actividades sociales.

Plan y realización

Un plan de atención para la señora C aparece en el cuadro 25-2.

Evaluación

La señora C comenzó la segunda semana tomando 150 mg de trazodona (Desyrel) a la hora de acostarse. Su sueño aumentó y en 2 semanas mostró una mejoría notable en su estado de ánimo. Ella comenzó a expresar cuán enojada estaba por encontrarse sola en el mundo. Admitió que había sentido ira hacia su esposo, pero también culpa y trató de suprimir ese enojo. A partir de que le aseguraron que esos sentimientos eran normales, fue más fácil para ella expresarlos.

La enfermera hizo arreglos con un adolescente local para que realizará algunas compras semanales para la señora C y contrató los servicios de comida a domicilio, que le era entregada cada día. La señora C comenzó a comer más y de manera más lenta para aumentar algunos kilogramos. Aún tiene algunos problemas ocasionales de estreñimiento, pero habla de una mejoría por comer más vegetales, frutas y con el laxante diario prescrito por su médico.

La señora C utilizó su andadera hasta que sintió que era capaz de trasladarse sin ayuda. Comenta que ya no experimenta mareos, y su presión arterial se ha estabilizado alrededor de 100/70 mm Hg.

Esta paciente acudió a un grupo de adultos mayores y asiste a sus actividades de manera semanal. Ella ha retomado amistades pasadas y adquirió nuevos conocidos. Visita a su médico una vez al mes para la administración de medicamento, y acude a un centro de salud de adultos para mantener su presión arterial regular y revisar su peso. Su sobrina aún la visita de manera regular, pero su relación favorita es la que ha formado con su acompañante canino constante, Molly, a quien la señora C rescató de un refugio local de animales, y que le demuestra de manera continua su amor y gratitud.

mentales graves por más de dos décadas, con frecuencia me encuentro con las mismas preguntas.

El número de desamparados en Estados Unidos está calculado en alrededor de 250 mil a cuatro millones. Es difícil determinar el verdadero alcance del problema debi-

CUADRO 25 – 2 Plan de Atención para Asistencia Psiquiátrica Domiciliaria de Ancianos Deprimidos (Señora C)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DUELO COMPLICADO

RELACIONADO CON: muerte de la pareja

EVIDENCIADO POR: síntomas de depresión como retraimiento, anorexia, pérdida de peso, dificultad para conciliar el sueño, y estado de ánimo disfórico y emotivo

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
La señora C demuestra comportamientos de duelo adaptativos y una evidencia de progreso hacia la resolución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la situación de la señora C en el proceso de duelo. 2. Desarrolle una relación de confianza al demostrar empatía y comprensión. Exponga opiniones positivas genuinas. 3. Explore sentimientos de ira y ayude a la señora C a dirigirlos hacia la fuente. Ayúdela también a entender que es apropiado y aceptable tener sentimientos de enojo y culpa sobre la muerte de su esposo. 4. Aliente a la señora C a repasar de manera honesta la relación que llevaba con su marido. Con apoyo y sensibilidad, señale la realidad de la situación en áreas donde encuentre distorsión. 5. Determine si la señora C tiene necesidades espirituales que no están siendo satisfechas. Si es así, contacte a algún líder espiritual para que intervenga en el asunto. 6. Refiera a la señora C a un médico para una evaluación de medicamento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es necesario tener información precisa para planear un cuidado certero para la señora C. 2. Estas intervenciones proporcionan la base para una relación terapéutica. 3. El conocimiento de la aceptación de sentimientos relacionados con el duelo normal puede ayudar a aliviar algo de la culpa que estas reacciones generan. 4. La señora C debe abandonar la percepción idealizada de su esposo. Sólo cuando ella sea capaz de ver los aspectos positivos y negativos de su relación el proceso de duelo será completo. 5. La recuperación puede bloquearse si está presente una angustia espiritual y no tiene atención. 6. Un tratamiento antidepresivo puede ayudar a la señora C a desempeñar sus funciones mientras confronta las dinámicas de su depresión.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE LESIONES

RELACIONADO CON: mareo y debilidad por la falta de actividad, presión arterial baja, y estado nutricional deficiente

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
La señora C no experimenta lesiones o daños físicos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe los signos vitales en cada visita. Informe al médico si bajan del rango normal. 2. Aliente a la señora C a utilizar una andadera hasta que recupere su fuerza. 3. Visite a la señora C durante horas de comida y siéntese con ella mientras come. Aliente a su sobrina a hacer lo mismo. Asegúrese de que estén disponibles en la casa alimentos nutritivos y fáciles de preparar, y de que sean del gusto de la señora C. 4. Contacte algún servicio de comida a domicilio (por ejemplo, algún restaurante cercano) para que entregue alimentos a la señora C. 5. Pese a la señora C cada semana. 6. Asegúrese de que la dieta contiene suficientes líquidos y fibra. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería. 2. La andadera ayudará a la señora C para no caerse. 3. Es más probable que ella coma lo que es más práctico y lo que disfruta más. 4. Esto aseguraría que ella recibiera por lo menos una comida completa y nutritiva al día. 5. El aumento de peso es una forma medible y objetiva de evaluar si la señora C está comiendo. 6. Una dieta adecuada que incluye líquidos y fibra, ayuda a aliviar el estreñimiento. También podría apoyarse con un laxante.

(continúa)

CUADRO 25 – 2 Plan de Atención para Atención Psiquiátrica Domiciliaria de Ancianos Deprimidos (Señora C) (continuación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: AISLAMIENTO SOCIAL

RELACIONADO CON: estado de ánimo deprimido y sentimientos de inutilidad

EVIDENCIADO POR: permanencia solitaria en el hogar y la negación a salir del departamento

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
La señora C reanuda el contacto con amigos y participa en actividades sociales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A partir de que el estado nutricional mejore y haya recuperación, aliente a la señora C a volverse más activa. Dé caminatas con ella; ayúdela a desempeñar tareas sencillas alrededor de su casa. 2. Evalúe los patrones de relaciones de toda la vida. 3. Ayude a identificar las relaciones presentes que sean satisfactorias para ella y las actividades que considere interesantes. 4. Consideré la viabilidad de una mascota. 5. Sugiera alternativas posibles de que la señora C considere participar en actividades sociales; éstas pueden incluir programas de abuelos adoptivos, centros de personas de adultos mayores, actividades espirituales, grupos de arte, y actividades voluntarias. Ayúdele a localizar personas con las que podría acudir a dichas actividades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El incremento de actividades mejora el estado físico y mental. 2. Las características básicas de personalidad no cambiarán. Es probable que la señora C mantenga el mismo estilo de desarrollo en las relaciones, como en las que tuvo en el pasado. 3. Ella es la persona que en realidad sabe lo que le gusta, y estas preferencias personales facilitan el éxito al invertir el aislamiento social. 4. Existen muchos estudios documentados sobre los beneficios que otorgan las mascotas acompañantes a individuos mayores. 5. Es más probable que ella acuda y participe si no lo tiene que hacer sola.

do a que los estadísticos que recopilan los datos tienen dificultades en definir a las personas sin hogar. Algunas veces son identificadas como “aquellos personas que duermen en refugios y lugares públicos”, por lo que este acercamiento resulta en desestimaciones porque los servicios de refugio disponibles son insuficientes para la cantidad de personas sin hogar (*US Conference of Mayors*, 2006). Según Stewart B. McKinney Act, una persona es considerada sin hogar:

Porque carece de residencia fija, regular, adecuada durante la noche; y... tiene una residencia primaria nocturna que es: (A) públicamente supervisada u operada de manera apropiada diseñada para proporcionar alojamiento temporal, (B) una institución que proporciona un residencia temporal para individuos que intentaron ser institucionalizados, o (C) un lugar público o privado pero no diseñado por, o que de manera habitual se utiliza como un alojamiento regular para dormir, para las personas (*National Coalition for the Homeless* [NCH], 2006a).

En general, dos métodos son usados para considerar a los desamparados (NCH, 2006b). El método de *tiempo determinado* intenta calcular la cantidad total de personas que de manera literal están sin hogar en un día en particu-

lar o en un día de la semana. El segundo método (llamado *cálculos de prevalencia periódica*) examina el número de personas que están sin hogar por un periodo en particular; este último puede ser más exacto por la extensión de tiempo que permite incluir a las personas desamparadas un día (o semana), pero que encuentran empleo y más tarde un lugar para vivir que puedan pagar, por consiguiente salen del cálculo de desamparados. Al mismo tiempo durante este periodo, otros pierden sus hogares.

¿Quiénes Son las Personas Sin Hogar?

La *US Conference of Mayors* (2006) informa que durante el año pasado las llamadas a refugios de emergencia aumentaron en las ciudades investigadas por un promedio de 9%. Los desamparados son un grupo heterogéneo creciente. La NCH (2006a) proporciona las siguientes estadísticas demográficas:

Edad

Varios estudios produjeron una variedad de estadísticas relacionadas con la edad de las personas sin hogar: 39% son menores de 18 años de edad; los individuos entre 25 a 34 años comprenden 25%; y 6% son de 55 a 64 años.

CUADRO 25 – 3 Plan de Atención para el Cuidador Primario del Paciente con Enfermedad Mental Grave y Persistente

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: FATIGA PSICOLÓGICA DE LA PERSONA RESPONSABLE

RELACIONADO CON: gravedad y duración de la enfermedad de la persona que recibe el cuidado y falta de descanso y recreación para el responsable

EVIDENCIADO POR: sentimientos de tensión en la relación con el paciente, sentimientos de depresión y enojo, conflicto familiar alrededor de temas sobre la proporción de cuidado

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
Las personas a cargo de pacientes obtienen habilidades eficaces de resolución de problemas, y desarrollan mecanismos adaptativos de enfrentamiento para recuperar el equilibrio.	<ol style="list-style-type: none"> Evalúe las habilidades del prospecto a cuidador para anticiparse y satisfacer las necesidades no cumplidas del paciente. Proporcione información para ayudar a los cuidadores con esta responsabilidad. Asegúrese de que el responsable alienta al paciente a ser lo más independiente posible. Asegúrese de que los cuidadores están al tanto de los sistemas de apoyo comunitario disponibles en los cuales podrán pedir ayuda si es necesario. Los ejemplos incluyen los servicios de cuidado paliativos, centros de tratamiento diurnos, y guarderías para adultos. Aliente a las personas a cargo a expresar sus sentimientos, en particular el enojo. Aliente la participación en grupos de apoyo compuestos por miembros con situaciones de vida similares. Proporcione información sobre grupos de apoyo que puedan ser de gran ayuda: <ol style="list-style-type: none"> Alianza Nacional por la Enfermedad Mental - 01 800 950 - NAMI. Asociación Americana de Retraso Mental - 01 800 424 - 3688. Asociación de Alzheimer - 01 800 272 - 3900. 	<ol style="list-style-type: none"> Los cuidadores pueden no estar al tanto de lo que el paciente puede lograr en realidad. Es posible que tampoco estén enterados de la naturaleza de la enfermedad. Los cuidadores necesitan un alivio de las presiones y tensiones que sufren al proporcionar cuidado las 24 horas a su ser querido. Existen estudios que han demostrado que el abuso derivado de la situación de cuidado es el que llena de tensión insopportable a los responsables. La liberación de estas emociones puede servir para prevenir que ocurra una psicopatología, tal como la depresión o desórdenes psicofisiológicos. El escuchar a otras personas que experimentan los mismos problemas discutir las maneras en las que ellos los han enfrentado puede ayudar al responsable a adoptar estrategias adaptativas. Los individuos que experimentan situaciones de vida similares proporcionan empatía y apoyo para cada uno.

Género

Entre los desamparados la mayoría son varones. El estudio de la *US Conference of Mayors* (2006) encontró que los varones solteros comprenden 51 por ciento de la población de desamparados y mujeres solteras 17 por ciento.

Familias

Las familias con niños están entre los segmentos que aumentan con más rapidez en esta población. Las familias comprenden 30%, pero las investigaciones indican que este número es más elevado en áreas rurales, donde las familias, madres solteras, y niños conforman el grupo más grande.

Etnicidad

La población sin hogar incluye 42% de personas de raza negra, 39% son caucásicos, 13% hispanos, 4% nativos

americanos, y 2% asiáticos (USCM, 2006). La representación étnica varía según la localización geográfica.

Enfermedad Mental y Personas Sin Hogar

Es considerado que alrededor de 25 a 33% de la población que vive en la calle sufre de alguna forma de enfermedad mental (*Harvard Medical School*, 2005). ¿Quiénes son estos individuos, y por qué están desamparados? Algunos culpan al movimiento de desinstitucionalización, las personas que salieron por disposición de los hospitales mentales estatales y del condado, y quienes no tienen familias con quienes residir buscan donde vivir en pensiones y casas de atención de diferentes calidades.

Las casas intermedias y las disposiciones de residencia de grupos de apoyo son útiles pero son escasos. Muchos de aquellos con familias regresan a sus hogares, pero debido a que sus familias reciben poca o ninguna instrucción o apoyo, las consecuencias de un ser querido enfermo que regresa a casa con frecuencia es algo muy conflictivo, y es común que el individuo regrese a la calle.

Tipos de Enfermedad Mental entre las Personas sin Hogar

Fueron hechos varios estudios, primero en áreas urbanas grandes, dirigidos a los tipos más comunes de enfermedades mentales identificados entre las personas que viven en la calle. La esquizofrenia con frecuencia es descrita como el diagnóstico más común; otros trastornos incluyen trastorno bipolar, abuso de sustancias y dependencia, depresión, trastornos de personalidad, y trastornos orgánicos mentales.

Muchos muestran síntomas psicóticos, y también hay anteriores residentes de instituciones de atención prolongada para enfermos mentales, y otros tienen un gran deseo de independencia por lo que recurren al aislamiento para evitar ser identificados como parte del sistema de salud mental. Además, un número importante son peligrosos para ellos mismos y para los demás, ya que no creen estar enfermos.

Factores que Contribuyen a Vivir en la Calle entre los Enfermos Mentales

DESTITUCIONALIZACIÓN. Como fue mencionado con anterioridad, es común que esta situación sea un factor que contribuye a este fenómeno en las personas con trastornos mentales. La desinstitucionalización empezó a manifestarse por la preocupación de profesionales en salud mental, y otras personas que describieron las “condiciones deplorables” en las cuales estaban internados los pacientes hospitalizados.

Con el surgimiento de medicamentos psicotrópicos y el movimiento de salud mental comunitario empezó a crecer una visión filosófica de que los individuos con trastornos mentales reciben un mejor tratamiento, más humanitario, que en hospitales estatales lejos de sus hogares.

Existía la creencia de que el compromiso y la institucionalización despojaban en muchas formas a estos individuos de sus derechos civiles. Sin ser el último de los factores que contribuyen al problema, estaba la carga financiera que imponían estos pacientes a los gobiernos estatales.

De hecho, la desinstitucionalización no fue un fracaso completo ya que alrededor de 50% de la población con enfermedades mentales —quienes tienen un entendimiento de su enfermedad y necesitan medicamentos— lo han hecho bastante bien. El otro 50% que carece de esta perspectiva y con frecuencia suspende los medicamentos, son quienes terminan en la calle.

Sin embargo, debido a que el aumento de personas que viven en la calle no ocurrió hasta los años 80, no puede culparse sólo a la salida de enfermos de los hospitales, existen otros factores implicados.

POBREZA. Los recortes en varios programas auspiciados por el gobierno redujeron asignaciones para indivi-

duos con trastornos mentales que viven en la comunidad. El mercado de trabajo es prohibitivo para los individuos cuyo comportamiento es incomprendible o amenazador para muchos. El estigma y la discriminación relacionados con la salud mental pueden ir disminuyendo poco a poco, pero es muy visible para quienes sufren de sus efectos.

ESCASEZ DE VIVIENDA A PRECIOS ACCESIBLES. La *National Coalition for the Homeless* (NCH, 2006c) establece lo siguiente:

La carencia de vivienda accesible y la limitada escala de programas de ayuda para la vivienda contribuyen a la presente crisis residencial y personas que viven sin hogar. La brecha entre el número de unidades de residencias accesibles y la cantidad de personas que las necesitan produjo una crisis para personas pobres. Entre 1970 a 1995, esta brecha entre arrendatarios de bajos ingresos y la cantidad de unidades disponibles elevaron sus precios de manera excesiva a partir de diferencia inexistente a una carestía de 4.4 millones de unidades habitacionales asequibles —el mayor déficit registrado.

Además, el número de hoteles de habitaciones individuales (SRO) disminuyó de manera drástica; estos hoteles proporcionaban un medio de habitación, en apariencia, barato, y aunque algunas personas creen que estas facilidades favorecen el aislamiento, brindaban refugio adecuado de la intemperie a sus ocupantes.

Tantas personas recurren a los refugios con frecuencia en nuestras ciudades que existe el interés de que sean convertidos en miniinstituciones para personas con trastornos mentales graves.

OTROS FACTORES. Algunos otros factores que pueden contribuir a las personas que viven en la calle mencionados (NCH, 2006c) son:

- **Deficiencia de atención de la salud accesible.** Para las familias que apenas son capaces de tener suficiente dinero para los gastos diarios, una enfermedad catastrófica puede crear un nivel de pobreza que empieza una espiral que va hacia abajo hasta vivir en la calle.
- **Violencia doméstica.** La NCH (2006c) informa que alrededor de la mitad de las mujeres y niños que viven sin hogar sufren violencia doméstica. Las mujeres golpeadas con frecuencia están forzadas a elegir entre una relación abusiva y vivir en la calle.
- **Trastornos de adicción.** Para individuos con adicciones de alcohol o drogas, en ausencia de tratamiento apropiado, aumentan las oportunidades para ser forzados a la vida en la calle. Los siguientes son citados como obstáculos para el tratamiento de la adicción para personas sin hogar: falta de seguro médico; falta de documentación; listas de espera; dificultades de calendarización; requerimientos de contacto diario; carencia de transportación; métodos ineficaces de tra-

tamiento; ausencia de servicios de apoyo e insensibilidad cultural.

Recursos de la Comunidad para las Personas Sin Hogar

Factores que Interfieren

Entre los muchos asuntos que complican la planificación del servicio para las personas enfermas sin hogar está la predilección de la población por la movilidad; esta frecuente recolocación confunde los servicios de atención, e interfiere con los esfuerzos de los proveedores para asegurar la atención apropiada.

Algunos individuos con trastornos mentales graves son afectados por la falta de hogar de manera temporal o intermitente, lo que es llamado “falta de hogar episódica”. Otros van moviéndose alrededor de vecindarios o ciudades conforme lo necesitan, por el clima, o para conseguir los servicios. Gran parte de la población sin hogar y con enfermedades mentales muestra continuo movimiento fluctuante en amplias zonas geográficas.

No toda la población de enfermos mentales sin hogar está en movimiento. Algunos estudios indican que un gran porcentaje permanece en el mismo lugar por varios años. Los trabajadores de atención de la salud deben identificar los patrones de movimiento de las personas que viven en la calle en su área, para por lo menos tratar de brindar la mejor atención posible a esta población única. Lo que puede significar proporcionar servicios a aquellos individuos que no buscan fuera atención por sí mismos.

Temas de Salud

La vida de una persona puede tener graves consecuencias en términos de salud; la exposición a los elementos, dietas deficientes, privación de sueño, riesgo de violencia, lesiones, y poca atención al precario estado de salud y exacerbación de cualquier enfermedad preexistente. Una de las principales aflicciones es el alcoholismo, es considerado que alrededor de 40% de individuos sin hogar abusan del alcohol. Comparados con otros individuos sin hogar, quienes consumen alcohol están en gran riesgo de alteraciones neurológicas, enfermedades cardíacas e hipertensión; enfermedades pulmonares crónicas, trastornos gastrointestinales, disfunción hepática y traumatismo.

La termorregulación es un problema de salud para todos los individuos debido a su exposición a todos los climas, y es un problema complicado para las personas alcohólicas sin hogar, quienes pasan mucho tiempo en niveles alterados de conciencia.

Es difícil determinar si la enfermedad mental es causa o efecto de la falta de hogar. Algunos comportamientos que parecen desviarse pueden ser en realidad adaptaciones a la

vida en la calle. Puede decirse que algunas de estas personas buscan hospitalización en las instituciones psiquiátricas en un intento por estar fuera de las calles por un tiempo.

La tuberculosis es un problema creciente entre los individuos sin hogar (Haddad y col., 2005) los **refugios** repletos proporcionan las condiciones ideales para la disseminación de infecciones respiratorias entre sus habitantes. El riesgo de adquirir tuberculosis también aumenta la prevalencia de alcoholismo, adicción a las drogas, infección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y deficiencia en la nutrición entre estas personas.

Las deficiencias en la dieta son un problema continuo para personas que viven en la calle. La condición de estas personas es un deficiente estado nutricional, pero también la condición misma exacerba algunos otros problemas; por consiguiente, estos individuos sufren índices más altos de mortalidad y mayor número de trastornos graves que sus contrapartes en la población general.

Enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea y la sífilis, son un grave problema para estos individuos. Una de las enfermedades más graves y de mayor prevalencia entre personas sin hogar es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, la vida es precaria para estos individuos cuyos sistemas están inmunosuprimidos. Con frecuencia los restos revueltos de alimentos están descompuestos, y la exposición a las enfermedades infecciosas de otros individuos, lo cual puede amenazar la vida en su vulnerable condición.

La enfermedad por VIH está aumentando entre la población que vive en la calle. La NCH (2006d) informa que la población sin hogar tiene un índice de prevalencia de VIH por lo menos tres veces mayor —3.4% contra 1%— que la población general. Se especula que más de 50% de personas que viven con VIH van a necesitar ayuda en hogares de alguna clase durante sus vidas.

Los niños sin hogar tienen necesidades de salud especiales. NCH (2006e) explica que los niños sin hogar presentan mayores índices de asma, infecciones de oídos, problemas gástricos, y problemas de lenguaje, que los niños que no viven en las mismas condiciones. También sufren más problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, y retraimiento. Están dos veces más propensos a pasar hambre y cuatro veces más a presentar retraso en el desarrollo.

Tipos de Recursos Disponibles

Refugios para Personas Sin Hogar

El sistema de refugios para los individuos sin hogar en Estados Unidos varía de manera extensa, desde almacenes o depósitos convertidos que proporcionan catres o espacios en el suelo para dormir, hasta instalaciones conside-

rables que proporcionan una multitud de servicios sociales y de atención a la salud; trabajan con voluntarios y profesionales pagados, y están patrocinados por iglesias, gobiernos comunitarios, y gran variedad de agencias sociales.

Es imposible, entonces, describir un refugio “típico”. Puede describirse un perfil como la provisión de alojamiento, alimentos, y ropa para personas que necesitan estos servicios. Algunos refugios también proporcionan evaluaciones médicas y psiquiátricas, servicios de primeros auxilios y atención a la salud, y hacen referencias para servicios de manejo de caso por personal de enfermería y trabajadores sociales.

Los individuos que buscan servicios de los refugios en general son asignados a una cama o catre, les proporcionan un juego de ropa blanca, un lugar para bañarse, les muestran las instalaciones de lavandería, y les ofrecen alimentos en la cocina o comedor. La mayoría de los refugios intentan separar las áreas de dormitorio para varones y mujeres, con diferentes consecuencias para quienes violan las reglas.

Los refugios cubren los gastos por medio de donaciones privadas y corporativas, patrocinios de iglesias y subvenciones gubernamentales. Desde el inicio, el concepto de los refugios era como alojamientos “temporales” para individuos que necesitan un lugar para pasar la noche. En realidad, llegaron a convertirse en hospedajes para persona sin hogar con poca esperanza de mejorar su situación, y de hecho, algunos individuos utilizan los refugios como dirección postal.

Centros de Atención a la Salud y Clínicas Storefront

Algunas comunidades establecieron “clínicas callejeras” para servir a la población que vive en la calle, y muchas de estas clínicas son operadas por enfermeras practicantes que trabajan en consultoría con médicos del área.

En años reciente, algunas de estas clínicas brindan sitios de rotación clínica para estudiantes de enfermería en sus rotaciones de atención a la salud en sus comunidades. Algunos son contratados de facultades de escuelas de enfermería que establecen prácticas de grupo en la comunidad.

Estas clínicas ofrecen una gran variedad de servicios, que incluyen administración de medicamentos, valoración de signos vitales, exámenes para seguimiento de tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, inmunizaciones y vacunas para algunas enfermedades y gripe, cambio de vestimentas, y administración de primeros auxilios. Las valoraciones físicas y psicosociales, educa-

ción en la salud, y orientación de apoyo también son intervenciones frecuentes.

La enfermería en las clínicas *storefront* (de escaparate) presenta muchos desafíos especiales, entre los cuales está el de trabajar en condiciones deficientes. Estas clínicas con frecuencia operan con urgencias presupuestarias con personal, suplementos, y equipo inadecuados en instalaciones reducidas, localizadas en vecindarios peligrosos. La frustración con frecuencia es elevada entre el personal que trabaja en estas clínicas, ya que apenas son capaces de ver cierto progreso en sus paciente sin hogar.

El conservar el manejo de salud es casi imposible para muchos individuos que no tienen recursos para atención de la salud. Cuando regresan a sus citas para atención preventiva, la falta de seguimiento es elevada.

Unidades Móviles de Extensión

Los programas de extensión o alcance de manera literal llegan a las personas sin hogar en su propio ambiente, en un esfuerzo de proporcionar atención a la salud. Los voluntarios y profesionales asalariados forman equipos para manejar o caminar por los alrededores en busca de personas que viven en la calle y necesiten ayuda. Les ofrecen café, sándwiches y mantas para mostrarles interés y establecer confianza; en caso de que pueda brindarse ayuda en el lugar, lo hacen. En caso de no ser posible, hacen todos los esfuerzos posibles para asegurarse que el individuo sea un vínculo con la fuente que proporcione los servicios necesarios.

Las **unidades móviles de extensión** proporcionan ayuda a personas sin hogar que necesitan cuidados físicos y psicológicos. El énfasis en estos programas es acomodar a estas personas que rehúsan buscar tratamiento en otra parte; el blanco principal son los enfermos mentales de la población de la calle. Cuando la confianza es establecida y la persona está de acuerdo en venir a la oficina del equipo, inicia el tratamiento médico y psiquiátrico. La hospitalización involuntaria es planteada cuando el paciente puede dañarse a sí mismo o a otros, o de otra manera cumple con los criterios de ser considerado “gravemente discapacitado”.

El Paciente Sin Hogar y el Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería con pacientes sin hogar puede demostrarse por el caso de estudio que a continuación es presentado.

ESTUDIO DE CASO

VALORACIÓN

Joe, de 60 años, es llevado a la Clínica Comunitaria de Salud por dos de sus amigos, quienes mencionan: "Acaba de tener un ataque. ¡Necesita un trago con urgencia!" Joe está sucio, desarreglado, tiene temblores visibles en las extremidades superiores, y está tan débil que necesita de ayuda para caminar, pero es cooperativo mientras la enfermera completa la valoración de ingreso. Es coherente, aunque sus procesos de pensamiento son lentos. Está desorientado en cuanto a tiempo y espacio, parece un poco asustado al mirar los alrededores desconocidos. Joe es incapaz de mencionar cuándo bebió su último trago. No hay informes de lesiones físicas, y de hecho no hay ninguna a la vista.

Joe lleva consigo una bolsa pequeña con algunos objetos personales dentro, incluyendo una credencial del Departamento de Beneficencia de Asuntos de Veteranos (AV), que lo identifican como veterano de la guerra de Vietnam. La enfermera encuentra una camilla para que Joe pueda recostarse, ve que sus signos vitales sean estables, y telefona al número que viene en la credencial.

La enfermera de la clínica descubre que Joe es muy bien conocido por el personal de admisión de AV. Él tiene un historial de 35 años de esquizofrenia, con numerosas hospitalizaciones. Cuando fue dado de alta por última vez, tomaba 10 mg de flufenazina (Prolixin) dos veces al día. Joe le dijo a la enfermera de la clínica que él tomó el medicamento por algunos meses después de que salió del hospital, pero que después no le repusieron el medicamento. De hecho no pudo recordar cuándo fue la última toma de flufenazina.

Joe también tiene un largo historial de trastornos relacionados con el alcohol, y ha participado en el programa de rehabilitación de sustancias del departamento de veteranos tres veces; sin embargo, no cuenta con una dirección estable y recibe sus cheques de beneficio a discapacidad del departamento en la dirección de un refugio. Dice que no tiene familia, así que la enfermera hace los arreglos con el personal de departamento de veteranos para conducir a Joe de la clínica al hospital de Veteranos, donde lo admiten para desintoxicación. Ella crea un archivo de manejo de casos para Joe y hace arreglos con el hospital para tener a Joe de vuelta en la clínica después de ser dado de alta.

DIAGNÓSTICO E IDENTIFICACIÓN DE RESULTADOS

Fue formulado el siguiente diagnóstico de enfermería para Joe:

Mantenimiento de salud deficiente relacionado con habilidades ineficaces de enfrentamiento, evidenciadas por el abuso de alcohol, suspender el medicamento neuroléptico, y falta de higiene personal.

Los criterios en curso fueron seleccionados como resultados para Joe. Éstos incluyen:

- Sigue las reglas del hogar grupal y mantiene su estado de residencia.
- Asiste a las sesiones semanales de la terapia grupal en el programa de tratamiento diurno del hospital de Veteranos.
- Asiste a las sesiones semanales de Alcohólicos Anónimos y está sobrio.
- Acude de manera regular a la clínica de salud para las inyecciones de flufenazina.
- Asiste como voluntario al hospital de Veteranos tres días a la semana.
- Consigue y conserva un trabajo permanente.

PLANEACIÓN Y REALIZACIÓN

Durante la hospitalización de Joe, la enfermera de la clínica permaneció en contacto con su caso. Le realizaron exámenes físicos y dentales completos y tratamiento durante su estancia en el hospital. La enfermera de la clínica asistió a la reunión del equipo de tratamiento de Joe como encargada del caso de su paciente externo. En esa reunión fue decidido tratar de darle a Joe inyecciones de decanoato de flufenazina a causa de su historial de inconformidad con sus medicamentos orales diarios. De esta manera, la enfermera de la clínica le administraría la inyección cada cuatro semanas.

En la visita clínica de seguimiento, la enfermera le explica a Joe que ella encontró un hogar grupal donde puede vivir con otras personas que tienen circunstancias personales similares a las suyas. En el hogar grupal, le van a proporcionar alimentos y el director de ese hogar verá que las necesidades básicas de Joe sean cumplidas. Un criterio para permanecer en esa residencia es que Joe continúe libre de alcohol. Joe está de acuerdo con estos planes de vida.

Con la cooperación de Joe, la enfermera de la clínica desempeña también las siguientes intervenciones:

- Va de compras con Joe para adquirir algo de ropa nueva, permite lo más posible que Joe tome decisiones de manera independiente.
- Ayuda a Joe a mudarse al hogar grupal y lo presenta con el director y los residentes.
- Ayuda a Joe a cambiar su dirección del refugio al hogar grupal, de manera que continúe recibiendo sus beneficios de Veterano.
- Inscribe a Joe en las sesiones semanales de terapia grupal del centro de tratamiento diurno enlazado con el hospital de Veteranos.
- Ayuda a Joe a localizar el grupo de Alcohólicos Anónimos más cercano, e identifica a un patrocinador que confirme de que Joe asiste a las reuniones.
- Establece una cita para Joe en la clínica para regresar en cuatro semanas por su inyección de flufenazina; telefona a Joe un día antes para recordarle sobre su cita.

- Instruye a Joe para regresar o llamar a la clínica si ocurre cualquiera de los siguientes síntomas: dolor de garganta, fiebre, náusea y vómito, dolor de cabeza grave, dificultad para orinar, temblores, piel irritada, o piel u ojos amarilllos.
- Ayuda a Joe para que pueda transportarse con seguridad a las citas.
- Alienta al paciente a establecer metas realistas para su vida y ofrece reconocimiento para que salga adelante.
- Cuando Joe esté listo, discutirá las alternativas de empleo con él; sugerirá la posibilidad de que empiece con un tra-

bajo voluntario (tal vez como voluntario en el hospital de Veteranos).

EVALUACIÓN

La evaluación del proceso de enfermería con los individuos con enfermedad mental sin hogar debe ser muy individualizada. Las estadísticas muestran que las oportunidades para las recaídas con esta población son elevadas; por lo tanto, es muy importante que los criterios de resultado sean realista para que el paciente no fracase.

RESUMEN

La tendencia en la atención psiquiátrica está cambiando de aquella del paciente interno en un hospital a una que está enfocada en la atención del paciente externo en la comunidad. Esta tendencia es debida, en gran parte, a la necesidad de costos más eficientes en la provisión de atención médica a grandes poblaciones.

El movimiento en salud mental en la comunidad empezó en los años 60 con el cierre de los hospitales estatales y la desinstitucionalización de muchos individuos con enfermedades mentales graves y persistentes.

La atención de la salud mental en la comunidad está enfocada en la prevención primaria (lo que reduce la incidencia de trastornos mentales en la población), prevención secundaria (disminuye la prevalencia de enfermedades mentales al acortar el curso de la enfermedad) y prevención terciaria (minimiza los efectos residuales vinculados con enfermedad mental grave y persistente).

El enfoque de la prevención primaria es la identificación de poblaciones en riesgo por enfermedad mental, aumenta su capacidad de enfrentar el estrés, además de

enfocarse y disminuir situaciones perjudiciales en el ambiente. El enfoque de la prevención secundaria es realizado a través de determinar los problemas y el pronto inicio del tratamiento eficiente. La prevención terciaria está dirigida a prevenir las complicaciones de la enfermedad y promover la rehabilitación para que el individuo alcance su máximo nivel de funcionamiento.

El personal de enfermería registrado sirve como proveedor de atención de salud psiquiátrica en la comunidad. Las enfermeras pueden proporcionar atención a los pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes, como externos en los centros de salud mental comunitarios, en programas diurnos y vespertinos para su tratamiento, en programas de hospitalización parcial, en instituciones residenciales de la comunidad, y a través de atención psiquiátrica en casa.

Las personas sin hogar con enfermedad mental brindan un desafío especial para la enfermera en salud mental en la comunidad; es decir, la atención es proporcionada en refugios para personas que viven en la calle, centros de salud o clínicas de “escaparate”, y a través de programas móviles de atención extendida.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta que sea más apropiada para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál de las siguientes representa una intervención de enfermería en el primer nivel de prevención?
 - a. Enseñar entrenamiento efectivo para padres en una clase.
 - b. Conducir un grupo de adolescentes en rehabilitación de drogas.
 - c. Referir a un matrimonio para terapia sexual.
 - d. Conducir un grupo de apoyo para una mujer golpeada.
2. ¿Cuál de las siguientes representa una intervención de enfermería en el nivel secundario de prevención?
 - a. Explicar en una clase el proceso de la menopausia a mujeres de mediana edad.
 - b. Proporcionar apoyo en la sala de emergencia a una víctima de violación.
 - c. Conducir un grupo de apoyo para mujeres en transición.
 - d. Hacer visitas mensuales en la casa de un paciente con esquizofrenia para asegurarse del cumplimiento del régimen de medicamentos.
3. ¿Cuál de las siguientes representa una intervención de enfermería en el nivel terciario de prevención?
 - a. Servir como responsable de caso para un enfermo mental sin hogar.
 - b. Conducir un grupo para varones recién jubilados.
 - c. Dar clases preparadas de cuidados natales.
 - d. Cuidar a una viuda deprimida en el hospital.
4. John, una persona sin hogar, acaba de llegar a vivir al refugio. La enfermera del refugio es asignada a su cuidado. ¿Cuál de las siguientes es una intervención *prioritaria* por parte del personal de enfermería?
 - a. Referir a John con un trabajador social.
 - b. Desarrollar un plan de cuidado para John.
 - c. Conducir una valoración de comportamiento y de las necesidades
 - d. Ayudar a John a solicitar los beneficios de seguridad social.
5. John tiene una historia de esquizofrenia paranoide y no toma sus medicamentos. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede ser la mejor elección de neuroléptico para John?
 - a. Haldol.
 - b. Navane.
 - c. Carbonato de litio.
 - d. Decanoato de prolixina.
6. Ana es una enfermera de atención a la salud psiquiátrica a domicilio. Acaba de recibir la orden de empezar visitas regulares a la Sra W, ya viuda, de 78 años de edad que vive sola. El médico de atención primaria le diagnosticó depresión. ¿Cuál de los siguientes criterios calificaría para las visitas a domicilio?
 - a. La paciente no sabe manejar y depende de otras personas para transportarse.
 - b. La señora tiene un estado físico débil para viajar sin riesgo de lastimarse.
 - c. No quiere buscar ayuda como le sugirió el médico, “porque no tengo ningún problema psiquiátrico”.
 - d. La Sra W dice que prefiere tener visitas en casa en vez de ir al consultorio del médico.
7. Con base en la valoración de las necesidades, ¿cuál de los siguientes problemas sería el objetivo de Ana en la primera visita?
 - a. Duelo complicado.
 - b. Aislamiento social.
 - c. Riesgo de lesiones.
 - d. Alteraciones en el patrón de sueño.

8. La Sra W le dice a Ana: “¿Para qué? Ya no tengo nada más por qué vivir”. ¿Cuál es la mejor respuesta por parte de la enfermera?
- “Claro que sí, Sra W. ¿Por qué dice eso?”
 - “Parece muy triste. Voy a hacer lo que esté de mi parte por animarla”.
 - “Vamos a hablar de por qué se siente de esa forma”.
 - “¿Ha pensado en lastimarse de alguna forma?”
9. El médico le prescribe trazodona (Desyrel) a la señora W, 150 mg antes de ir a dormir. ¿Cuál de las siguientes explicaciones sobre el medicamento le debe dar Ana a la paciente?
- “Tal vez sienta mareo al levantarse, así que cuando tenga que pararse, después estar sentada o acostada, hágalo despacio”.
 - “Debe estar segura de no comer chocolate mientras esté tomando esta medicina”.
 - “Vamos a necesitar tomar una muestra de sangre para enviarla al laboratorio cada mes mientras esté en dicho tratamiento”.
 - “Si no siente mejoría de inmediato con esta medicina, el doctor puede prescribirle un medicamento diferente”.
10. Tres poblaciones predominantes fueron identificadas como beneficiadas de la atención de salud en casa. ¿Cuál de las siguientes no fue incluida en este grupo?:
- Adultos mayores.
 - Individuos que viven en la indigencia.
 - Personas con graves y persistentes enfermedades mentales.
 - Sujetos en situaciones de crisis aguda.

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Rew L., Fouladi R.T., Yockey, R.D. (2002). Prácticas de salud sexual de jóvenes sin casa. (2002). *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 139-145.

Descripción del estudio: el propósito de este estudio es describir las prácticas de salud sexual de los adolescentes que viven en las calles; examinar las relaciones entre las variables en un modelo conceptual de prácticas de salud sexual; y determinar los efectos directos e indirectos de las características de la población, factores cognitivos-perceptual, y factores de comportamiento en las prácticas de salud sexual entre los adolescentes sin hogar.

Fue realizada una investigación a una muestra de conveniencia de 414 varones jóvenes (244) y mujeres (170), de entre 16 y 20 años, la mayoría de los cuales era angloamericanos. Fueron utilizados cuestionarios de la escala Likert para buscar información sobre enfermedades de transmisión sexual, conocimiento sobre SIDA, autoeficacia para utilizar preservativos, apoyo social, prácticas de salud sexual, comunicación asertiva, y antecedentes.

Resultados del estudio: treinta y cinco por ciento de la muestra informaron que son de preferencia homosexual o bisexual,

y mencionaron ésta como razón para abandonar el hogar. Alrededor de la mitad mencionaron historia de abuso sexual y uno de cuatro fueron tratados de gonorrea. Siete por ciento han sido tratados de VIH, 8% por clamidia, 3.6% por sífilis, y 32% ha recibido una o más inmunizaciones para prevenir la hepatitis. Las puntuaciones con futuras perspectivas también fueron bajas, lo que también fue un hallazgo esperado, por la falta de ambientes sociales de apoyo en casa, padres, y escuelas.

La principal puntuación de comportamiento de sexo seguro fue más elevada que en los varones que estudian en universidades. Los autores especulan que esto puede indicar que los participantes estuvieron expuestos a mensajes de sexo seguro con más frecuencia en los centros de atención extendida que aquellos en las universidades. Aquellos participantes que tuvieron calificaciones más altas en apoyo social percibido y comunicación asertiva, también presentaron puntuaciones en autoeficacia al utilizar los preservativos.

Implicaciones para la práctica de enfermería: los autores sugieren que la correlación de la autoeficacia con el apoyo social y la comunicación asertiva puede indicar que una intervención dirigida a mejorar las habilidades de comunicación asertiva, y el apoyo social pueden dar como resultado aumento

en la autoeficacia, lo que a su vez mejoraría los comportamientos de sexo seguro. Los autores explican:

La relación de la intención para utilizar preservativos con una perspectiva de futuro, unión social y autopercepción en el uso de condones, pero además con la responsabilidad en la salud sexual, indica que existe otro aspecto en el que es necesario intervenir con los adolescentes sin hogar. Las intervenciones que se enfocan a la responsabilidad de la salud sexual (p. ej., buscar servicios de atención a la salud si se sospecha de alguna enfermedad de transmisión

sexual o rechazar involucrarse en relaciones sexuales con quien sabe tiene VIH) podría tener efectos positivos en estos jóvenes (p. 144).

Este estudio proporciona información que puede ser utilizada por el personal de enfermería que trabaja con la población que vive en las calles, en un esfuerzo por cambiar el riesgoso comportamiento y promover hábitos positivos de atención a la salud en condiciones que con frecuencia son desfavorables.

R E F E R E N C I A S

- American Nurses' Association. (1992). *Case management by nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses' Association (1999). *Scope and standards of home health nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses' Association. (2000). *Scope and standards of psychiatric-mental health nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) *Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bower, K.A. (1992). *Case management by nurses*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). (2005). *Medicare benefit policy manual*. Baltimore, MD: CMS.
- Haddad, M.B., Wilson, T.W., Ijaz, K., Marks, S.M., & Moore, M. (2005). Tuberculosis and homelessness in the United States, 1994-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293(22), 2762-2766.
- Harvard Medical School. (2005). The homeless mentally ill. *Harvard Mental Health Letter*, 21(11), 4-7.
- Jans, L., Stoddard, S., & Kraus, L. (2004). *Chartbook on mental health and disability in the United States*. An InfoUse Report. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
- Lamb, H.R. (1992). Perspectives on effective advocacy for homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(12), 1209-1212.
- Langley, C. (2002). Community-based nursing practice: An overview in the United States. In J.M. Sorrell & G.M. Redmond (Eds.), *Community-based nursing practice: Learning through students' stories*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Mercer, R.T. (2005). Transitions to parenthood. *NurseWeek*. Retrieved February 10, 2006 from http://www2.nurseweek.com/ce/selfstudy_modules/course.html?ID=390
- Miller, M.A., & Rahe, R.H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 279-292.
- Murray, R., & Zentner, J. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). (2007). *PACT: Program of Assertive Community Treatment*. Retrieved April 6, 2007 from <http://www.nami.org/>
- National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). (2006). *About mental illness*. Retrieved July 27, 2006 from <http://www.nami.org/>
- National Coalition for the Homeless (NCH). (2006a). *Who is homeless?* Retrieved April 7, 2007 from <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts.html>
- National Coalition for the Homeless (NCH). (2006b). *How many people experience homelessness?* Retrieved April 7, 2007 from <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts.html>
- National Coalition for the Homeless (NCH). (2006c). *Why are people homeless?* Retrieved April 7, 2007 from <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts.html>
- National Coalition for the Homeless (NCH). (2006d). *HIV/AIDS and homelessness*. Retrieved April 7, 2007 from <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts.html>
- National Coalition for the Homeless (NCH). (2006e). *Homeless families with children*. Retrieved April 7, 2007 from <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts.html>
- National Institute of Mental Health (2006). *The numbers count: Mental disorders in America*. Retrieved July 27, 2006 from <http://www.nimh.nih.gov/>
- Pittman, D.C. (1989). Nursing case management: Holistic care for the deinstitutionalized chronically mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(11), 23-27.
- President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Retrieved May 30, 2005 from <http://www.mentalhealthcommission.gov/>
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scanlon, V.C., & Sanders, T. (2007). *Essentials of anatomy and physiology* (5th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Spock, B. (2004). *Baby and child care* (8th ed.). New York: Simon & Schuster.
- U.S. Conference of Mayors (USCM). (2006). *A status report on hunger and homelessness in America's cities: 2006*. Washington, DC: U.S. Conference of Mayors.
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope*. Retrieved May 30, 2005 from <http://www.who.int/whr/>
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Sheehy, G. (1976). *Passages: Predictable crises of adult life*. New York: Bantam Books.

26

CAPÍTULO

EL DUELO

RESUMEN DEL CAPÍTULO

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN LA PÉRDIDA Y EL DUELO

DURACIÓN DEL PROCESO DE DUELO

DUELO ANTICIPADO

RESPUESTAS DE INADAPTACIÓN POR LA PÉRDIDA

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

AYUDA ADICIONAL

RESUMEN

PREGUNTAS DE REVISIÓN

TÉRMINOS CLAVE

declaraciones anticipadas
(planes anticipados)
duelo anticipado
sobrecarga de pérdida

duelo retrasado
hospicio
duelo (*mourning*)
luto

Shiva
Velorio

CONCEPTOS CENTRALES

pérdida

duelo

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Describir varios tipos de pérdida que propician la respuesta de duelo en las personas.
2. Discutir las perspectivas teóricas del duelo propuesto por Elisabeth Kübler-Ross, John Bowlby, George Engel y J. William Worden.
3. Diferenciar entre las respuestas normales y maladaptativa a la pérdida.
4. Debatir comportamientos de duelo comunes en los individuos en varias etapas en la vida.
5. Describir costumbres relacionadas con el duelo en personas de diferentes culturas.
6. Formular diagnósticos de enfermería y objetivos de atención para individuos que experimentan la respuesta de duelo.
7. Describir intervenciones de enfermería apropiadas por personas que experimentan la respuesta de duelo.
8. Identificar los criterios para la evaluación de atención de enfermería que están en duelo.
9. Describir el concepto de atención de hospicio para personas en fases terminales y sus familias.
10. Discutir el uso de directivas de avance para individuos que proporcionan orientación sobre su futura atención médica.

Concepto Central

Pérdida

La experiencia de separación de algo de personal importancia.

INTRODUCCIÓN

La pérdida es algo percibido como tal por el individuo; la separación de personas queridas o de posesiones atesoradas por cualquier razón; la experiencia de fracaso, ya sea real o percibida; o eventos vitales que crean cambios en un patrón familiar de existencia —todo lo que pueda experimentarse como pérdida, y cualquier cosa que active comportamientos relacionados con el proceso de duelo; estas situaciones son eventos afectivos universales que experimentan todos los seres. Los que están a continuación son ejemplos de formas notables de pérdida:

- Alguien o algo significativo (persona o mascota) por fallecimiento, divorcio, o separación por cualquier razón.
- Enfermedad o condiciones debilitantes. Los ejemplos incluyen (aunque no están limitados a éstos) diabetes, apoplejía, cáncer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, pérdida de la audición o visión, y lesiones en médula espinal o en la cabeza. Algunas de estas condiciones no sólo incurren en pérdida de bienestar físico o emocional, sino que también provocan la pérdida de la independencia personal.
- Cambios de desarrollo/madurez o situaciones como menopausia, infertilidad, sensación de “vacío”, envejecimiento, impotencia e hysterectomía.
- Disminución de autoestima; si una persona es incapaz de satisfacer las propias expectativas o de los demás (incluso si éstas son percibidas como decepciones sólo por el individuo), esto incluye una pérdida de esperanzas o sueños potenciales.
- Posesiones personales que simbolizan familiaridad y seguridad en la vida de una persona. La separación de estos objetos valiosos en lo personal y familiar representan pérdida de extensiones materiales de sí mismo.

Concepto Central

Duelo

Angustia profunda mental y emocional como respuesta a la experiencia subjetiva de pérdida de algo significativo.

Algunos textos diferencian los términos **luto** y duelo al describir el luto como el proceso psicológico (o etapas) por las cuales el individuo atraviesa hasta adaptarse a la pérdida de un objeto valioso.

El duelo puede considerarse como los estados subjetivos que acompañan al luto, o el trabajo emocional que incluye el proceso de luto. Para propósitos de este texto, el trabajo de duelo y el proceso de luto serán referidos en conjunto como *respuesta de duelo*.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN LA PÉRDIDA Y EL DUELO

Etapas de Duelo

Los patrones de comportamiento relacionados con la respuesta de duelo incluyen muchas variaciones individuales; sin embargo, existen semejanzas suficientes que definen a la caracterización de duelo como un síndrome que tiene un curso predecible con una resolución esperada.

Los primeros teóricos, entre ellos Kübler-Ross (1969), Bowlby (1961), y Engel (1964) describen las etapas de comportamiento a través del cual los individuos logran sobreponerse hasta la resolución. Además hay variables que influyen este progreso, es decir, algunos individuos aceptan la situación de momento sólo para retroceder a una etapa temprana tiempo después; algunos nunca completan la secuencia; y algunos más nunca superan la etapa inicial. En el cuadro 26-1 es presentada una comparación de las semejanzas entre estos tres modelos de respuesta.

Un especialista más contemporáneo sobre el duelo, J. William Worden (2002), ofrece una serie de tareas que deben procesarse con la finalidad de completar la respuesta de duelo. Sugiere que es posible para una persona completar algunas de estas tareas y no otras, lo que es resultado de un duelo incompleto; por lo tanto, aparecen alteraciones posteriores en el crecimiento y desarrollo.

Elizabeth Kübler-Ross

Estas bien conocidas etapas del proceso de duelo fueron identificadas por Kübler-Ross en su extenso trabajo con pacientes moribundos. Los comportamientos relacionados con cada una de estas etapas pueden observarse en los individuos que experimentan la pérdida de cualquier concepto de valor personal.

- **Etapa I. Negación.** En esta etapa el individuo no reconoce que ocurrió la pérdida; puede decir: “¡No, no puede ser cierto!” o “¡No es posible!” Esta etapa puede proteger al individuo contra el dolor psicológico de la realidad.

CUADRO 2 6 – 1 Etapas de la Respuesta Normal de Duelo: Una Comparación entre los Modelos de Elisabeth Kübler-Ross, John Bowlby y George Engel

ETAPAS				
Kübler-Ross	Bowlby	Engel	Dimensión Posible de Tiempo	Comportamientos
I. Negación	I. Aturdimiento/Protesta	I. Estado de conmoción/Incredulidad	Ocurre de manera inmediata después de experimentar la pérdida. Por lo regular no dura más de 2 semanas.	El individuo no quiere admitir que la pérdida ocurrió.
II. Ira	II. Desequilibrio	II. Conciencia en desarrollo	En la mayoría de los casos comienza dentro de las primeras horas de la pérdida. Llegan a su punto máximo dentro de la 2 ^a y 4 ^a semanas.	La ira es dirigida hacia sí mismo o hacia otras personas. Puede sentirse ambivalencia y culpa hacia el objeto perdido.
III. Negociación		III. Restitución		El individuo busca de manera fervorosa diferentes alternativas para mejorar la situación actual. Asiste a diversos rituales relacionados con la cultura en la que la pérdida ocurrió.
IV. Depresión	III. Desorganización y desesperación	IV. Resolución de la pérdida	Un año o más.	La función actual de duelo. Preocupación sobre el objeto perdido. Sentimientos de impotencia y soledad tienen lugar en respuesta a la comprensión de la pérdida. Son confrontados los sentimientos relacionados con la pérdida.
V. Aceptación	IV. Reorganización	V. Recuperación		La resolución es completa. La persona desconsolada experimenta una reinversión en nuevas relaciones y nuevas metas. Las personas con enfermedades terminales expresan estar preparados para la muerte.

- **Etapa II. Enojo.** Esta es la fase en que enfrenta la realidad. Los sentimientos relacionados con esta etapa incluyen tristeza, culpa, remordimientos, indefensión y desesperanza. La culpa y el resentimiento hacia los demás pueden conducir a sentimientos de enojo hacia sí mismos o a otras personas. El nivel de ansiedad es muy elevado, y el individuo experimenta confusión y disminuye la capacidad de funcionar de manera independiente. El individuo está enfocado en una imagen idealizada de lo que ha perdido. Son comunes las quejas somáticas.
- **Etapa III. Negociación.** En esta etapa, en respuesta de duelo, el individuo intenta negociar con Dios por una segunda oportunidad, o por más tiempo. La persona reconoce la pérdida, o la inminente pérdida, pero mantiene la esperanza de nuevas alternativas, es evidente por declaraciones como “si sólo pudiera...” o “si sólo tuviera...”.
- **Etapa IV Depresión.** En esta etapa, el individuo está de luto por aquello que ha sido o es una pérdida. Esta es una etapa muy dolorosa, durante la cual el individuo debe enfrentarse con los sentimientos relacionados por haber tenido a alguien, o algo valioso (llamada depresión reactiva).

Un ejemplo puede ser la persona que está de duelo por un cambio en su imagen corporal. También son confrontados los sentimientos relacionados con una pérdida inminente (llamada depresión *preparatoria*), los ejemplos incluyen permanentes cambios de estilo de vida relacionados con la imagen corporal alterada, o incluso una pérdida inminente de la vida misma. La regresión, retramiento, y aislamiento social pueden ser comportamientos de esta etapa. La intervención terapéutica debe estar disponible, pero no debe imponerse, y los lineamientos para proporcionar ayuda serán basados en la disposición del individuo.

- **Etapa V. Aceptación.** En este momento, la persona ha trascendido los comportamientos relacionados con las otras etapas y acepta o cede ante la pérdida, lo que significa que disminuyó la ansiedad y fueron establecidos los métodos de enfrentamiento con la pérdida. El sujeto está menos preocupado con lo que sucedió y muestra más interés en otros aspectos del ambiente. Si esto es la propia muerte inminente, la persona está lista para morir, está más tranquila y retraiida, parece desprovista de emociones. Estos comportamientos son un intento

por facilitar el paso hacia el lento desprendimiento del ambiente.

John Bowlby

Establece que son cuatro etapas en el proceso de duelo, y relaciona estos comportamientos que pueden ser observados en todos los individuos que experimentan la pérdida de alguien o algo de valor, incluso cuando los bebés tienen seis meses de edad.

- **Etapa I. Paralización o protesta.** Esta etapa está caracterizada por un sentimiento de conmoción e incredulidad de la pérdida, la pérdida no es aceptada como real.
- **Etapa II. Desequilibrio.** Durante esta fase, el individuo tiene una profunda urgencia de recuperar lo que ha perdido. Los comportamientos relacionados con la presente etapa incluyen preocupación con la pérdida, llanto intenso y expresiones de enojo hacia sí mismo y otras personas, además de sentimientos de ambivalencia y culpa relacionados con la pérdida.
- **Etapa III. Desorganización y desesperación.** Sentimientos de desesperación ocurren en respuesta a la conciencia de que ha ocurrido la pérdida. Las actividades de la vida diaria son más desorganizadas, y al comportamiento lo caracteriza la inquietud y falta de propósito. Los esfuerzos por recuperar patrones productivos de comportamiento son ineficientes y el individuo experimenta temor, indefensión, y desesperanza; también son comunes las quejas somáticas. Asimismo, ocurren percepciones de visualización, como estar en presencia de quien falleció. El aislamiento social es común, el individuo siente una profunda soledad.
- **Etapa IV. Reorganización.** El individuo acepta o siente resignación ante la pérdida; restablece nuevos objetivos y patrones de organización. La persona empieza a invertir en nuevas relaciones, lo que indica que está listo para continuar en su ambiente. El duelo subsiste y es reducido a recuerdos valiosos.

George Engel

- **Etapa I. Conmoción e incredulidad.** La reacción inicial a la pérdida es un sentimiento de aturdimiento e insensibilidad, también hay negación a reconocer la realidad de la pérdida. Engel considera que esta etapa es un intento por parte del individuo de protegerse a sí mismo “contra los efectos de abrumador estrés por medio del aumento del umbral contra dicho reconocimiento, o contra los dolorosos sentimientos que se evocan”.
- **Etapa II. Desarrollo de la conciencia.** Esta etapa empieza a los pocos minutos u horas después de la pérdida.

dida. Los comportamientos relacionados con esta fase incluyen llanto excesivo y regresión a un estado de indefensión y conductas infantiles. El reconocimiento de la pérdida crea sentimientos de vacío, frustración, angustia, y desesperación. El enojo puede ser dirigido hacia sí mismo o hacia otras personas en el entorno, a quienes la persona responsabiliza por la pérdida.

- **Etapa III. Restitución.** Son realizados los diferentes rituales relacionados con la pérdida según la cultura de la persona. Los ejemplos incluyen funerales, despertares, vestimentas especiales, reuniones de familiares y amigos, y prácticas religiosas según las costumbres y las creencias espirituales del fallecido. La participación en estos rituales es considerada de ayuda al individuo a aceptar la realidad de la pérdida y facilitar el proceso de recuperación.
- **Etapa IV. Resolución de la pérdida.** A esta etapa la caracteriza una preocupación por la pérdida. El concepto de la persona es idealizado, y el doliente puede imitar las cualidades que admiraba en su ser querido. Esta preocupación disminuye de manera gradual alrededor de un año de la pérdida o más; hasta que por último, el individuo empieza a invertir sus sentimientos en otras personas.
- **Etapa V. Recuperación.** Finaliza la obsesión por el ser querido, y el individuo es capaz de continuar con su vida.

J. William Worden

Worden observa a los dolientes como activos y autodeterminantes más que participantes activos en el proceso de duelo. Propone que el duelo incluye una serie de tareas que deben reconciliarse con la finalidad de completar el duelo. Worden considera que las cuatro tareas del luto incluyen las siguientes:

- **Tarea I. Aceptación de la realidad de la pérdida.** Al perder algo de valor, es común que la persona no quiera creer lo sucedido. Los comportamientos incluyen falta de identificación con los individuos en el ambiente por la pérdida del ser querido, retiene posesiones del fallecido como si no hubiera muerto, y evita aquello que le recuerde al ser querido para no enfrentar la realidad de la pérdida. Worden (2002) explica:

El inicio de la aceptación de la realidad de la pérdida necesita tiempo ya que incluye no sólo la aceptación intelectual sino también emocional. El doliente debe estar consciente de manera intelectual del carácter definitivo de la pérdida antes que las emociones permitan la completa aceptación de que la información es cierta (p. 29).

La creencia y la negación son intermitentes mientras existe el intento por reponerse. Es considerado que los rituales tradicionales, como el funeral, ayudan a algunos individuos a sobreponerse hacia la aceptación de la pérdida.

- **Tarea II. Trabajo para superar el dolor del duelo.** El dolor relacionado con la pérdida incluye tanto dolor físico como emocional. Este dolor debe reconocerse y superar; en cambio, evitarlo o suprimirlo sólo sirve para retrasarlo o prolongar el proceso de duelo. Las personas que hacen esto al no permitirse tener pensamientos dolorosos, ya sea que idealicen o eviten recuerdos de lo que han perdido, y por medio de alcohol o medicamentos. La intensidad del dolor y la forma en que es experimentado es diferente para cada persona; sin embargo, la generalidad es que *debe* experimentarse. En caso de no hacerlo provoca alguna forma de depresión que requiere terapia, enfocada en sobreponerse al dolor del duelo que el individuo no confrontó en el momento de la pérdida. En esta difícil etapa, los individuos deben ser “indulgentes con el dolor de la pérdida, sentirlo y saber que un día terminará” (Worden, 2002).

- **Tarea III. Adaptarse al ambiente que cambió por la pérdida.** Por lo general, requiere varios meses para un doliente darse cuenta que su entorno continúa sin el ser querido. En el caso de haber perdido a alguien amado, la forma en que cambia el ambiente depende de los tipos de papeles que la persona satisfacía en la vida. En caso de un cambio de estilo de vida, el sujeto necesita hacer adaptaciones de su ambiente en términos de situaciones de la vida diaria. Además, quienes definieron su vida a través de la entidad perdida también requieren que se ajusten a su propio sentido de sí mismos. Worden (2002) explica:

La estrategia de enfrentamiento de redefinir la pérdida de tal forma que pueda redundar en el beneficio de la supervivencia con frecuencia es parte del cumplimiento exitoso de la Tarea III (p. 33).

Si el doliente no puede adaptarse en un ambiente sin un concepto de valor, pueden presentarse sentimientos de baja autoestima. Los comportamientos de regresión y sentimientos de indefensión y la falta de adaptación son frecuentes. Worden (2002) menciona:

[Otro] aspecto que requiere adaptación puede ser el propio sentido del mundo. La pérdida por fallecimiento puede desafiar los valores fundamentales propios de la vida y creencias filosóficas —las creencias están influenciadas las familias, semejantes, educación, y religión al igual que las

experiencias de la vida. La persona busca el significado en la pérdida y su relación con los cambios de vida con la finalidad de darle sentido a la misma y recuperar el control (p. 34).

- Para tener éxito en la Tarea III, los individuos en duelo deben desarrollar nuevas habilidades para enfrentar y adaptarse a su nuevo ambiente sin el concepto perdido. El logro en esta etapa determina el resultado del proceso de luto —el continuo crecimiento o un estado de estancamiento en el desarrollo.
- **Tarea IV. Relocalización emocional y continuar con su proyecto de vida.** Esta tarea permite al individuo identificar un lugar especial para lo que ha perdido. Los individuos necesitan depurar su historia o encontrar un sustituto; en cambio, existe una forma de presencia continuada del concepto perdido en la vida del individuo. El concepto perdido es *relocalizado* en la vida del sujeto. El cumplimiento exitoso de esta fase incluye soltar los apegos del pasado y formar nuevos intereses. Sin embargo, también está el reconocimiento de que, aunque la relación entre el doliente y el fallecido cambió, todavía es una relación. Worden (2002) sugiere que nunca hay pérdida de los recuerdos de una relación significativa. Explica:

Para muchas personas, la Tarea IV es la etapa más difícil. Se quedan estancados en este punto del duelo y más tarde se dan cuenta que su vida se detuvo en el momento de la pérdida (p. 37).

Worden (2002) relaciona la historia de una chica adolescente que tiene dificultades en ajustarse a la muerte de su padre. Después de dos años, cuando por fin empieza a sobreponerse a las etapas relacionadas con el duelo, escribió estas palabras para expresar con claridad todo el esfuerzo que hacen las personas en esta etapa: “Hay otras personas a quienes amar, y no significa que ame menos a mi papá”.

DURACIÓN DEL PROCESO DE DUELO

Las etapas de duelo permiten a las personas un acercamiento de la resolución del luto. Cada etapa presenta tareas que deben superarse a través del dolor de la experiencia.

Engel (1964) estableció que la resolución exitosa de la respuesta de duelo sucede cuando la persona es capaz de “recordar con conformidad y de manera realista tanto los momentos placenteros como las desilusiones [de lo perdido]”.

La duración del duelo depende del individuo y puede llegar a tardar varios años sin ser una respuesta de inadaptación. La fase aguda del duelo normal por lo general dura

de seis a ocho meses —o más en adultos mayores— pero la resolución completa de la respuesta de duelo puede tardar mucho más. Sadock y Sadock (2003) explican:

De manera tradicional, el duelo dura seis meses a un año, conforme la persona experimenta el año del calendario por lo menos una vez sin la persona perdida. Algunos signos y síntomas de duelo pueden persistir mucho más de uno o dos años, y un sobreviviente puede tener varios sentimientos relacionados con el duelo, los síntomas, y el comportamiento que presenta. En general, los síntomas de duelo agudo disminuyen de manera gradual, y en uno a dos meses la persona es capaz de comer, dormir y regresar a su funcionamiento (pp. 62-63).

Existen varios factores que influyen el eventual resultado de la respuesta de duelo. Dicha respuesta puede ser más difícil si:

- El individuo era muy dependiente o percibe al fallecido como un apoyo físico o emocional importante.
- La relación era muy ambivalente. Una relación amor-odio puede producir sentimientos de culpa que interfieren con el trabajo de duelo.
- El sujeto experimenta varias pérdidas. El duelo tiende a ser acumulativo, y si las pérdidas previas no fueron resueltas, cada respuesta de duelo sucesiva es más difícil.
- La pérdida es de una persona joven. El duelo por la pérdida de un niño con frecuencia es más intensa que la sucedida por un adulto mayor.
- El estado de salud física o psicológica del individuo es inestable en el momento de la pérdida.
- El individuo percibe (ya sea real o imaginaria) cierta responsabilidad por la pérdida.

La respuesta de duelo es más fácil si:

- La persona tiene el apoyo de otras personas importantes para ella, para ayudarla a superar el duelo.
- El individuo tiene la oportunidad de prepararse para la pérdida. El trabajo del duelo es más intenso cuando la pérdida es repentina e inesperada. Es considerado que la experiencia de *duelo anticipado* facilita la respuesta de duelo que ocurre en el momento de la pérdida real.

Worden (2002) menciona lo siguiente:

Hay una sensación en la cual se termina el luto, cuando las personas recuperan el interés en la vida, sienten más esperanza, experimentan gratificación otra vez, y se adaptan a nuevos papeles. También se presenta una sensación en la cual el luto jamás termina. [Las personas deben entender] que el luto es un proceso a largo plazo, y la culminación [con mucha probabilidad] no llega a un estado de preduelo (pp. 46-47).

DUELO ANTICIPADO

Este tipo de duelo es la experiencia de sentimientos y emociones relacionados con la respuesta normal de duelo antes de que ocurra la pérdida real. Un aspecto distinto está relacionado con el hecho de que el duelo convencional tiende a disminuir en intensidad con el paso del tiempo. De manera inversa, el duelo anticipado puede aumentar en intensidad una vez que la pérdida esperada es inminente.

Aunque es dicho que el duelo anticipado facilita el proceso de luto real después de la pérdida, pueden presentarse algunos problemas. En el caso de una persona que está muriendo, las dificultades pueden surgir cuando los miembros de la familia completan el proceso del duelo anticipado, y el desapego de la persona que está falleciendo ocurre de manera prematura, esta última experimenta sentimientos de soledad y aislamiento del dolor psicológico de la muerte inminente, y la afronta sin el apoyo de la familia. Sadock y Sadock (2003) describen otro ejemplo de complicaciones relacionado con la respuesta de duelo completado de manera prematura:

Una vez que se termina el duelo anticipado, el individuo puede encontrar difícil restablecer la relación previa; este fenómeno se experimenta con el regreso de personas que se han ido por mucho tiempo (por ejemplo, a la guerra o que fueron confinados a campos de concentración) y de personas que se consideraban fallecidas (p. 63).

El duelo anticipado puede servir como una defensa para algunos individuos, y facilita la carga de la pérdida cuando ocurre en realidad. Puede probarse que es menos funcional para otras personas; debido a las variables interpersonales, psicológicas, o socioculturales, son incapaces de progresar en la pérdida real para expresar sentimientos intensos que acompañan la respuesta de duelo.

RESPUESTAS DE INADAPTACIÓN POR LA PÉRDIDA

¿Cuándo, entonces, la respuesta de duelo es considerada de inadaptación? Son descritos tres tipos de reacciones patológicas de duelo, que incluyen retraso o inhibición del duelo, una respuesta exagerada o distorsionada, y el duelo crónico prolongado.

Duelo Retrasado o Inhibido

Esta respuesta de duelo está referida a la ausencia de duelo cuando podría esperarse de manera habitual. Muchas veces, las influencias culturales, como la expectativa de mantener una actitud estoica o de “mantener la compostura”, causa el retraso de la respuesta.

El duelo retrasado o inhibido es de manera sencilla no lidiar con la realidad de la pérdida, el individuo permanece en la etapa de negación del duelo, algunas veces por muchos años. Cuando sucede esto, la respuesta puede activarse muchos años después, cuando el individuo experimenta una pérdida subsecuente. Algunas veces el proceso de duelo es activado de manera espontánea o en respuesta a un evento en apariencia insignificante. La reacción excesiva a la pérdida de otra persona puede ser una manifestación de **duelo retrasado**.

El reconocimiento del duelo retrasado es crítico porque, dependiendo en la profundidad de la pérdida, el fracaso del proceso de luto puede evitar la asimilación de la pérdida y, por lo tanto, a tener una vida satisfactoria. El retraso también aparece por sentimientos de ambivalencia hacia el ser querido, falta de presión para reasumir la función normal, o percibir falta de recursos internos o externos para enfrentar con la pérdida profunda.

Respuesta de Duelo Distorsionado (Exagerado)

En la reacción de duelo distorsionado, todos los síntomas relacionados con el duelo normal son exagerados. Los sentimientos de tristeza, indefensión, desesperanza, impotencia, enojo, y culpa, como también en quejas somáticas, predisponen al individuo a ser disfuncional en términos del manejo de su vida diaria. Murray y Zentner (2001) describen una reacción exagerada de la siguiente forma:

Una intensificación del duelo hasta el punto en que la persona se siente abrumada, demuestra comportamientos de inadaptación prolongados, se manifiestan síntomas excesivos e interrupciones en la recuperación, y no se sobreponen a la integración de la pérdida, encontrando significado en la pérdida, y resolución del proceso de luto (p. 858).

Cuando tiene lugar el duelo exagerado, el individuo permanece estancado en la etapa de enojo, el cual dirige hacia otras personas en el entorno a quienes el individuo les atribuye la pérdida. Sin embargo, muchas veces va dirigido hacia sí mismo, y cuando sucede esto aparece la depresión. La depresión es un tipo de reacción de duelo exagerado.

Duelo Crónico o Prolongado

Algunos autores consideran que la reacción es una respuesta de inadaptación al duelo. Debe tenerse cuidado con esta aseveración debido a que, como fue dicho con anterioridad, la duración de la respuesta de duelo depende del individuo, es decir, algunas personas necesitan años para responder de manera adaptativa.

Un proceso prolongado puede considerarse de inadaptación cuando existen ciertos comportamientos, como es el caso de conservar posesiones personales con el objetivo de mantener al ser querido vivo (como si fuera a regresar a la vida del doliente), o incapacitando comportamientos que evitan que el doliente realice actividades de manera adaptada de la vida diaria. Otro ejemplo es el de una viuda que no quería participar en reuniones familiares después de la muerte de su marido; por muchos años hasta su propia muerte, iba al cementerio y comía un sándwich; permanecía sentada en la lápida y tomaba su “comida de día festivo” con su esposo. Hay otras personas que colocan un lugar en la mesa para la persona fallecida mucho después de lo esperado del proceso de luto.

Duelo Normal versus de Inadaptación

Varios autores identifican una diferencia crucial entre el duelo normal y el de inadaptación: la pérdida de autoestima. Kaplan, Sadock y Grebb (1994) aseveran que “sentimientos evidentes de despreocupación” son indicativos de depresión más que de duelo sin complicaciones. Eisendrath y Lichtmacher (2005) afirman:

El duelo por lo general se acompaña de una autoestima intacta, mientras que en la depresión se caracteriza por un sentimiento de culpa y menoscropio (p. 1 035).

Ésta es vista como la principal diferencia entre el duelo normal y la respuesta inadaptada —el sentimiento de menoscropio o baja autoestima—, por último ocurre la depresión.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración de Antecedentes: Conceptos de Muerte y Temas de Desarrollo

Todos los individuos tienen su propio concepto único de la muerte. Estos conceptos están influenciados por experiencias pasadas con la muerte, como también la edad y el nivel de desarrollo emocional. Esta sección está dirigida a varias percepciones de muerte de acuerdo con la edad del desarrollo.

Niños

Nacimiento a la Edad de Dos Años

Los lactantes son incapaces de reconocer o entender la muerte, pero pueden experimentar los sentimientos de pérdida y separación. Los niños pequeños que son separa-

dos de su madre pueden volverse inquietos, perder peso, y dormir menos. A esta edad parecen sentir los cambios en su entorno donde ocurrió el fallecimiento, y con frecuencia reaccionan a las emociones de los adultos con irritabilidad y llanto.

Edades de Tres a Cinco Años

Los preescolares y los menores de jardín de niños tienen cierto entendimiento sobre la muerte, pero en general tienen dificultad en distinguir entre la fantasía y realidad. Creen que la muerte es reversible, y sus pensamientos sobre la muerte pueden incluir el pensamiento mágico; por ejemplo, creen que sus pensamientos o comportamientos causaron que una persona enfermara o muriera.

Los niños de esta edad son capaces de entender, por lo menos en parte, de lo que ven y escuchan de las conversaciones de los adultos o de los medios. Sienten temor si creen que algo los amenaza o a sus seres queridos; sienten preocupación con asuntos de seguridad y requieren mucha seguridad por parte de las personas que las cuidan. Los comportamientos regresivos, como pérdida de control de la vejiga o intestinos, chuparse el dedo, y hacer rabietas; también pueden verse cambios en los patrones de sueño y alimentación.

Edades de Seis a Nueve Años

Los menores de esta edad empiezan a entender la finalidad de la muerte, son capaces de comprender una explicación más detallada de por qué o cómo muere una persona, aunque con frecuencia relacionan el concepto de muerte con el envejecimiento o con los accidentes. Creen que la muerte es contagiosa y evitan asociarse con individuos que han experimentado pérdidas por fallecimiento. Es común que personifiquen la muerte, en la forma del "coco" o un monstruo —alguien que rapsa a la gente o a quien ellos pueden evitar si lo intentan con suficiente fuerza. Es difícil para ellos concebir su propia muerte. La reacción normal de duelo a esta edad incluye comportamientos tanto regresivos como agresivos, retraimiento, fobias escolares, síntomas somáticos, y comportamientos de apego.

Edades de 10 a 12 años

Los chicos preadolescentes son capaces de entender que la muerte es el final, y que de manera eventual afecta a todos, incluso a ellos mismos. Muestran interés en los aspectos físicos de la muerte y la disposición final del cuerpo, por lo que pueden hacer preguntas que los afecten en lo personal. Son comunes sentimientos de enojo, culpa y depresión. Las relaciones con compañeros y ami-

gos pueden alterarse. Puede preocuparles la pérdida y son retraídos, por lo que es importante asegurarse por su seguridad y autoestima.

Adolescentes

Por lo general, los chicos de esta edad son capaces de ver la muerte desde un punto de vista adulto; entienden que es universal e inevitable; sin embargo, tienen dificultad en tolerar los sentimientos intensos relacionados con la muerte de un ser querido. Pueden o no llorar, pueden retraerse en sí mismos o intentar realizar actividades usuales con la finalidad de evitar lidiar con el dolor de la pérdida.

Algunos adolescentes muestran comportamientos exagerados, agresivos o desafiantes, mientras que otros pueden tratar de cuidar a sus seres amados que están pasando por lo mismo. En general, los individuos a esta edad tienen una actitud de inmortalidad, aunque entienden que su propia muerte es inevitable, el concepto les es imperceptible.

Adultos

El concepto de la muerte está influenciado por los antecedentes culturales y religiosos (Murray y Zentner, 2001). Los comportamientos relacionados con el duelo en el adulto son discutidos en la sección "Perspectivas teóricas de pérdida y duelo".

Adultos Mayores

Bateman (1999) afirma:

Para los adultos mayores, los últimos años se describen por los filósofos y poetas como la "temporada de las pérdidas". La pérdida del papel ocupacional por jubilación, la pérdida del control y competencia, la pérdida de algunas experiencias de vida, la pérdida de bienes materiales, y la pérdida de los sueños, de los seres queridos, y amigos se deben entender y aceptar si el adulto se adapta de manera eficiente (p. 144).

Para cuando los individuos cumplen 60 y 70 años, han experimentado numerosas pérdidas, y el duelo es entonces un proceso de por vida. Aquellos que tienen más éxito en adaptarse pronto de manera similar van a enfrentar mejor las pérdidas y el duelo inherente al envejecimiento. Por desgracia, con este proceso aparece la convergencia de las pérdidas, y el tiempo en el que ocurre hace imposible que la persona complete el proceso por cada una de ellas.

Cuando el duelo es acumulado, puede provocar **sobrecarga de duelo**, la persona es menos capaz de adaptarse y reintegrarse, la salud mental y física son puestas en riesgo

(Halstead, 2005). La sobrecarga de duelo es implicada como un factor predisponente en el desarrollo de trastorno depresivo en este grupo de personas.

La depresión es un síntoma común en la respuesta de duelo a pérdidas significativas, por lo que es importante entender la diferencia entre la depresión del duelo normal y el trastorno de depresión clínica. En el cuadro 26-2 están algunas de estas diferencias.

Valoración de Antecedentes: Conceptos de Muerte y Temas Culturales

Como fue mencionado con anterioridad, las prácticas de duelo están muy influenciadas por los antecedentes culturales y religiosos. Es importante para los profesionales de atención a la salud entender estas diferencias con el fin de proporcionar una atención sensible a la cultura de sus pacientes. Los médicos son capaces de identificar y apreciar lo que puede esperarse o necesitarse desde la perspectiva cultural, las deficiencias en la realización de los rituales esperados pueden esconder el proceso de duelo y provocar que éste no sea resuelto para algunos dolientes. El recuadro 26-1 muestra una serie de lineamientos para ayudar en diferentes rituales específicos; y a continuación es presentada una discusión de rituales de muerte específicos para diferentes culturas.

Personas de Raza Negra

Las costumbres para estas personas son similares a las de la cultura americana dominante de la misma religión y clase social, con alguna mezcla de prácticas culturales de herencia africana. La mayoría en este grupo son protestantes, en gran parte bautistas y metodistas (Glanville, 2003):

Una respuesta al escuchar sobre la muerte de algún miembro de la familia o persona cercana en la cultura afroestadounidense es *desplomarse*, lo que se manifiesta por un repentino colapso y parálisis además de la incapacidad de ver o hablar. Sin embargo,

RECUADRO 26-1 Lineamientos para Valorar Rituales Específicos Culturales en Relación con la Muerte

Rituales de muerte y expectativas

1. Identificar rituales culturales específicos y expectativas.
2. Explicar los rituales de muerte y las prácticas de luto.
3. ¿Cuáles son las prácticas específicas sobre los entierros, tales como la cremación?

Respuestas de fallecimiento y duelo

1. Identifique respuestas culturales de muerte y duelo.
2. Explore el significado de muerte, agonía, y vida posterior.

Fuente: Purnell y Paulanka (2003). Con permiso.

go, la capacidad de audición y entendimiento permanecen intactos en el individuo. Los proveedores de atención a la salud deben entender que la cultura afroestadounidense entiende esta condición como una respuesta cultural para la muerte de un miembro de la familia u otra conmoción emocional grave y no es un problema médico que requiera intervención de emergencia (p. 49).

Los servicios funerarios pueden diferir de los servicios tradicionales europeo-americanos con ceremonias y rituales modificados por los ritmos musicales, patrones de diálogo y devoción que son únicos para este grupo cultural. Los sentimientos son expresados de manera abierta y pública en el funeral, y los elogios son en extremo importantes. Los servicios por lo general concluyen con una visión del cuerpo y el entierro en el cementerio. Por lo general prefieren los entierros a las cremaciones (Asante, 2007).

Muchas personas de raza negra hacen lo posible por conservar una fuerte conexión con sus seres queridos cuando mueren. Un ejemplo de esto es cuando consideran que el espíritu del fallecido puede comunicarse a través de médiums quienes creen poseer esta capacidad especial.

CUADRO 26-2 Reacciones de Duelo Normal Versus Síntomas de la Depresión Clínica

Duelo Normal	Depresión Clínica
Autoestima intacta	Autoestima alterada
Pueden expresar enojo de manera abierta	Por lo general, no expresa enojo de manera directa
Experimenta buenos y malos días	Estado persistente de disforia
Es capaz de experimentar momentos de placer	Prevalece la anhedonia
Acepta el confort y el apoyo de otras personas	No responde a la interacción social y el apoyo de los demás
Mantiene el sentimiento de esperanza	Prevalecen los sentimientos de desesperanza
Puede expresar sentimientos de culpa en cierto aspecto de la pérdida	Generaliza los sentimientos de culpa
Relaciona sentimientos de depresión a la pérdida experimentada específica	No relaciona sentimientos a una experiencia particular
Puede experimentar síntomas físicos pasajeros	Expresa quejas físicas crónicas

Asiáticos-Americanos

Chinos-Americanos

La muerte y el duelo en la tradición china están centrados en la devoción por los ancestros; los chinos tienen miedo instintivo a la muerte y evitan referirse a ella. Wang (2003) explica:

Puede ser que eviten comprar seguros por miedo a invitar a la muerte. El color blanco se relaciona con la muerte y se considera mala suerte. El negro también es un color de mala suerte. El rojo es el color que trae buena suerte.

Los chinos por lo general no expresan sus emociones de manera abierta; los dolientes pueden reconocerse por bandas negras en los brazos y trozos de tela blanca atados a sus cabezas (Wang, 2003). De manera tradicional, un año después de la muerte, colocan un lugar en la mesa con un tazón de arroz, carne y vegetales, y un juego de palitos chinos (AARP, 2002).

Japoneses-Americanos

La religión dominante entre los japoneses es el budismo. En la muerte de un ser querido, el cuerpo es preparado por miembros cercanos de la familia. Esto es después de un periodo de dos días de visitas de familiares y amigos, durante los cuales oran, encienden incienso, y presentan regalos (AARP, 2002). Las ceremonias funerales son realizadas en templos budistas y la cremación es común.

Vietnamitas-Americanos

El budismo es la religión predominante entre los vietnamitas, por lo que sus actitudes hacia la muerte están influenciadas por el énfasis budista en continuidad cíclica y reencarnación (Nowak, 2003). Muchos vietnamitas creen que el nacimiento y la muerte están predestinados (AARP, 2002).

La mayoría de los vietnamitas prefieren morir en casa, y tampoco aprueban la autopsia. Es común la cremación. Los momentos finales antes de la procesión del funeral son tiempo de oración para la familia inmediata. Los individuos en duelo utilizan ropas blancas por 14 días. Durante el siguiente año, los varones portan bandas blancas en los brazos y las mujeres bandas blancas en la cabeza (Nowak, 2003). Conmemoran el primer aniversario después de la muerte del individuo. Nowak (2003) explica:

Los sacerdotes y los monjes deben ser convocados por el paciente o la familia. La visita de los clérigos por lo general se relaciona con los últimos ritos para los vietnamitas, en especial aquellos influenciados por el catolicismo, y en realidad puede ser perturbador para los pacientes hospitalizados. El envío de flores puede ser alarmante, ya que las flores por lo general se reservan para los ritos de muerte (p. 338).

Filipino-Americanos

Después de una muerte en la comunidad filipina es realizada una velación con la familia y los amigos, la que por lo general sucede en la casa del difunto y dura una semana antes del funeral. Una gran proporción de filipinos son católicos. Pacquiao (2003) explica:

Entre los católicos, se realizan nueve días de novenas en el hogar o en la iglesia. Estas oraciones especiales son para pedirle a Dios su bendición para el fallecido. Según los recursos económicos de la familia, se sirven alimentos y refrescos después de cada rezo. Algunas veces el último día de la novena la atmósfera es de una *fiesta* o celebración. Las familias filipinas en Estados Unidos siguen las variaciones de este ritual según las circunstancias sociales y económicas (p. 152).

La mayoría sigue la costumbre tradicional de usar ropa oscura —bandas negras en los brazos y vestidos negros en las mujeres— por un año después de la muerte, momento en el que termina el ritual de luto de manera oficial. Los exabruptos emocionales de llanto no controlado son expresiones frecuentes (Pacquiao, 2003). El entierro del cuerpo es más frecuente, pero la cremación es aceptable.

Judíos-Americanos

El judío tradicional cree en la vida posterior, donde la vida continúa su florecimiento. Sin embargo, la mayoría de los judíos muestra poco interés en la vida posterior a la muerte y está enfocada más en las conductas en la vida presente (Selekman, 2003). Quitarse la vida propia está prohibido, y a la persona que comete suicidio pueden negársele los honores fúnebres por los judíos ultraconservadores; sin embargo, la visión más liberal es enfatizar las necesidades de los sobrevivientes.

Nunca dejan a una persona morir sola. La persona fallecida es cubierta con ropa, y el cuerpo es tratado con respeto. La autopsia es permitida sólo si lo exige la ley, la persona que fallece lo reclama, o si es para salvar la vida de alguien más (Selekman, 2003).

Para el funeral, el cuerpo es amortajado y colocado en un féretro de madera sin adornos. No velar ni ver al difunto son parte del funeral judío. Está prohibida la cremación. Selekman (2003) afirma:

Después del funeral, los dolientes son bienvenidos a la casa de los parientes más cercanos. Afuera de la puerta principal se pone agua para lavarse las manos antes de entrar, lo que simboliza limpiarse de las impurezas relacionadas con el contacto con el fallecido. El agua no se pasa de una persona a otra, de modo que no se espera que la tragedia se traspase. En la casa, se sirve comida a todos los invitados; esta “comida de condolencia” se proporciona de manera tradicional por los vecinos y los amigos (p. 243).

El periodo de siete días que empieza después del entierro es llamado *shiva*; durante este tiempo, los dolientes no trabajan, y no es permitida ninguna actividad que distraiga la atención del pensamiento de la persona fallecida. El duelo dura 30 días para un pariente y un año para un parente, tiempo en el cual es erigida una lápida y es contratado un servicio al lado de la tumba (Selekman, 2003).

Mexicanos-Americanos

La mayoría de los mexicanos-americanos ven la muerte como una parte natural de la vida. La religión predominante es el catolicismo, y muchos de los rituales funerales son una reflexión de estas creencias religiosas. Los miembros de la familia realizan una vigilia por el enfermo o el difunto. Después de la muerte, hay una reunión de los numerosos miembros de la familia y amigos para un *velorio*, una reunión festiva en la que pueden ver el cuerpo antes del entierro (Zoucha y Purnell, 2003), es rezado el novenario por el alma del difunto (AARP, 2002).

El duelo es llamado *luto* y lo simboliza el uso de ropa negra y blanca, u oscura y el comportamiento es apagado (AARP, 2002). Es frecuente que los dolientes no vayan al cine o a eventos sociales, de escuchar el radio o mirar televisión. Para los mexicanos-estadounidenses de edad mediana o adultos mayores, el periodo de duelo puede durar dos años o más. Estos comportamientos de luto no indican un signo de respeto por la muerte; en cambio, demuestran evidencia de que se está de luto por un ser querido. Es más frecuente el entierro que la cremación, y por lo general, el cuerpo es enterrado 24 horas después de fallecido, como es requerido por la ley en México (Zoucha y Purnell, 2003).

Nativos-Americanos

Están reconocidas más de 500 tribus nativo-americanas por el gobierno de Estados Unidos. Aunque muchas de las tradiciones tribales han sido modificadas con los años, aún conservan algunos de los valores tradicionales de los nativos-americanos.

Los navajos del suroeste (la tribu de nativos-americanos más grande en Estados Unidos) no entierran el cuerpo por cuatro días después de la muerte. Las creencias requieren que debe realizarse una ceremonia de limpieza antes del entierro para evitar que el espíritu del fallecido trate de asumir el control del espíritu de alguien más (Still y Hodgins, 2003). Los fallecidos son enterrados con sus zapatos en el pie equivocado y los anillos en los dedos índices. Los navajo por lo general no expresan su dolor de manera abierta y no tocan el cuerpo de una persona muerta. Still y Hodgins (2003) explican:

Un tabú en relación a la muerte incluye hablar con los pacientes acerca de una enfermedad fatal o de enfermedades. Las discusiones efectivas requieren que el asunto se presente en tercera persona, como si la enfermedad o el trastorno le sucedieran a alguien más. El proveedor de atención a la salud nunca debe sugerir que el paciente está muriendo, lo que implicaría que el proveedor desea que el paciente muera. En caso que el enfermo falleciera, significaría que el proveedor tiene poderes diabólicos (p. 290).

Diagnóstico de Enfermería e Identificación de Resultados

A partir del análisis de los antecedentes son formulados los diagnósticos de enfermería apropiados para el paciente y la familia que pasa por la pérdida y el duelo. De estos diagnósticos identificados, el plan de atención de enfermería es llevado a cabo. Los posibles diagnósticos de enfermería para personas que pasan por esta experiencia incluyen:

- Riesgo de duelo complicado, relacionado con la pérdida de un objeto/concepto valioso; pérdida de un ser querido.
- Riesgo de angustia espiritual relacionado con el proceso de duelo complicado.

Los siguientes criterios pueden utilizarse para evaluar los resultados en la atención del doliente:

El paciente:

- Está consciente de la pérdida.
- Es capaz de expresar sentimientos sobre la pérdida.
- Habla sobre las etapas del proceso de duelo y comportamientos relacionados con cada uno.
- Expresa satisfacción personal y apoyo proveniente de las prácticas espirituales.

Planeación y Realización

En el cuadro 26-3 está descrito un plan de atención para la persona en duelo, además de los diagnósticos de enfermería, criterios de resultado, intervenciones apropiadas de enfermería, y razonamientos para cada uno.

Evaluación

En el paso final del proceso de enfermería es realizada una revaloración para determinar si las acciones de enfermería tienen éxito en alcanzar los objetivos de atención. La evaluación de las acciones de enfermería para el paciente puede facilitarse por la información reunida con las siguientes preguntas:

- ¿El paciente discute la reciente pérdida con el personal y los miembros de familia?

CUADRO 26 – 3 Plan de Atención para la Persona en Duelo**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE DUELO COMPLICADO****RELACIONADO CON:** pérdida de un objeto/concepto valioso; pérdida de un ser querido**EVIDENCIADO POR:** sentimientos de tristeza, enojo, culpa, reproches a sí mismo, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, estado de conmoción, anhelo y aturdimiento

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente progresará a través del proceso de duelo, en una manera saludable y hacia la resolución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe la etapa del paciente en el proceso de duelo. 2. Desarrolle la confianza. Demuestre empatía, preocupación, y opiniones positivas incondicionales. 3. Ayude al paciente a creer la pérdida como real al hablar sobre ella. “¿Cuándo pasó?, ¿cómo pasó?” y así de forma sucesiva. 4. Ayude al paciente a identificar y expresar sus sentimientos. Algunos de los sentimientos más problemáticos incluyen: <ol style="list-style-type: none"> a. Ira. El enojo puede ser dirigido hacia el difunto, hacia Dios, desplazado hacia otras personas, o reflejado hacia el interior de sí mismo. Aliente al paciente a examinar esa ira y valide la conveniencia de este sentimiento. b. Culpa. El paciente puede sentir que él o ella no hizo suficiente para prevenir esa pérdida. Ayude al paciente a examinar las circunstancias de la pérdida y la realidad de que no pudo ser prevenida. c. Ansiedad e impotencia. Ayude al paciente a reconocer la manera en que manejaba su vida antes de la pérdida. Brinde ayuda para poner en perspectiva los sentimientos de impotencia, al señalar los modos en los que ha manejado las situaciones de una forma eficaz y sin ayuda de los demás. Improvisé los eventos de la vida y asistalo con los escenarios de toma de decisiones. 5. Interprete los comportamientos normales relacionados con el duelo y proporcione al paciente un tiempo adecuado para llorar su pérdida. 6. Proporcione apoyo constante. Si esto no es posible por parte de la enfermera, entonces ofrezca referencias para los grupos de apoyo. Los grupos de apoyo de personas que atraviesan por las mismas experiencias pueden ser de gran utilidad para el individuo afligido. 7. Identifique las defensas patológicas que el paciente está utilizando (por ejemplo, el uso de drogas/alcohol, quejas somáticas, aislamiento social). Ayude al paciente a entender por qué éstas no son defensas saludables y cómo retrasan el proceso. 8. Aliente al paciente a hacer una revisión honesta de la relación con la persona que ha perdido. El mantenimiento de un diario es una herramienta que facilita esta intervención. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es requerida una base de datos correcta para proporcionar la ayuda apropiada. 2. El desarrollar la confianza proporciona la base de una relación terapéutica. 3. El examinar los eventos de la pérdida puede ayudar al paciente a llegar a la total conciencia de la pérdida. 4. Hasta que el paciente pueda reconocer y aceptar los sentimientos personales en lo que respecta a la pérdida, el trabajo sobre el duelo no puede progresar. <ol style="list-style-type: none"> a. Muchas personas no admiten los sentimientos de enojo ya que creen que es inapropiado e injustificado. Sin embargo, la expresión de estas emociones es necesaria para prevenir la obsesión en esta etapa de la duelo. b. Los sentimientos de culpa extienden la resolución en el proceso de duelo. c. Es posible que el paciente tenga miedos de que él o ella no puedan continuar sólo con su vida. 5. El entendimiento del proceso de duelo ayuda a prevenir los sentimientos de culpa generados por estas reacciones. Este tipo de personas necesitan el tiempo adecuado para dar cabida a la aceptación de la pérdida y de todas sus ramificaciones. Esto incluye el recuerdo de los cumpleaños y aniversarios pasados, de los cuales el difunto era parte. 6. La disponibilidad de los sistemas de apoyo emocional facilitan el proceso de duelo. 7. El proceso de duelo por la muerte de un ser querido es deteriorado por comportamientos que enmascaran el dolor de la pérdida. 8. Sólo cuando el paciente es capaz de ver los aspectos positivos y negativos relacionados con la pérdida es completado el duelo.

(continúa)

CUADRO 26 – 3 Plan de Atención para la Persona en Duelo (continuación)**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** RIESGO POR ANGUSTIA ESPIRITUAL**RELACIONADO CON:** angustia complicada por la pérdida de un objeto valioso**EVIDENCIADO POR:** ira hacia Dios, cuestionamiento hacia el significado de la propia existencia, incapacidad de participar en las prácticas religiosas usuales

Criterios del Resultado	Intervenciones de Enfermería	Razonamiento
El paciente expresa el logro de la satisfacción de apoyo y personal gracias a las prácticas espirituales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sea comprensivo y no juzgue cuando el paciente expresa enojo y amargura hacia Dios. Permanezca con el paciente. 2. Aliente al paciente a ventilar los sentimientos relacionados con el significado de la propia existencia enfrente de la pérdida actual. 3. Aliente al paciente, como parte del trabajo de duelo, a extender la mano hacia las prácticas religiosas utilizadas de manera previa para pedir apoyo. Anímelos a discutir estas prácticas y cómo proporcionaron apoyo en el pasado. 4. Asegúrele al paciente que está solo cuando siente que es incapaz en la búsqueda de respuestas de vida. 5. Contacte a un líder espiritual de la elección del paciente, si es que lo pide. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La presencia de la enfermera y una actitud sin juicios incrementan los sentimientos de valor propio en el paciente, y promueven la confianza en la relación. 2. Es posible que el paciente crea que no puede continuar con su vida sin el objeto perdido. La catarsis puede proporcionar alivio y volver a poner la vida en una perspectiva realista. 3. El paciente puede encontrar consuelo en los rituales religiosos con los que está familiarizado. 4. La validación de los sentimientos del paciente, y la seguridad de que éstos son compartidos por otras personas, ofrece consuelo y una afirmación de aceptación. 5. Estos individuos son útiles para proporcionar alivio a la angustia espiritual, y por lo regular ellos pueden hacerlo cuando otras personas que apoyan al paciente no pueden.

- ¿El individuo es capaz de expresar sus sentimientos y comportamientos relacionados con cada etapa del proceso de duelo, y reconoce su posición en el proceso?
- ¿La obsesión y la idealización subsisten?
- ¿El enojo hacia lo que perdió es expresado de manera apropiada?
- ¿El paciente es capaz de participar en las prácticas religiosas usuales y siente satisfacción y apoyo a partir de ellas?
- ¿El individuo busca interacción con otras personas de una manera apropiada?
- ¿Es capaz de hablar de los aspectos positivos en relación a la vida, relaciones pasadas, y prospecto para el futuro?

AYUDA ADICIONAL**Hospicio**

El **hospicio** es un programa que proporciona atención paliativa y de apoyo para satisfacer las necesidades de las personas que están muriendo y sus familias. Los hospicios o asilos proporcionan atención física, psicológica, espiritual y social para la persona para quien el tratamiento agresivo ya no es apropiado.

Existen varios modelos de hospicios, incluso instituciones de libre estancia que proporcionan atención a pacien-

tes internos, como atención a domicilio; aquellos que están afiliados con hospitales en los cuales los servicios son brindados dentro del propio hospital; organizaciones que sólo proporcionan atención en casa. De manera histórica, el movimiento de hospicios en Estados Unidos evolucionó en mayor parte como un sistema basado en la atención domiciliar.

Los hospicios ayudan a los pacientes a recibir comodidad física y emocional para que puedan concentrarse en vivir de la manera más plena posible. Los pacientes son alentados a permanecer activos tanto como sean capaces —tomar parte en actividades que disfruten y enfocarse en la calidad de vida.

El *Hospicio Nacional y Organización del Cuidado Paliativo* (2000) publicó los estándares de atención en principios utilizados para programas en los hospicios, los cuales son presentados en el recuadro 26-2.

Los hospicios siguen un acercamiento de equipo interdisciplinario para proporcionar atención al individuo con enfermedad terminal en los alrededores del ambiente familiar. El equipo interdisciplinario consiste en enfermeras, asistentes (personas de servicio, asistentes de salud domiciliaria), médicos, trabajadores sociales, voluntarios, y otros trabajadores en la atención a la salud de otras disciplinas conforme lo requiera el paciente.

El acercamiento de hospicio está basado en siete componentes: el equipo interdisciplinario, manejo de dolor y

RECUADRO 26-2 Principios de Atención—Residencia Nacional para Enfermos Terminales y Organización de Cuidados Paliativos

Evaluación, derechos y ética

Evaluación: la residencia ofrece cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades terminales y sus familias sin importar la edad, género, nacionalidad, raza, credo, orientación sexual, discapacidad, diagnóstico, disponibilidad o cuidador primordial, o capacidad de pago.

Derechos: la residencia respeta y cumple los derechos de cada paciente y cada familia a los que sirve.

Ética: la residencia asume la responsabilidad por la toma de decisiones éticas y los comportamientos relacionados al suministro de cuidado de la residencia.

Cuidado y servicios del funeral

La dirección de los temas relacionados con la pérdida, angustia y dolor por la pérdida de un ser querido comienzan en el momento de admisión a la residencia, con la evaluación inicial y continua a través del curso de la atención. Son proporcionados los servicios al dolor para ayudar a los pacientes, familias y cuidadores a enfrentar las múltiples pérdidas que ocurren durante la enfermedad y la muerte eventual del paciente. Éstos son ofrecidos con base en un número de factores que incluyen la evaluación individual, la intensidad de la angustia, la capacidad de enfrentamiento y necesidades de los sobrevivientes; depende de la percepción de cada paciente, familia y cuidador.

Cuidado y servicios clínicos

Los resultados deseados de la intervención de la residencia son una muerte tranquila y segura, cierre de vida autodecidido y duelo eficaz, todos ellos determinados por el paciente y familiares y responsables del paciente. El equipo interdisciplinario identifica, apoya y respeta los deseos del paciente y familiares y personas a cargo sobre la facilitación de estos resultados a través del tratamiento, prevención y promoción de estrategias basadas en la evaluación constante.

Coordinación y continuidad de la atención

La residencia proporciona servicio coordinado y no interrumpido, y asegura la continuidad de la atención a través de ajustes

desde la admisión hasta la dada de alta y atención subsecuente a la defunción.

Recursos humanos

Los jefes de organización de la residencia aseguran que el número y capacidad del personal y los voluntarios son apropiados para el campo del cuidado y los servicios proporcionados por el programa de la residencia.

Equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario de la residencia, en colaboración con el paciente, la familia y el cuidador, desarrolla y mantiene un plan de cuidado paliativo coordinado, seguro, individualizado, y dirigido por el paciente, la familia y el cuidador.

Liderazgo y gobierno

La residencia cuenta con una estructura de liderazgo organizacional que permite y facilita las acciones y la toma de decisiones por aquellos individuos más cercanos a cualquier cuestión o proceso.

Manejo de información

La residencia identifica y reúne la información necesaria para intervenir en una manera eficaz. Tal información es manejada de un modo respetuoso hacia la confidencialidad del paciente, la familia y la residencia.

Mejora del desempeño y medida de los resultados

La residencia define un acceso sistemático y planeado para mejorar el desempeño. Este acceso es autorizado y apoyado por el cuerpo de gobierno y líderes.

Control de seguridad e infección

La residencia es la encargada de la seguridad de todo el personal y promueve el desarrollo y mantenimiento de un ambiente seguro para los pacientes y sus familias, a quienes sirve.

Adaptado de: Residencia Nacional para Enfermos Terminales y Organización de Cuidados Paliativos, *Parámetros para Prácticas de Programas de Residencias para Enfermos Terminales* (2000). Alexandria, VA.

Autor. Artículo no. 711077 disponible de NHPCO 01 – 8000 – 646 – 6460.

síntomas, apoyo emocional al paciente y la familia, atención pastoral y espiritual, orientación sobre el duelo, orientación de enfermería las 24 horas, y apoyo del personal. Estos son los ideales, pero no todos los programas incluyen todos estos servicios.

Equipo Interdisciplinario

Enfermeras

Una enfermera registrada por lo general actúa como responsable de caso para la atención de hospicio de los pacientes. La enfermera ayuda en las necesidades del paciente y de sus familiares, y a establecer los objetivos de

atención, supervisar y ayudar a las personas a cargo de los pacientes, evalúa la atención, sirve como defensor del paciente, y proporciona información educativa conforme lo necesita el paciente, familia y personas a cargo. También proporciona atención física cuando es necesario, ésta incluye la terapia intravenosa.

Asistentes

Estas personas por lo general son miembros del equipo, quienes pasan tiempo con el paciente, le ayudan con atención personal y todas las actividades de la vida diaria. Sin estos asistentes diarios, muchas personas no podrían pasar el resto de sus días en sus casas.

Los asistentes pueden no estar certificados y proporcionan servicios de mantenimiento del hogar básicos; pueden ser asistentes certificados en enfermería que ayudan con la atención personal; o pueden ser licenciados vocacionales o enfermeras prácticas quienes brindan atención más especializada, como cambio de ropa o alimentación intubada.

Médicos

El médico primario del paciente y el consultor médico de hospicio pueden participar en la atención del paciente en hospicio. El médico primario puede continuar haciendo las prescripciones, mientras que el manejo del dolor y los síntomas lo puede hacer el consultante de hospicio. De manera ideal, estos médicos asisten al paciente una vez a la semana y proporcionan educación para el personal del hospicio como también en la comunidad médica.

Trabajadores Sociales

Los trabajadores sociales ayudan al paciente y familiares con asuntos psicosociales, que incluyen los relacionados con la condición del paciente, asuntos financieros, necesidades legales, y lo relacionado con las pérdidas. El trabajador social proporciona información sobre los recursos de la comunidad, de los cuales tanto el paciente como la familia pueden recibir apoyo y ayuda. En algunas ocasiones las funciones de trabajo social y enfermería pueden sobreponerse.

Voluntarios Entrenados

Los voluntarios son vitales en el concepto del hospicio. Brindan servicios que de otra forma serían imposibles de financiar. Estas personas son seleccionadas de manera especial y con un entrenamiento extenso, y proporcionan servicios como transportación, compañía, atención por períodos, actividades recreativas, mantenimiento de una casa sencilla; y en general son sensibles a las necesidades de las familias en situaciones de estrés.

Terapeutas de Rehabilitación

Los terapeutas físicos pueden ayudar a los pacientes en los hospicios para minimizar la discapacidad física. Ayudan con ejercicios de estiramiento y proporcionan ayuda con las necesidades de equipos especiales. Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar al paciente debilitado a aprender a realizar actividades de la vida diaria de manera tan independiente como sea posible. Otros consultantes, como terapeutas de lenguaje, también pueden ser considerados para necesidades especiales.

Dietista

Un consultante en nutrición puede ser útil en los hospicios en cuales los pacientes presentan náusea y vómito, diarrea, anorexia, y pérdida de peso. Un nutriólogo es

capaz de asegurar que el paciente recibe calorías y nutrientes de manera equilibrada.

Servicios de Orientación

El paciente de hospicio puede requerir los servicios de un psiquiatra o psicólogo si existe historial de enfermedad mental, o si ya son un problema la demencia o la depresión. Otros tipos de orientación están disponibles para proporcionar ayuda para lidiar con las necesidades especiales de cada paciente.

Manejo de Dolor y Síntomas

Mejorar la calidad de vida en muchas ocasiones es un objetivo primario de la atención en los hospicios; por lo tanto, la principal intervención para los responsables es asegurarse de que el paciente está tan cómodo como sea posible en caso de experimentar dolor y otro tipo de síntomas comunes en las etapas terminales de una enfermedad.

Apoyo Emocional

Los miembros del equipo en el hospicio alientan a los pacientes y familias a discutir el resultado eventual del proceso de enfermedad. A algunos pacientes les es difícil hablar de temas relacionados con la muerte y el trance como incómodos, si es así, debe respetarse su decisión. Sin embargo, una discusión honesta de estos temas proporciona una sensación de alivio para algunas personas, y están preparadas de una manera realista para el futuro. Incluso puede reunir algunos pacientes y familiares cercanos durante momentos de tensión.

Atención Pastoral y Espiritual

La filosofía de los hospicios apoya el derecho del individuo a buscar la guía o confort en las prácticas espirituales más adecuadas para la persona. Los miembros del equipo ayudan a las personas a encontrar el apoyo espiritual y guía por la cual expresa preferencia.

Orientación Sobre el Duelo

El hospicio proporciona un servicio para los miembros de la familia que sobreviven, o personas cercanas después de la muerte de su ser querido. Esto por lo general lo brinda un orientador para este fin, pero cuando no está disponible, los voluntarios con entrenamiento especial pueden proporcionar este servicio. Un grupo de apoyo puede ser útil para el duelo y ofrecer un lugar seguro para discutir sus propios temores y preocupaciones en relación a la muerte de su ser querido.

Ayuda las 24 Horas del Día al Teléfono

Los estándares de atención proporcionados por NHPCO establecen que el servicio está disponible 24 horas al día, los

siete días de la semana. Por lo general, está disponible una enfermera o un orientador por teléfono, o para hacer visitas a cualquier hora. El conocimiento de que el apoyo emocional o físico está disponible en todo momento, cuando sea necesario, ofrece considerable apoyo y confort para las personas cercanas o a quienes cuidan al paciente.

Apoyo del Personal

Los miembros del equipo, y todos aquellos que trabajen cerca del paciente, experimentan con frecuencia emociones similares a las de algún familiar o persona a cargo. Pueden experimentar enojo, frustración, o temores a la muerte y a morir —lo cual debe tratarse en grupos de apoyo al personal, conferencias del equipo, tiempo de descanso, y supervisión adecuada y efectiva.

La fatiga psicológica (“quemarse”) es un problema común entre el personal del hospicio; puede reducirse el estrés, aumentar la confianza, y el equipo funcionará de manera más efectiva si conservan las líneas de comunicación entre todos los miembros (desde el director médico hasta los voluntarios), si la información es accesible en las pláticas del personal y la educación para el servicio, y si el personal sabe que son apreciados y están a gusto con lo que están haciendo.

Declaraciones Anticipadas (Planes Anticipados)

El término **declaraciones anticipadas** hace referencia al testamento en vida o a un poder duradero del representante médico legal (también llamado apoderado médico legal), cualquier documento que permita a un individuo proporcionar directrices sobre su atención médica.

El testamento de declaración en vida es un documento escrito por un individuo competente, que da instrucciones que deben realizarse cuando el individuo ya no sea capaz de expresar sus deseos para el tratamiento de su salud. El poder duradero médico legal para la atención de la salud es una forma escrita que le da a otra persona el poder legal para tomar decisiones en relación a la atención de la salud cuando un individuo ya no es capaz de tomar tales decisiones. Algunos estados adoptaron formas que combinan el intento del poder duradero de representante médico-legal (i.e., tener un apoderado) y el intento de testamento en vida (i.e., establecer opciones para el tratamiento médico al final de la vida).

Los médicos por lo general siguen con claridad las declaraciones establecidas. Es importante que el médico sea informado de que existe una declaración anticipada, y cuáles son los deseos específicos del paciente. En casi todos los estados, los profesionales de atención a la salud están obligados en términos legales a honrar los deseos del paciente (Norlander, 2001).

En 1990, el Congreso de Estados Unidos aprobó la legislación que requería que todas las instituciones de atención a la salud, que reciben fondos de Medicare o Medicaid, aconsejen a los pacientes sobre sus derechos sobre rechazar el tratamiento y hacer las declaraciones o planes anticipados para los pacientes en admisión (Aiken, 2004):

Cada estado ha promulgado leyes que permiten a los individuos ejecutar sus testamentos de vida o poderes duraderos con representante médico legal. Estas declaraciones o disposiciones son obligatorias para los proveedores de atención a la salud. De manera histórica, se presentaron problemas entre los estados sin tal legislación y los estados que lo hicieron debido a que hay entidades estatales que no aceptan estas declaraciones (p. 263).

Catalano (2006) señala que a menos que sea expedida un acta de muerte natural en ley por un estado, el testamento de declaración en vida no es un mecanismo de fuerza legal. Estas leyes llamadas “leyes de eutanasia o muerte asistida” tienen varios nombres en distintos estados como *Removal of Life Support Systems Act* (Connecticut), *Natural Death Act* (Washington) y *Medical Treatment Decision Act* (Arizona) (Mantel, 2005). Catalano explica:

En algunos estados, un testamento de vida se considera sólo consultivo y el médico tiene el derecho de cumplir con éste o tratar al paciente como considera más apropiado. No hay protección para las enfermeras u otros practicantes de atención a la salud contra obligaciones criminales o civiles en la ejecución de testamentos de vida en los estados sin un acta de muerte natural (p. 149).

Norlander (2001) sugiere las siguientes razones por las cuales las declaraciones anticipadas no son respetadas:

- La declaración anticipada no está disponible al momento de tomar decisiones sobre el tratamiento que tiene que hacerse. Lo que sucede en situaciones de emergencia.
- La declaración anticipada no está clara. Las declaraciones tales como “medidas heroicas” pueden interpretarse en muchas formas diferentes.
- El representante o apoderado médico legal no está seguro de los deseos del paciente.

Las declaraciones o planes anticipados permiten al paciente estar en control de las decisiones sobre el final de su vida. También es una forma de aliviar la carga de familiares y amigos de las decisiones a tomar si están enterados de lo más importante para la persona que va a fallecer.

RESUMEN

La pérdida es la experiencia de separación de algo de importancia personal. Pérdida es cualquier acto que sea

percibido como tal por el individuo, de cualquier concepto de valor que active para la persona la respuesta de duelo.

Elisabeth Kübler-Ross identificó cinco etapas por las cuales atraviesan los individuos en su camino hacia la resolución de una pérdida: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. John Bowlby describió similares etapas que identificó de la siguiente manera: etapa I, parálisis o protesta; etapa II, desequilibrio; etapa III, desorganización o desesperación; y etapa IV, reorganización. Las etapas de George Engel incluyen conmoción e incredulidad, desarrollo de la conciencia, restitución, resolución de la pérdida, y recuperación. J. William Worden, un clínico más contemporáneo, propuso que los dolientes deben completar una serie de tareas con el fin de completar el proceso de duelo. Estas cuatro tareas incluyen la aceptación de la realidad de la pérdida, trabajar en el dolor del duelo, ajustarse al ambiente que ha cambiado por la pérdida, la recolocación emocional perdida, y continuar con su vida.

La duración del proceso de duelo es muy individual, y puede tardar varios años sin ser una respuesta inadecuada; la etapa aguda por lo general es de dos meses, pero la resolución puede ser mucho más prolongada. Kübler-Ross sugiere que es necesario un año de experimentar eventos significativos y aniversarios sin la entidad perdida.

El duelo anticipatorio es la experiencia de sentimientos y emociones relacionadas con el proceso de duelo normal, en respuesta a la anticipación de la pérdida. Este tipo de duelo facilita el proceso cuando ocurre la pérdida real.

Están descritos tres tipos de reacciones patológicas, que incluyen las siguientes:

- Duelo retrasado o inhibido, en el cual no hay evidencia de duelo que podría esperarse.
- Respuesta distorsionada o exagerada, en la que el individuo permanece en la etapa de enojo del proceso y todos los síntomas relacionados con el duelo normal son exagerados.
- Duelo crónico o prolongado, en el cual el individuo es incapaz de abandonar los comportamientos de duelo después de un periodo extenso, y en el cual es evidente que el individuo no acepta la pérdida.

Varios autores identifican una diferencia crucial entre el duelo normal y el duelo maladaptativo: la pérdida de autoestima. Los sentimientos de minusvalía pueden ser más indicativos de depresión que de un duelo sin complicaciones.

Están descritos los comportamientos de duelo característicos en los niños, adolescentes, adultos y personas mayores; es incluida una discusión de comportamientos culturales relacionados con los grupos de raza negra, asiático-americanos, filipino-americanos, judíos-americanos, mexicanos-americanos, y nativos americanos; además de presentar información sobre la atención de individuos que experimentan duelo no complicado, según el contexto del proceso de enfermería; atención de hospicio, y el uso de declaraciones anticipadas.

PREGUNTAS DE REVISIÓN

AUTOEXAMEN/EJERCICIO DE APRENDIZAJE

Seleccione la respuesta más apropiada para cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál de los siguientes eventos puede iniciar una respuesta de duelo en un individuo?
 - a. La muerte de una mascota.
 - b. El doctor le explica al paciente que empezó la menopausia.
 - c. Fallar en un examen.
 - d. Sólo la primera respuesta.
 - e. Todas las anteriores.
2. Nancy, quien está muriendo de cáncer, le dice a la enfermera: “Yo sólo quiero ver a mi nueva nieta. Si sólo Dios me dejara vivir hasta que naciera, entonces estaría lista para irme”. ¿Es éste un ejemplo de las etapas de Kübler-Ross?
 - a. Negación.
 - b. Enojo.
 - c. Negociación.
 - d. Aceptación.
3. Gloria, una señora que recién enviudó, comenta: “Voy a aprender a pagar todas las cuentas. Hank siempre decía eso. No sé si pueda manejar todo eso”. Este es un ejemplo de las tareas descritas por Worden:
 - a. Tarea I. Aceptación de la realidad de la pérdida.
 - b. Tarea II. Trabajar el dolor del duelo.
 - c. Tarea III. Ajustarse a un entorno que ha cambiado por la pérdida.
 - d. Tarea IV. Relocalización emocional de lo que se ha perdido y continúa con la vida.
4. ¿Cuál de las siguientes etapas identifica Engel como una resolución exitosa del proceso del duelo?
 - a. El doliente habla de la pérdida sin llorar.
 - b. No habla más sobre lo que ha perdido.
 - c. La persona retira todos los recuerdos de lo perdido.
 - d. Discute tanto los aspectos positivos y negativos de lo que ha perdido.
5. ¿Cuál de los siguientes eventos facilita el proceso del duelo?
 - a. La capacidad de duelo en anticipación de la pérdida.
 - b. La capacidad de duelo por sí sola, sin interferencia de otras personas.
 - c. Haber tenido una pérdida reciente.
 - d. Tomar responsabilidad personal por la pérdida.
6. Cuando la esposa de Frank, de 34 años, muere, él permanece estoico, hace todos los trámites del funeral, no llora ni parece triste, y conforta a todos los miembros de la familia en su dolor. Dos años más tarde, cuando muere el mejor amigo de Frank, tiene alteraciones para dormir, dificultad para concentrarse, pérdida de peso, y le es difícil realizar su trabajo. Este es un ejemplo de las siguientes reacciones de inadaptación por la pérdida:
 - a. Duelo retrasado.
 - b. Duelo distorsionado.
 - c. Duelo prolongado.
 - d. Duelo exagerado.

(continúa)

7. La principal diferencia entre el duelo normal y el duelo inadaptado puede identificarse por lo siguiente:
 - a. No hay sentimientos de depresión en el duelo normal.
 - b. No hay pérdida de autoestima en el duelo normal.
 - c. El duelo normal no dura más de un año.
 - d. En el duelo normal la persona no muestra enojo hacia la pérdida.
8. ¿Cuál de las reacciones de duelo puede la enfermera anticipar en un niño de 10 años?
 - a. Declaraciones de que la persona fallecida va a regresar pronto.
 - b. Comportamientos regresivos, como pérdida de control de la vejiga.
 - c. Una preocupación por lo que ha perdido.
 - d. Pensamientos de que hizo algo para causar la muerte.
9. ¿Cuál de las siguientes declaraciones es correcta para distinguir el duelo normal de la depresión?
 - a. En la depresión clínica, prevalece la anhedonia.
 - b. En el duelo normal la persona tiene sentimientos generales de culpa.
 - c. La persona con depresión clínica relaciona sentimientos de depresión con una pérdida específica.
 - d. En el duelo normal, hay un estado persistente de disforia.
10. ¿Cuál de las siguientes expresiones **no** es cierta en relación al duelo en los adolescentes?
 - a. Los adolescentes no pueden mostrar sus verdaderos sentimientos sobre la muerte.
 - b. Tienden a tener una actitud de inmortalidad.
 - c. No perciben la muerte como inevitable.
 - d. Pueden exhibir comportamientos exagerados como parte del duelo.

IMPLICACIONES DE INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Douglas R., y Brown H.N. (2002). Actitudes de los pacientes hacia las declaraciones anticipadas. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 616-65.

Descripción del estudio: Este trabajo fue realizado para investigar las actitudes de los pacientes hospitalizados hacia las declaraciones anticipadas. Explora las razones de los pacientes para completar o no las formas de las declaraciones, y examina las diferencias demográficas de los mismos.

Los sujetos consistieron en una muestra conveniente de 30 personas hospitalizadas. El criterio requerido de los pacientes fue: 1) hablar inglés; 2) tener por lo menos 18 años de edad; 3) estar orientados en tiempo y espacio; 4) tuvieron un acercamiento por un RN en relación a la declaraciones anticipadas, como fue documentado en la carta al paciente. Los datos fueron recopilados en un periodo de tres semanas en las unidades de oncología y médica-telemetría de un hospital de enseñanza en la parte central de Carolina del Norte.

Las entrevistas fueron hechas con una investigación adaptada de declaraciones anticipadas (ADAS) en la cual a los sujetos les hicieron cinco preguntas en relación a las percepciones de

salud personal: si habían recibido información en las declaraciones; si habían llenado alguna forma de declaración; y si habían discutido con su médico de atención primaria o médico familiar sobre la atención al final de la vida.

También obtuvieron datos demográficos. La herramienta estuvo basada en una escala de Likert de cuatro puntos de uno (fuerte desacuerdo) a cuatro (acuerdo importante). Las puntuaciones más elevadas indican actitudes más favorables hacia las declaraciones anticipadas.

Resultados del estudio: Los sujetos variaban de 24 años a 85 años, y edad promedio de 57 años. Diecinueve personas eran caucásicas, 10 eran de raza negra, y uno era hispano. Diez habían completado la escuela primaria, 13 completaron la preparatoria, cuatro completaron educación superior, y tres tenían grado de maestría o más. Doce personas fueron diagnosticadas con cáncer; cinco con trastornos respiratorios; cuatro con anemia falciforme; tres con trastornos cardíacos; dos con trastornos vasculares; uno con trastornos gastrointestinales, uno con trastornos músculo-esqueléticos, uno con trastornos neurológicos y uno con trastornos dermatológicos.

Veintitrés personas recibieron información en las declaraciones anticipadas y siete no habían recibido información. Trece de los sujetos completaron las declaraciones y 17 no lo hicieron.

Los participantes con puntuaciones promedio más elevadas eran de raza negra, mujeres, 35 y 49 años, con educación superior. Ningún sujeto del grupo de 20 a 30 años había completado una declaración anticipada, mientras que 62% de los sujetos de más de 65 años lo hicieron. Las dos personas con las puntuaciones más bajas que estuvieron en desacuerdo con la declaración de que un directivo avanzado pudiera estar seguro de hacer que sus familias supieran del tratamiento que ellos deseaban recibir.

Los 13 participantes que llenaron las formas citaron las siguientes razones: 1) el deseo de no recibir apoyo para vivir (reanimación avanzada); 2) el deseo de nombrar a alguien que tomara las decisiones en algún evento de incapacidad; 3) el deseo de tomar decisiones para la esposa o la familia; 4) problemas de salud; y 5) edad avanzada.

Las 17 personas que no llenaron las formas citaron las siguientes razones: 1) lo posponían; 2) no necesariamente en ese punto de mi vida; 3) incómodo tomar decisiones al respecto; 4) nunca habían escuchado sobre las declaraciones; 5) formas demasiado largas; 6) confianza en la pareja para tomar decisiones; y (7) las declaraciones anticipadas eran innecesarias.

Implicaciones para la práctica de enfermería: Los autores sugieren que el personal de enfermería necesita explicar sobre las declaraciones preguntando a los pacientes si ellos piden las formas. Explican: "Las [enfermeras] pueden explorar formas alternativas para educar a los pacientes sobre las declaraciones anticipadas (p. ej., videocinta), y continúan con los pacientes, quienes que han pedido información para ver si tienen preguntas adicionales o necesitan ayuda para llenar una declaración". También sugieren que las enfermeras necesitan informar a los médicos cuando los pacientes tienen estas declaraciones hechas. Como abogados de los pacientes, tienen la responsabilidad de asegurarse de que los pacientes entienden el propósito de las declaraciones y que participan en la declaración, y asegurarse de que la atención al final de la vida sea ejecutada según sus deseos.

R E F E R E N C I A S

- Aiken, T.D. (2004). *Legal, ethical, and political issues in nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- American Association of Retired Persons (AARP). (2002). *Grief and loss: Helping others heal*. Retrieved September 3, 2002 from http://www.aarp.org/griefandloss/articles/46_b.html
- Asante, M.K. (2007). *Contours of the African American culture*. Retrieved April 8, 2007 from the World Wide web at <http://www.africawithin.com/asante/contours.htm>
- Bateman, A.L. (1999). Understanding the process of grieving and loss: A critical social thinking perspective. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 5(5), 139–147.
- Catalano, J.T. (2006). *Nursing Now! Today's issues, tomorrow's trends* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Eisendrath, S.J., & Lichtmacher, J.E. (2005). Psychiatric disorders. In L.M. Tierney, S.J. McPhee, & M.A. Papadakis (Eds.), *Current medical diagnosis and treatment* (44th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Glanville, C.L. (2003). People of African-American heritage. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Halstead, H.L. (2005). Spirituality in older adults. In M. Stanley, K.A. Blair, & P.G. Beare (Eds.), *Gerontological nursing: A health promotion/protection approach* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mantel, D.L. (2005). Laws on death and dying. *Advance for providers of post-acute Care*. Retrieved June 7, 2005 from <http://post-acute-care.advanceweb.com/>
- Murray, R.B., & Zentner, J.P. (2001). *Health promotion strategies through the life span* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). (2000). *Standards of Practice for hospice programs*. Alexandria, VA: NHPCO.
- Norlander, L. (2001). *To comfort always: A nurse's guide to end of life care*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Nowak, T.T. (2003). Vietnamese-Americans. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Pacquiao, D.F. (2003). People of Filipino Heritage. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Periyakoil, V.J. (2005). *Is it grief or depression?* (2nd ed.). End-of-life/Palliative Education Resource Center. Retrieved April 7, 2007 from www.eperc.mcw.edu
- Purnell, L.D., & Paulanka, B.J. (2003). *Transcultural health care: A culturally competent Approach* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Selekman, J. (2003). People of Jewish heritage. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Still, O., & Hodgins, D. (2003). Navajo Indians. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Wang, Y. (2003). People of Chinese heritage. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Worden, J.W. (2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd ed.). New York: Springer.
- Zoucha, R., & Purnell, L.D. (2003). People of Mexican heritage. In L.D. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.

R E F E R E N C I A S C L Á S I C A S

- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 22.
- Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.



R E F E R E N C I A S D E I N T E R N E T

Se puede encontrar información adicional en línea acerca de el duelo en:

- <http://www.journeyofhearts.org>
- <http://www.nhpco.org>
- <http://www.aarp.org/griefandloss/>
- <http://www.hospicefoundation.org>
- <http://www.bereavement.org>
- <http://www.partnershipforcaring.org/>
- <http://www.aahpm.org>
- <http://www.hpna.org>

Clasificación del *DSM-IV-TR*: Categorías y Códigos Ejes I y II*

TRASTORNOS QUE POR LO GENERAL SE DIAGNOSTICAN EN LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA

Retraso mental

- Nota:* Este tipo de trastornos codifican en el Eje II.
- 317 Retraso mental leve
 - 318.0 Retraso moderado
 - 318.1 Retraso grave
 - 318.2 Retraso mental profundo
 - 319 Retraso mental, gravedad inespecífica

Trastornos de aprendizaje

- 315.00 Trastorno en la lectura
- 315.1 Trastorno en matemáticas
- 315.2 Trastorno en la expresión escrita
- 315.9 Trastorno de aprendizaje no especificado (NOS)

Trastorno de actividades motoras

- 315.4 Trastorno de coordinación en el desarrollo

Trastornos de comunicación

- 315.31 Trastorno de lenguaje expresivo
- 315.32 Trastorno de lenguaje expresivo-receptivo mixto
- 315.39 Trastorno fonológico
- 307.0 Tartamudez
- 307.9 Trastorno de comunicación

Trastornos generalizados del desarrollo

- 299.00 Trastorno autista
- 299.80 Trastorno de Rett
- 299.10 Trastorno desintegrativo de la niñez
- 299.80 Trastorno de Asperger
- 299.80 Trastorno general del desarrollo NOS

Trastornos de déficit de atención y de comportamiento

- 314.xx Trastorno de déficit de atención/hiperactividad
- 314.01 Tipo combinado
- 314.00 Tipo falta de atención predominante
- 314.01 Tipo hiperactivo-impulsivo predominante
- 314.9 Trastorno déficit de atención/hiperactividad NOS
- 312.xx Trastorno de conducta
 - .81 Tipo inicio en la niñez
 - .82 Tipo inicio en la adolescencia
 - .89 Inicio inespecífico
- 313.81 Trastorno de oposición desafiante
- 312.9 Trastorno de comportamiento disruptivo NOS

Trastornos de alimentación e ingestión de la infancia o niñez temprana

- 307.52 Pica
- 307.53 Trastorno de regurgitación
- 307.59 Trastorno de alimentación de la infancia o niñez temprana

Trastornos de tics nerviosos

- 307.23 Trastorno de Tourette
- 307.22 Trastorno de tic vocal o motor crónico
- 307.21 Trastorno de tic pasajero
- 307.20 Trastorno de tic NOS

Trastornos de eliminación

- Encopresis
- 787.6 Con constipación e incontinencia por rebosamiento
- 307.7 Sin constipación e incontinencia por rebosamiento
- 307.6 Enuresis (no por una condición médica general)

*FUENTE: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition, Text Revision*. Copyright 2000. American Psychiatric Association. Con permiso.

Otros trastornos de la infancia, niñez y adolescencia

- 309.21 Trastorno de ansiedad por separación
- 313.23 Mutismo selectivo
- 313.89 Trastorno de vinculación reactiva de la infancia o niñez temprana
- 307.3 Trastorno de movimiento estereotipado
- 313.9 Trastorno NOS de la infancia, niñez o adolescencia

DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS, ASÍ COMO OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

Delirio

- 293.0 Delirio debido a... (*indican la condición médica general*)
 - Delirio por intoxicación por sustancias (*referido a trastornos relacionados con la sustancia para códigos específicos de sustancias*)
 - Delirio por abstinencia de sustancias (*referido a trastornos relacionados con sustancias por códigos específicos de sustancias*)
 - Delirio por etiologías múltiples (*cada código de etiologías específicas*)
- 780.09 Delirio NOS

Demencia

- 294.xx Demencia del tipo Alzheimer, con inicio temprano
 - .10 Sin alteración de comportamiento
 - .11 Con trastorno de comportamiento
- 294.xx Demencia del tipo Alzheimer, con inicio tardío
 - .10 Sin alteraciones de comportamiento
 - .11 Con alteraciones de comportamiento
- 290.xx Demencia vascular
 - .40 Sin complicación
 - .41 Con delirio
 - .42 Con ideas delirantes
 - .43 Con ánimo deprimido
- 294.1x Demencia por enfermedad de VIH
- 294.1x Demencia por traumatismo en la cabeza
- 294.1x Demencia por enfermedad de Parkinson
- 294.1x Demencia por enfermedad de Huntington
- 294.1x Demencia por enfermedad de Pick
- 294.1x Demencia por enfermedad Creutzfeldt-Jakob
- 294.1x Demencia por (*indicar la condición médica general no enlistada en las anteriores*)
 - Demencia persistente inducida por sustancias (*referida en trastornos relacionados con sustancias por códigos de sustancias específicas*)
 - Demencia por etiologías múltiples (*cada código de las etiologías específicas*)
- 294.8 Demencia NOS

Trastorno de amnesia

- 294.0 Trastorno amnésico por (*indicar la condición médica general*)
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (*referido a trastornos relacionados con sustancias por códigos de sustancias específicas*)
- 294.8 Trastornos de amnesia NOS

Otros trastornos cognitivos

- 294.9 Trastornos cognitivos NDS

TRASTORNOS MENTALES POR CONDICIONES MÉDICAS GENERALES NO CLASIFICADAS EN OTRA CATEGORÍA

- 293.89 Trastorno catatónico por (*indicar la condición médica general*)
- 310.1 Cambio de personalidad por (*indicar la condición médica general*)
- 293.9 Trastorno mental NOS por (*indicar la condición médica general*)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Trastornos relacionados con el uso de alcohol

- Trastornos del uso del alcohol
- 303.90 Dependencia del alcohol
- 305.00 Abuso del alcohol

Trastornos inducidos por el alcohol

- 303.00 Intoxicación por alcohol
- 291.81 Abstinencia de alcohol
- 291.0 Delirio por intoxicación con alcohol
- 291.0 Delirio por abstinencia de alcohol
- 291.2 Demencia persistente inducida por el alcohol
- 291.1 Trastorno de amnesia inducido por el alcohol
- 291.x Trastorno psicótico inducido por alcohol
 - .5 Con delirios
 - .3 Con alucinaciones
- 291.89 Trastorno de ánimo inducido por alcohol
- 291.89 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- 291.89 Disfunción sexual inducida por alcohol
- 291.89 Trastorno de sueño inducido por alcohol
- 291.9 Trastorno NOS relacionado por alcohol

Trastornos relacionados con anfetaminas (o semejantes a las anfetaminas)

- Trastornos por el uso de anfetaminas
- 304.40 Dependencia de anfetaminas
- 305.70 Abuso de anfetaminas

Trastornos inducidos por anfetaminas

- 292.89 Intoxicación por anfetaminas
 292.0 Abstinencia de anfetaminas
 292.81 Delirio de intoxicación por anfetaminas
 292.xx Trastorno psicótico inducido por anfetaminas
 .11 Con ideas delirantes
 .12 Con delirios
 292.84 Trastorno de ánimo inducido por anfetaminas
 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por anfetaminas
 292.89 Disfunción sexual inducida por anfetaminas
 292.89 Trastorno del sueño inducido por anfetaminas
 292.9 Trastorno relacionado por anfetaminas NOS

Trastornos relacionados con cafeína

- Trastornos inducidos por cafeína
 305.90 Intoxicación por cafeína
 292.89 Trastorno de ansiedad inducida por cafeína
 292.89 Trastorno de sueño inducido por cafeína
 292.9 Trastorno relacionado con cafeína NOS

Trastornos relacionados por cannabis

- Trastornos por el uso de cannabis
 304.30 Dependencia de cannabis
 305.20 Abuso de cannabis

 Trastornos inducidos por cannabis
 292.89 Intoxicación por cannabis
 292.81 Delirio por intoxicación por cannabis
 292.xx Trastorno psicótico inducido por cannabis
 .11 Con ideas delirantes
 .12 Con alucinaciones
 292.89 Trastorno de ansiedad inducida por cannabis
 292.9 Trastorno relacionado con cannabis NOS

Trastornos relacionados con cocaína

- Trastornos por el uso de cocaína
 304.20 Dependencia de cocaína
 305.60 Abuso por cocaína

 Trastornos inducidos por cocaína
 292.89 Intoxicación por cocaína
 292.0 Abstinencia de cocaína
 292.81 Delirio por intoxicación por cocaína
 292.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína
 .11 Con ideas delirantes
 .12 Con alucinaciones
 292.84 Trastorno de ánimo inducido por cocaína
 292.89 Trastorno de ansiedad inducida por cocaína
 292.89 Disfunción sexual inducida por cocaína

- 292.89 Trastorno de sueño inducido por cocaína
 292.9 Trastorno relacionado con cocaína NOS

Trastornos relacionados con alucinógenos

- Trastornos por uso de alucinógenos
 304.50 Dependencia de alucinógeno
 305.30 Abuso de alucinógeno

 Trastornos inducidos por alucinógenos
 292.89 Intoxicación por alucinógenos
 292.89 Trastorno de percepción persistente por alucinógenos (recuerdos repentinos)
 292.81 Delirio por intoxicación con alucinógenos
 292.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos
 .11 Con ideas delirantes
 .12 Con alucinaciones
 292.84 Trastorno de ánimo inducido por inhalantes
 292.89 Trastorno de ansiedad inducida por inhalantes
 292.9 Trastorno relacionado por inhalantes NOS

Trastornos relacionados con inhalantes

- Trastornos por uso de inhalantes
 304.60 Dependencia de inhalantes
 305.90 Abuso de inhalantes

 Trastornos inducidos por inhalantes
 292.89 Intoxicación por inhalantes
 292.81 Delirio por intoxicación de inhalantes
 292.82 Demencia inducida por inhalantes
 292.xx Trastornos psicóticos inducidos por inhalantes
 .11 Con ideas delirantes
 .12 Con alucinaciones
 292.84 Trastorno del ánimo inducido por inhalantes
 292.89 Trastorno de la ansiedad inducido por inhalantes
 292.9 Trastorno relacionado con inhalantes NOS

Trastornos relacionados con nicotina

- Trastornos por el uso de nicotina
 305.1 Dependencia de nicotina

 Trastornos inducidos por nicotina
 292.0 Abstinencia de nicotina
 292.9 Trastorno relacionado con nicotina NOS

Trastornos relacionados con opioides

- Trastornos por el uso de opioides
 304.00 Dependencia de opioides
 305.50 Abuso de opioides

Trastornos inducidos por opioides

- 292.89 Intoxicación por opioides
- 292.0 Abstinencia por opioides
- 292.81 Delirio por intoxicación con opioides
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por opioides
 - .11 Con ideas delirantes
 - .12 Con alucinaciones
- 292.84 Trastorno de ánimo inducido por opioide
- 292.89 Disfunción sexual inducida por opioide
- 292.89 Trastorno de sueño por opioides
- 292.9 Trastorno relacionado con opioides NOS

Trastornos relacionados con fenciclidina (o semejante a fenciclidina)**Trastornos del uso de fenciclidina**

- 304.60 Dependencia de fenciclidina
- 305.90 Abuso de fenciclidina

Trastornos inducidos por fenciclidina

- 292.89 Intoxicación por fenciclidina
- 292.81 Delirio por intoxicación con fenciclidina
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina
 - .11 Con ideas delirantes
 - .12 Con alucinaciones
- 292.84 Trastorno de ánimo inducido por fenciclidina
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
- 292.9 Trastorno relacionado con fenciclidina NOS

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos, o ansiolíticos

- Trastornos inducidos por uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 304.10 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 305.40 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- 292.89 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.0 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.81 Intoxicación delirante por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.81 Abstinencia delirante por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.82 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - .11 Con ideas delirantes
 - .12 Con alucinaciones

- 292.84 Trastorno de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- 292.89 Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- 292.9 Trastorno NOS relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno relacionado con varias sustancias

- 304.80 Dependencia de polisustancias

Trastornos relacionados con otras sustancias (desconocidas)

- Trastornos por uso de otras sustancias (desconocidas)

- 304.90 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)
- 305.90 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)

- 292.89 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.0 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)
- 292.81 Delirio inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.82 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas)
 - .11 Con ideas delirantes
 - .12 Con alucinaciones

- 292.84 Trastorno de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas)

- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas)

- 292.89 Disfunción sexual inducida por otras sustancias (o desconocidas)

- 292.89 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)

- 292.9 Trastorno NOS relacionado con otras sustancias (o desconocidas)

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

- 295.xx Esquizofrenia

- .30 Tipo paranoide

- .10 Tipo desorganizado

- .20 Tipo catatónico

- .90 Tipo indiferenciado
- .60 Tipo residual
- 295.40 Trastorno esquizofreniforme
- 295.70 Trastorno esquizaofectivo
- 297.1 Trastorno de ideas delirantes
- 298.8 Trastorno psicótico breve
- 297.3 Trastorno psicótico compartido
- 293.xx Trastorno psicótico por (*indique la condición médica general*)
 - .81 Con ideas delirantes
 - .82 Con alucinaciones
- Trastorno psicótico inducido por sustancias (*referido como trastornos relacionados con sustancias por códigos específicos para la sustancia*)
- 298.9 Trastorno psicótico NOS

TRASTORNOS DEL ÁNIMO

Es estado presente de los códigos para Trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar I en cinco dígitos: 0 = no específico; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = grave, sin características psicóticas; 4 = grave, con características psicóticas; 5 = remisión parcial; 6 = en completa remisión.

Trastornos depresivos

- 296.xx Trastorno depresivo mayor
 - .2x Episodio único
 - .3x Recurrente
- 300.4 Trastorno distímico
- 311 Trastorno depresivo NOS

Trastornos bipolares

- 296.xx Trastorno bipolar I
 - .0x Episodio maníaco único
 - .40 Episodio hipomaníaco más reciente
 - .4x Episodio maníaco más reciente
 - .6x Episodio mixto más reciente
 - .5x Episodio depresivo más reciente
 - .7 Episodio inespecífico más reciente
- 296.89 Trastorno bipolar II (*especifique el episodio presente o más reciente: hipomaníaco o depresivo*)
- 301.13 Trastorno ciclotímico
- 296.80 Trastorno bipolar NOS
- 293.83 Trastorno de ánimo debido a (*indicar la condición médica general*)
 - Trastorno de ánimo inducido por sustancias (*referido a trastornos relacionados por sustancias por códigos específicos de sustancia*)
- 296.90 Trastorno de ánimo NOS

Trastornos de ansiedad

- 300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia
- 300.21 Trastorno de pánico con agorafobia

- 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
- 300.29 Fobia específica
- 300.23 Fobia social
- 300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo
- 309.81 Trastorno de estrés postraumático
- 308.3 Trastorno de estrés agudo
- 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada
- 293.89 Trastorno de ansiedad por (*indicar la condición médica general*)
 - Trastorno de ansiedad inducida por sustancias (*referida a trastornos relacionados con sustancias por códigos de sustancias específicas*)
- 300.00 Trastorno de ansiedad NOS

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

- Trastorno de somatización
- 300.81 Trastorno somatomorfo no diferenciado
- 300.11 Trastorno de conversión
- 307.xx Síndrome doloroso miofascial y reumatismo psicógeno
 - .80 Relacionado con factores psicológicos
 - .89 Relacionado con factores psicológicos y una condición médica general
- 300.7 Hipocondriasis
- 300.7 Trastorno dismórfico corporal
- 300.82 Trastorno somatomorfo NOS

TRASTORNOS FACTICIOS

- 300.xx Trastorno facticio
 - .16 Con predominancia de signos y síntomas psicológicos
 - .19 Con predominancia de signos y síntomas físicos
 - .19 Combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos
- 300.19 Trastorno facticio NOS

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

- 300.12 Amnesia disociativa
- 300.13 Fuga disociativa
- 300.14 Trastorno de identidad disociativa
- 300.6 Trastorno de despersonalización
- 300.15 Trastorno disociativo NOS

TRASTORNOS DE IDENTIDAD SEXUAL Y GÉNERO

Disfunciones sexuales

- Trastornos de deseo sexual
- 302.71 Trastorno de deseo sexual hipoactivo

302.79 Trastorno de aversión sexual

Trastornos de excitación sexual

302.72 Trastorno de excitación sexual femenino

302.72 Trastorno eréctil

Trastornos orgásmicos

302.73 Trastorno orgásmico femenino

302.74 Trastorno orgásmico masculino

302.75 Eyaculación prematura

Trastorno de dolor sexual

302.76 Dispareunia (no por condición médica general)

306.51 Vaginismo (no por condición médica general)

Disfunción sexual por una condición médica general

625.8 Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino por (*indicar condición médica general*)

608.89 Trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino (*indicar la condición médica general*)

607.84 Trastorno eréctil (*indicar la condición médica general*)

625.0 Dispareunia femenina por (*indicar la condición médica general*)

608.89 Dispareunia masculina por (*indicar la condición médica general*)

625.8 Otras disfunciones sexuales femeninas por (*indicar la condición médica general*)

608.89 Otras disfunciones sexuales masculinas por (*indicar la condición médica general*)

—Disfunción sexual inducida por sustancias (*referida a Trastornos relacionados con sustancias para los códigos de sustancias específicas*)

302.70 Disfunción sexual NOS

Parafilia

302.4 Exhibicionismo

302.81 Fetichismo

302.89 Froteurismo

302.2 Pedofilia

302.83 Masoquismo sexual

302.84 Sadismo sexual

302.3 Fetichismo travestíco

302.82 Voyeurismo

302.9 Parafilia NOS

Trastornos de identidad de género

302.xx Trastorno de identidad de género

.6 En niños

.85 En adolescentes o adultos

302.6 Trastorno de identidad de género NOS

302.9 Trastorno sexual NOS

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

307.1 Anorexia nerviosa

307.51 Bulimia nerviosa

307.50 Trastornos de alimentación NOS

TRASTORNOS DE SUEÑO

Trastornos primarios de sueño

Disomnias

307.42 Insomnio primario

307.44 Hipersomnio primario

347 Narcolepsia

780.59 Trastorno de sueño relacionado con la respiración

307.45 Trastorno de sueño de ritmo circadiano

307.47 Disomnia NOS

Parasomnias

307.47 Trastorno de pesadillas

307.46 Trastorno de sueños de terror

307.46 Trastorno de sonambulismo

307.47 Parasomnia NOS

Trastornos de sueño relacionado con otros trastornos mentales

307.42 Relacionado con (*indicar el trastorno de Eje I o Eje II*)

307.44 Hipersomnia relacionada con (*indicar el trastorno de Eje I o Eje II*)

Otros trastornos de sueño

780.xx Trastorno de sueño relacionado con (*indicar la condición médica general*)

.52 Tipo insomnio

.54 Tipo hipersomnio

.59 Tipo parasomnio

.59 Tipo mixto

—Trastorno de sueño inducido por sustancias (*referido a trastornos relacionados con sustancias por códigos de sustancias específicas*)

Trastornos de control de impulsos no clasificados en otra categoría

312.34 Trastorno explosivo intermitente

312.32 Cleptomanía

312.33 Piromanía

312.31 Juego patológico

312.39 Tricotilomanía

312.30 Trastorno de control de impulsos NOS

Trastornos de ajuste

- 309.xx Trastorno de ajuste
 .0 Con trastorno depresivo
 .24 Con ansiedad
 .28 Con ansiedad y trastorno de ánimo
 .3 Con alteraciones de conducta
 .4 Con alteraciones mixtas de emociones y conducta
 .9 Inespecífico

Trastornos de personalidad

Nota: Este tipo de trastornos se codifican en el Eje II.

- 301.0 Trastorno de personalidad paranoide
 301.20 Trastorno de personalidad esquizoide
 301.22 Trastorno de personalidad esquizotípica
 301.7 Trastorno de personalidad antisocial
 301.83 Trastorno de personalidad límitrofe
 301.50 Trastorno de personalidad histriónica
 301.81 Trastorno de personalidad narcisista
 301.82 Trastorno de personalidad por evitación
 301.6 Trastorno de personalidad dependiente
 301.4 Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva
 301.9 Trastorno de personalidad NOS

OTRAS CONDICIONES QUE PUEDEN TENER UN ENFOQUE CLÍNICO**Factores psicosociales que afectan la condición médica**

- 316 *Elija el nombre con base en la naturaleza de los factores:*
 Trastorno mental que afecta la condición médica
 Síntomas psicológicos que afectan la condición médica
 Características de personalidad o estilo de enfrentamiento que afectan la condición médica
 Comportamientos de inadaptación de salud que afectan la condición médica
 Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta la condición médica
 Otros factores psicológicos inespecíficos que afectan las condiciones médicas

Trastornos de movimiento inducidos por medicamentos

- 332.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos
 333.92 Síndrome neuroléptico maligno
 333.7 Distoria aguda inducida por neurolépticos
 333.99 Acatisia aguda inducida por neurolépticos
 333.82 Discinesia tardía inducida por neurolépticos
 333.1 Temblor postural inducido por medicamentos
 333.90 Trastorno de movimiento inducido por medicamentos NOS

Otros trastornos inducidos por medicamentos

- 995.2 Efectos adversos de medicamentos NOS

Problemas relacionales

- V61.9 Problemas relacionales vinculados con un trastorno mental o condición médica general
 V61.20 Problemas relacionados con padres-hijos
 V61.10 Problemas relacionados con la pareja
 V61.8 Problemas relacionados con hermanos
 V62.81 Problemas relacionados NOS

Problemas relacionados con abuso o negligencia

- V61.21 Abuso físico de niños
 V61.21 Abuso sexual de niños
 V61.21 Negligencia en niños
 —Abuso físico de adulto
 V61.12 (por la pareja)
 V62.83 (por otra persona diferente de la pareja)
 —Abuso sexual del adulto
 V61.12 (por la pareja)
 V62.83 (por otra persona diferente de la pareja)

Condiciones adicionales enfocados por la atención clínica

- V15.81 Sin cumplimiento del tratamiento
 V65.2 Fingimiento
 V71.01 Comportamiento antisocial adulto
 V71.02 Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia
 V62.89 Funcionamiento intelectual límitrofe (codificado en Eje II)
 780.9 Deterioro cognitivo relacionado con la edad
 V62.82 Duelo
 V62.3 Problemas académicos
 V62.2 Problemas ocupacionales
 313.82 Problemas de identidad
 V62.89 Problemas religiosos o espirituales
 V62.4 Problema de culturización
 V62.89 Fase de problema de vida

CÓDIGOS ADICIONALES

- 300.9 Trastorno mental inespecífico (no específico)
 V71.09 Sin diagnóstico o condición en Eje I
 799.9 Diagnóstico o condición diferido en Eje I
 V71.09 Sin diagnóstico en Eje II
 799.9 Diagnóstico diferido en Eje II

Diagnósticos de Enfermería NANDA:

Taxonomía II

Dominios, Clases y Diagnósticos*

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 1: conciencia de la salud

Clase 2: manejo de la salud

Diagnósticos aprobados

Manejo de régimen terapéutico eficiente

Manejo de régimen terapéutico ineficiente

Manejo de régimen terapéutico de la familia ineficiente

Manejo de régimen terapéutico de la comunidad ineficiente

Comportamientos en busca de la salud (especifique)

Mantenimiento de la salud ineficiente

Mantenimiento del hogar alterado

Disposición para mejorar el manejo de régimen terapéutico

Disposición para mejorar la nutrición

Disposición para mejorar el estado inmunitario

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Diagnósticos aprobados

Patrón de alimentación infantil ineficiente

Deglución alterada

Nutrición alterada: menor a los requerimientos corporales

Nutrición alterada: mayor a los requerimientos corporales

Riesgo de nutrición desequilibrada: mayor de los requerimientos nutricionales

Clase 2: digestión

Clase 3: absorción

Clase 4: metabolismo

Diagnósticos aprobados

Riesgo de alteración de función hepática

Riesgo de concentración de glucosa en sangre alterada

Clase 5: hidratación

Diagnósticos aprobados

Volumen de líquidos deficiente

Riesgo de volumen de líquidos deficiente

Exceso de volumen líquido

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 1: función urinaria

Diagnósticos aprobados

Eliminación urinaria alterada

Retención de orina

Incontinencia urinaria total

Incontinencia urinaria funcional

Incontinencia urinaria por estrés

Incontinencia urinaria por urgencia

Incontinencia urinaria refleja

Riesgo de incontinencia urinaria por urgencia

Disposición para aumentar la eliminación de orina

Incontinencia urinaria por rebosamiento

Clase 2: función gastrointestinal

Diagnósticos aprobados

Incontinencia intestinal

Diarrea

Constipación

Riesgo de constipación

Constipación percibida

Clase 3: función integumentaria

Clase 4: función respiratoria

Diagnósticos aprobados

Intercambio de gas alterado

*FUENTE: NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008. (2007). Philadelphia: NANDA International. Con permiso.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/DESCANSO**Clase 1: sueño/descanso**

Diagnósticos aprobados

Privación de sueño

Disposición para aumentar el sueño

Insomnio

Clase 2: actividad/ejercicio

Diagnósticos aprobados

Riesgo de síndrome de desuso

Movilidad física alterada

Movilidad de lecho alterada

Movilidad en silla de ruedas alterada

Capacidad de transferencia alterada

Marcha alterada

Actividad de esparcimiento deficiente

Recuperación quirúrgica retrasada

Estilo de vida sedentaria

Clase 3: equilibrio de energía

Diagnósticos aprobados

Alteraciones en el campo de energía

Fatiga

Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnósticos aprobados

Gasto cardiaco reducido

Alteración de la ventilación espontánea

Patrón respiratorio ineficiente

Intolerancia a la actividad

Riesgo de intolerancia actividad

Respuesta disfuncional al retirar el ventilador

Perfusión tisular ineficiente (tipo específico: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférico)

Clase 5: cuidados personales

Diagnósticos aprobados

Deficiencia de vestimenta y arreglo personal

Deficiencia en el baño e higiene personal

Deficiencia de alimentación por sí mismo

Deficiencia para ir al baño por sí mismo

Disposición para mejorar el cuidado personal

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN**Clase 1: atención**

Diagnósticos aprobados

Negligencia unilateral

Clase 2: orientación

Diagnósticos aprobados

Síndrome de interpretación ambiental alterada

Vagabundeo, deambular

Clase 3: sensación/percepción

Diagnósticos aprobados

Percepción sensorial alterada (especifique: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil)

Clase 4: cognición

Diagnósticos aprobados

Conocimiento deficiente (especifique)

Disposición para aumentar el conocimiento (especifique)

Confusión aguda

Confusión crónica

Memoria alterada

Procesos alterados de pensamiento

Disposición para mejorar la toma de decisiones

Riesgo de confusión aguda

Clase 5: comunicación

Diagnósticos aprobados

Comunicación verbal alterada

Disposición para mejorar la comunicación

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN**Clase 1: concepto de sí mismo**

Diagnósticos aprobados

Identidad personal alterada

Impotencia

Riesgo de impotencia

Desesperanza

Riesgo de aislamiento

Disposición para mejorar el concepto de sí mismo

Disposición para aumentar el poder

Riesgo de comprometer la dignidad humana

Disposición para aumentar la esperanza

Clase 2: autoestima

Diagnósticos aprobados

Baja autoestima crónica

Baja autoestima situacional

Riesgo de baja autoestima situacional

Clase 3: imagen corporal

Diagnóstico aprobado

Imagen corporal alterada

DOMINIO 7: RELACIONES INTERPERSONALES

Clase 1: papel de cuidados

Diagnósticos aprobados

Fatiga psicológica de responsable de un paciente
Riesgo de fatiga psicológica
Crianza alterada
Riesgo de crianza alterada
Disposición a mejorar la crianza

Clase 2: relaciones familiares

Diagnósticos aprobados

Procesos familiares interrumpidos
Disposición para mejorar los procesos familiares
Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo
Riesgo de apego alterado padres/infantes/niños

Clase 3: desempeño interpersonal

Diagnósticos aprobados

Lactancia eficiente
Lactancia ineficiente
Lactancia interrumpida
Desempeño interpersonal ineficiente
Conflictivo en el papel como padres
Interacción social alterada

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Clase 1: identidad sexual

Clase 2: función sexual

Diagnósticos aprobados

Disfunción sexual
Patrón de sexualidad ineficiente

Clase 3: reproducción

DOMINIO 9: ENFRENTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 1: respuestas posttraumáticas

Diagnósticos aprobados

Síndrome de relocalización del estrés
Riesgo para relocalización del síndrome de estrés
Síndrome de trauma por violación
Síndrome de trauma por violación: reacción silenciosa
Síndrome de trauma por violación: reacción complicada
Síndrome posttraumático
Riesgo de síndrome posttraumático

Clase 2: respuestas de enfrentamiento

Diagnósticos aprobados

Miedo
Ansiedad
Ansiedad por fallecimiento
Duelo crónico
Negación ineficiente
Duelo
Duelo complicado
Enfrentamiento ineficiente
Discapacidad de enfrentamiento familiar
Enfrentamiento defensivo
Enfrentamiento comunitario ineficiente
Disposición para mejorar el enfrentamiento (individual)
Disposición para mejorar el enfrentamiento (familiar)
Disposición para mejorar el enfrentamiento (comunitario)
Riesgo de duelo complicado
Sobrecarga de estrés
Comportamiento riesgoso

Clase 3: estrés neuroconductual

Diagnósticos aprobados

Disreflexia autónoma
Riesgo de disreflexia autónoma
Comportamiento infantil desorganizado
Riesgo de comportamiento infantil desorganizado
Disposición para mejorar el comportamiento infantil organizado
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

DOMINIO 10: PRINCIPIOS DE VIDA

Clase 1: valores

Diagnósticos aprobados

Disposición para aumentar la esperanza

Clase 2: creencias

Diagnósticos aprobados

Disposición para aumentar el bienestar espiritual
Disposición para acrecentar la esperanza

Clase 3: congruencia de valores/creencias/acciones

Diagnósticos aprobados

Angustia espiritual
Riesgo para la angustia espiritual
Conflictivo de decisiones (específico)
Inconformidad (específico)

Riesgo de religiosidad alterada
 Religiosidad alterada
 Disposición a aumentar la religiosidad
 Angustia moral
 Disposición para mejorar la toma de decisiones

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Clase 1: infección

Diagnósticos aprobados
 Riesgo de infección
 Disposición de mejorar el estado inmunitario

Clase 2: lesiones físicas

Diagnósticos aprobados
 Membranas mucosas orales alteradas
 Riesgo de lesiones
 Riesgo de lesiones posquirúrgicas por posición
 Riesgo de caídas
 Riesgo de traumatismos
 Integridad alterada de la piel
 Riesgo de lesiones en la piel
 Integridad tisular alterada
 Dentición alterada
 Riesgo de sofocación
 Riesgo de aspiración
 Flujo de vías respiratorias ineficiente
 Riesgo de disfunción neurovascular periférica
 Protección ineficiente
 Riesgo de síndrome de muerte infantil

Clase 3: violencia

Diagnósticos aprobados
 Riesgo de automutilación
 Automutilación
 Riesgo de violencia dirigida a otras personas
 Riesgo de violencia autoinfligida
 Riesgo de suicidio

Clase 4: riesgos ambientales

Diagnósticos aprobados
 Riesgo de envenenamiento
 Riesgo de contaminación
 Contaminación

Clase 5: procesos defensivos

Diagnósticos aprobados
 Respuesta de alergia al látex
 Riesgo de respuesta alérgica al látex
 Disposición para mejorar el estado inmunitario

Clase 6: termorregulación

Diagnósticos aprobados
 Riesgo de temperatura corporal desequilibrada
 Termorregulación ineficiente
 Hipotermia
 Hipertermia

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: confort físico

Diagnósticos aprobados
 Dolor agudo
 Dolor crónico
 Náusea
 Disposición de mejorar el confort

Clase 2: confort ambiental

Diagnósticos aprobados
 Disposición para mejorar el confort

Clase 3: confort social

Diagnósticos aprobados
 Aislamiento social

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Clase 1: crecimiento

Diagnósticos aprobados
 Retraso en el crecimiento y el desarrollo
 Riesgo de crecimiento desproporcionado

Clase 2: desarrollo

Diagnóstico aprobado
 Retraso del crecimiento y del desarrollo
 Riesgo de retraso en el desarrollo

Asignación de Diagnósticos de Enfermería a Comportamiento en Pacientes

La siguiente lista de comportamientos de pacientes y diagnósticos de enfermería (NANDA) corresponden a los comportamientos y pueden utilizarse en la planeación de

cuidado para el paciente que presenta los síntomas específicos de algún comportamiento.

COMPORTAMIENTOS

- Agresión, hostilidad
- Anorexia o negación a comer
- Comportamiento ansioso
- Confusión, pérdida de memoria
- Ilusiones, ideas delirantes
- Negación de problemas
- Ánimo deprimido o enojo interiorizado
- Desintoxicación, abstinencia de sustancias
- Dificultad para aceptar un nuevo diagnóstico o cambio reciente de estado de salud
- Comportamientos disociativos (despersonalización; des-realización)
- Expresa sentimientos de disgusto en relación con el cuerpo o parte del cuerpo
- Expresa falta de control en una situación personal
- No sigue la terapia prescrita
- Recuerdos repentinos, pesadillas, obsesión con experiencias traumáticas
- Alucinaciones
- Crítica excesiva a sí mismo y a los demás
- VIH positivo, inmunidad alterada
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas
- Dificultad para dormir o permanecer dormido
- Asociaciones inconexas o vuelo de ideas
- Pérdida de una entidad valiosa, experimentada de manera reciente
- Hiperactividad maniaca
- Comportamiento manipulativo
- Personalidades múltiples, alteraciones en identidad de género
- Orgasmo, problemas con; falta de deseo

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA

- Riesgo de violencia hacia otros
- Nutrición
- Ansiedad
- Confusión aguda o crónica; trastornos del pensamiento
- Trastornos del pensamiento
- Negación poco efectiva
- Aflicción severa
- Riesgo de lesión
- Propenso a riesgo de salud
- Percepción sensorial alterada
- Imagen corporal
- Impotencia
- Control poco efectivo del tratamiento terapéutico
- Síndrome postraumático
- Percepción sensorial alterada (audición, visión)
- Baja autoestima (alimentación, aseo, vestido)
- Protección ineficiente
- Deficiencia en el autocuidado
- Insomnio
- Comunicación verbal ineficiente
- Riesgo de aflicción
- Riesgo de lesión
- Enfrentamiento ineficiente
- Identidad personal alterada
- Disfunción sexual

Sobreingesta, compulsiva	Riesgo de nutrición desequilibrada; más de los requerimientos corporales
Fobias	Temor
Síntomas físicos como comportamiento de enfrentamiento	Enfrentamiento ineficiente
Proyección de culpa, racionalización de características, negación de responsabilidad personal	Enfrentamiento defensivo
Comportamientos de ritual	Ansiedad (grave), enfrentamiento ineficiente
Comentarios seductores, comportamientos sexuales inapropiados	Interacción social alterada
Comportamientos de automutilación	Automutilación, riesgo de automutilación
Comportamientos sexuales (dificultad, limitaciones, o cambios en; informe de insatisfacción)	Patrón de sexualidad ineficiente
Estrés por cuidar a una persona con enfermedad crónica	Fatiga psicológica por atención a enfermo crónico
Estrés por encontrarse en un nuevo ambiente	Síndrome de estrés de relocalización
Uso de sustancias como un comportamiento de enfrentamiento	Enfrentamiento ineficiente
Uso de sustancias (la negación es un problema)	Negación ineficiente
Suicidio	Riesgo de suicidio, riesgo de violencia autodirigida
Suspicacia	Procesos de pensamiento alterados; enfrentamiento ineficiente
Vómito; excesivo, autoinducido	Riesgo de volumen de líquidos deficiente
Comportamiento de abstinencia	Aislamiento social

Valoración del Estado Mental

Reunir la información correcta sobre el estado mental del paciente es esencial para desarrollar un plan de atención apropiado. El examen del estado mental es una descripción de todas las áreas del funcionamiento mental de una persona. Los siguientes son componentes que se consideran importantes en la valoración del estado mental de un individuo.

IDENTIFICACIÓN DE DATOS

1. Nombre
2. Sexo
3. Edad
4. Raza/cultura
5. Estado ocupacional/financiero
6. Grado de educación
7. Otro tema significativo
8. Disposiciones habitacionales
9. Preferencia religiosa
10. Alergias
11. Consideraciones especiales en la dieta
12. Queja principal
13. Diagnóstico médico

DESCRIPCIÓN GENERAL

Apariencia

1. Arreglo y vestido
2. Higiene
3. Postura
4. Estatura y peso
5. Nivel de contacto visual
6. Color de pelo y textura
7. Evidencia de cicatrices, tatuajes y otras marcas en piel distintivas
8. Evaluación de apariencia del paciente comparada con la edad cronológica

Actividad motora

1. Temblores
2. Tics u otros movimientos estereotípicos
3. Manierismos y gestos
4. Hiperactividad
5. Inquietud o agitación
6. Agresividad
7. Rigidez
8. Patrones de marcha
9. Ecopraxia
10. Retraso psicomotor
11. Libertad de movimiento (grado de movimiento)

Patrones de lenguaje

1. Lentitud o rapidez del discurso
2. Presión del discurso
3. Entonación
4. Volumen
5. Tartamudeo u otras alteraciones del lenguaje
6. Afasia

Actitud general

1. Cooperativo/no cooperativo
2. Amistoso/hostil/defensivo
3. Desinteresado/apático
4. Atento/interesado
5. Discreto/suspicaz

EMOCIONES

Ánimo

1. Triste
2. Deprimido
3. Desesperado
4. Irritable
5. Ansioso

6. Animado
7. Eufórico
8. Temeroso
9. Culpable
10. Inestable

Reacciones

1. Congruencia con el ánimo
2. Contraídas o desafiante (disminuidas en cantidad/ variación e intensidad de expresión emocional)
3. Indiferente (ausencia de expresión emocional)
4. Apropriada o inapropiada (define congruencia de reacción con la situación o con el comportamiento del paciente)

PROCESOS DE PENSAMIENTO

Forma de pensamiento

1. Vuelo de ideas
2. Asociación inconexa
3. Circunstancialidad
4. Tangencialidad
5. Neologismos
6. Pensamiento concreto
7. Asociaciones por sonido (*clang*)
8. Ensalada de palabras
9. Perseveración
10. Ecolalia
11. Mutismo
12. Deficiencia de lenguaje (restricción en la cantidad de discurso)
13. Capacidad para concentrarse
14. Campo de atención

Contenido de pensamiento

1. Ideas delirantes
 - a. Persecutorias
 - b. Grandiosidad
 - c. Referencia
 - d. Control o influencia
 - e. Somáticas
 - f. Nihilistas
2. Ideas suicidas u homicidas
3. Obsesiones
4. Paranoia/suspicacia
5. Pensamiento mágico
6. Religiosidad
7. Fobias
8. Deficiencia de contenido (vago, respuestas sin significado)

ALTERACIONES PERCEPTUALES

1. Alucinaciones
 - a. Auditivas
 - b. Visuales
 - c. Táctiles
 - d. Olfativas
 - e. Gustativas
2. Ilusiones, fantasías
3. Despersonalización (percepción alterada del ser)
4. Desrealización (percepción alterada del ambiente)

CAPACIDAD SENSORIAL Y COGNITIVA

1. Grado de alerta/conciencia
2. Orientación
 - a. Tiempo
 - b. Espacio
 - c. Persona
 - d. Circunstancias
3. Memoria
 - a. Reciente
 - b. Remota
 - c. Confabulación
4. Capacidad para el pensamiento abstracto

CONTROL DEL IMPULSO

1. Capacidad para controlar los impulsos relacionados con lo siguiente:
 - a. Agresión
 - b. Hostilidad
 - c. Temor
 - d. Culpa
 - e. Reacciones
 - f. Sentimientos sexuales

JUICIO Y PENSAMIENTO

1. Capacidad para resolver problemas
2. Capacidad para tomar decisiones
3. Conocimiento de sí mismo
 - a. Conciencia de las limitaciones
 - b. Conciencia de las consecuencias de las acciones
 - c. Conciencia de enfermedad
4. Uso adaptativo/o inadaptación de estrategias de enfrentamiento y mecanismos de defensa

Glosario

A

Abandono. Una ruptura unilateral de la relación profesional entre el proveedor de salud y un paciente sin notificación razonable a tiempo, cuando todavía hay necesidad de continuar con la atención.

Abandono del abuelo(a). Término generado por los medios para calificar el abandono a los adultos mayores en las salas de enfermería, asilos y otras instituciones —de manera literal, los dejan en las manos de otras personas cuando la carga de cuidado se vuelve intolerable.

Abreacción. “Recordar con sentimiento”, traer a la conciencia eventos dolorosos que fueron reprimidos y re-experimentación de las emociones relacionadas con los eventos.

Abstracción selectiva. (Algunas veces referida como filtro mental.) Tipo de pensamiento en el cual llega a una conclusión con base sólo en una parte específica de evidencia.

Abuso de sustancias. El uso de fármacos psicoactivos que presenta riesgos significativos a la salud e interfiere con el funcionamiento social, ocupacional, psicológico o físico.

Abuso del abuelo/a. Término generado por los medios para el abuso de los adultos mayores.

Abuso sexual de niños. Cualquier acto sexual, como exposición indecente o toques inapropiados hasta la penetración (relaciones sexuales), que se realizan con un niño.

Acatisia. Inquietud, una urgente necesidad de movimiento. Un tipo de efecto colateral extrapiroamidal relacionado con algunos medicamentos antipsicóticos.

Actitud. Un marco de referencia sobre el cual un individuo organiza el conocimiento sobre su mundo. Incluye un elemento emocional y puede tener una connotación positiva o negativa.

Acupresión. Técnica en la cual los dedos, pulgares, palmas o codos se utilizan para aplicar presión a ciertos puntos a lo largo del cuerpo. Se piensa que esta presión disuelve

cualquier obstrucción en el flujo de energía sanadora y restaura el cuerpo a un funcionamiento más sano.

Acupuntos. En la medicina china, los acupuntos representan áreas a lo largo del cuerpo que unen vías de energía de sanación.

Acupuntura. Técnica en la cual agujas de acero esterilizadas desechables del grosor de un cabello se insertan en los puntos a lo largo del cuerpo para disolver las obstrucciones en el flujo de energía y restauran el cuerpo a un funcionamiento más sano.

Adaptación. Restauración de la homeostasis del cuerpo después de una respuesta fisiológica o psicológica al estrés.

Afasia. Incapacidad para comunicarse a través del lenguaje, escritura o signos, causada por disfunción de los centros cerebrales.

Afonía. Incapacidad de hablar.

Agorafobia. El miedo de estar en lugares o situaciones en las cuales escapar puede ser difícil (o embarazoso) o en los cuales la ayuda podría no ser accesible en el evento de tener un ataque de pánico.

Agranulocitosis. Cantidades muy bajas de leucocitos. Los síntomas incluyen ardor de garganta, fiebre, y malestar. Éste puede ser un efecto de terapia a largo plazo con algunos medicamentos psicóticos.

Agravio. La violación de una ley civil en la cual un individuo está equivocado. En la acción de agravio, una parte afirma que la conducta equivocada en la parte de la otra que causa daño y la compensación para el daño sufrido es solicitada.

Agresión. Acciones físicas o verbales rudas intencionadas (ya sea conscientes o inconscientes) de dañar o herir a otra persona.

Agresión física. El toque no consentido de otra persona. El personal de enfermería puede enfrentar cargos por asalto o agresión física que participan en el tratamiento de un paciente sin su consentimiento y fuera de una situación de emergencia.

Agresividad. Comportamiento que defiende los derechos básicos propios por violación de los derechos básicos de otras personas (en contraste con la **aserción**).

Aislamiento. La separación de un pensamiento o un recuerdo de sentimiento o emociones relacionados con éste (algunas veces llamada aislamiento emocional).

Alcohólicos anónimos (AA). Una importante organización de autoayuda para el tratamiento de alcoholismo. Se basa en un programa de 12 pasos para ayudar a los miembros a alcanzar y mantener la sobriedad. Una vez que los individuos permanecen sobrios, se espera que a su vez ayuden a otras personas alcohólicas.

Altruismo. Un factor curativo de terapia de grupo (identificado por Yalom) en el cual los individuos obtienen autoestima a través de compartir e interesarse por otros. El proporcionar ayuda y apoyo a otras personas crea una imagen personal y promueve el crecimiento individual.

Alucinaciones. Falsas percepciones no relacionadas con los estímulos externos reales, dichas alucinaciones pueden afectar cualquiera de los cinco sentidos.

Amenorrea. Cese de la menstruación; puede ser un efecto colateral de algunos medicamentos antipsicóticos.

Amnesia. Incapacidad de recordar información personal importante, que es demasiado extensa para explicarse por un olvido ordinario.

Amnesia continua. Imposibilidad para recordar eventos que ocurrieron después de un tiempo determinado e incluye el presente.

Amnesia generalizada. Inhabilidad de recordar cualquier cosa que ha sucedido durante toda la vida del individuo.

Amnesia localizada. Incapacidad de recordar todos los incidentes relacionados con un evento traumático por un periodo específico después de un evento (por lo general pocas horas a días).

Amnesia sistematizada. Imposibilidad de recordar eventos que relacionan una categoría específica de información, tales como la propia familia, una persona en particular, o un evento.

Andropausia. Un término utilizado para identificar el climaterio masculino. También llamado *menopausia masculina*. Un síndrome de síntomas relacionados con la disminución de concentraciones de testosterona en varones. Algunos síntomas incluyen depresión, aumento de peso, insomnio, “bochornos”, reducción de la libido, cambios de ánimo, disminución de la fuerza física y disfunción eréctil.

Anhedonia. La incapacidad para experimentar o incluso imaginar cualquier emoción placentera.

Ánimo. Tono emocional sostenido de un individuo, que influye de manera significativa en el comportamiento, personalidad y percepción.

Anorexia. Pérdida del apetito.

Anoréxicos. Sustancias que suprimen el apetito.

Anorgasmia. Incapacidad de alcanzar el orgasmo.

Anosmia. Incapacidad de percibir olores.

Ansiedad. Aprensión difusa que se relaciona con sentimientos de incertidumbre e indefensión.

Antígeno prostático específico (PSA). Prueba de sangre para la detección temprana de cáncer de próstata.

Anulación. Mecanismo utilizado de manera simbólica para negar o cancelar una acción previa o experiencia que se considera intolerable.

Apraxia. Incapacidad para realizar actividades motoras a pesar de que la función motora esté intacta.

Ascitis. Acumulación excesiva de líquido seroso en la cavidad abdominal, que se presenta en respuesta a hipertensión portal causada por cirrosis en el hígado.

Aserción. Comportamiento que capacita al individuo a actuar en sus mejores intereses, defenderse por sí mismos sin ansiedad, expresar sus verdaderos sentimientos de manera cómoda, o ejercer sus propios derechos sin negar los de otras personas.

Asociación dirigida. Técnica utilizada para ayudar a pacientes a recordar eventos conscientes que se reprimieron. Los pensamientos específicos son guiados y dirigidos por el psicoanalista.

Asociación libre. Técnica para ayudar a los individuos a que recuerden temas que han sido reprimidos. El individuo es alentado a hablar de lo que venga a su mente, cambiando de manera natural de un pensamiento a otro.

Asociaciones por sonido (*clang*). Un patrón de discurso en el cual se eligen las palabras. Está dirigido por sonidos. Estas asociaciones con frecuencia toman la forma de rimas.

Ataque. Acto que provoca miedo genuino en una persona y aprensión de ser tocado sin consentimiento. El personal de enfermería puede ser culpable de amenazar a una persona con sujetarla en contra de su voluntad.

Ataxia. Incoordinación muscular.

Atención domiciliaria. Gran variedad de servicios de salud y sociales que se brindan en casa para personas en recuperación, discapacitadas o con enfermedades crónicas o terminales y que necesitan ayuda médica, de enfermería, social o terapéutica y ayuda con las actividades diarias esenciales.

Atención interdisciplinaria. Concepto para brindar atención para un paciente, en el cual los miembros de varias disciplinas trabajan junto con objetivos comunes y responsabilidades compartidas para alcanzar dichos objetivos.

Atención multidisciplinaria. Concepto para proporcionar atención a un paciente, en el cual las disciplinas individuales brindan servicios específicos para el pacien-

te, sin disposición formal para la interacción entre las disciplinas.

Atención psiquiátrica en casa. Vigilancia proporcionada por enfermeras psiquiátricas en el domicilio del paciente. El personal de enfermería que brinda atención psiquiátrica debe tener las habilidades físicas y psicosociales de enfermería para satisfacer las demandas de la población de pacientes a quienes atienden.

Autenticidad. La capacidad de estar dispuestos, honestos y “reales” en las interacciones con otras personas; la conciencia de lo que se experimenta y la capacidad de proyectar la cualidad de esta experiencia en una relación.

Autismo. Un enfoque interior sobre un mundo de fantasía, mientras se distorsiona o excluye el entorno; común en la esquizofrenia.

Autocrático. Un estilo de liderazgo en el cual la persona a cargo toma todas las decisiones por el grupo. La productividad es muy elevada con este tipo de liderazgo, pero con frecuencia la moral del grupo es baja debido a la falta de participación y creatividad de los miembros del grupo.

Autoestima. El grado de consideración o respeto que los individuos tienen por ellos mismos.

Autoexpectativa. Es el componente de la identidad personal que percibe aquello que quiere ser, hacer o llegar a ser.

Autoideal. Ver *Autoexpectativa*.

Autoinmunidad. Condición en la cual el cuerpo produce una respuesta desordenada contra sí mismo. En esta situación, el cuerpo no diferencia entre lo que es normal de lo que es una sustancia extraña. Cuando esto ocurre, el cuerpo produce anticuerpos contra órganos normales, a grado de causar lesiones tisulares.

Autonomía. Independencia, autogobernabilidad. Un principio ético que enfatiza el estado de personas como agentes autónomos cuyos derechos para determinar sus destinos siempre se respetan.

Axón. El proceso celular de una neurona que transmite impulsos fuera del cuerpo celular.

B

Beneficencia. Principio ético que se refiere a un deber personal para auxiliar o promover el bienestar de otras personas.

Beneficios. Los reforzamientos que recibe un individuo por somatizar.

Beneficios primarios. La ganancia de reforzamiento positivo por somatizar es mayor atención, simpatía y cuidados.

Beneficios secundarios. La ganancia de reforzamiento positivo por somatizar es ser capaz de evitar situaciones difíciles debido a las quejas físicas.

Beneficios terciarios. La ganancia de reforzamiento positivo por somatizar al ser el centro de la familia, restando importancia de otros conflictos dentro de la familia.

Bioética. El término utilizado con los principios éticos que se refieren a conceptos dentro del campo de la medicina, enfermería y temas relacionados con la salud.

Biorretroalimentación. El uso de instrumentación para estar conscientes de los procesos corporales que, por lo general, no se observan y ponerlos bajo control de manera voluntaria (p. ej., presión arterial o el pulso); utilizados como un método de reducción del estrés.

C

Calumnia. Acción con la cual un individuo puede ser acusado por información compartida oralmente que es en detrimento de una reputación de una persona.

Cannabis. Las hojas nuevas y secas de la marihuana. Produce efectos eufóricos cuando se ingieren o fuman y se utilizan por lo común de la forma de marihuana o hachís.

Caquexia. Un estado de enfermedad, mala nutrición y consunción; emaciación extrema; es decir, enfaquecimiento extremo por una causa morbosa.

Carcinógeno. Cualquier sustancia o agente que produce o aumenta el riesgo de desarrollar cáncer en humanos o animales inferiores.

Casa de seguridad o refugio. Establecimiento dispuesto en muchas ciudades para proporcionar la protección para mujeres golpeadas y sus niños.

Catarsis. Un factor curativo de terapia de grupo (identificado por Yalom), en el cual los miembros en un grupo pueden expresar sentimientos positivos y negativos en una atmósfera no amenazante.

Catatonía. Un tipo esquizofrenia que es tipificado por estupor o excitación. El estupor es caracterizado por retraso psicomotor extremo, mutismo y negativismo; la excitación por agitación psicomotora, en la cual los movimientos son frenéticos y sin propósito.

Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMA). La división del Departamento US de los Servicios y Humanos responsables de la atención de la salud.

Chamán. El “hombre-medicina” nativo-americano o sanador tradicional.

Chivo expiatorio. Asignación de culpa o fracasos a otras personas para quitar atención o responsabilidad de uno mismo.

Ciclo de abuso. Existen tres fases de comportamientos predecibles que se repiten en una relación entre el abusador y una víctima: fase de generación de tensión; el

incidente agudo de abuso; y la fase de calma y reposo y amor (luna de miel).

Ciclotimia. Alteración crónica del ánimo que incluye numerosos episodios de hipomanía y depresión, de gravedad o duración insuficientes para concordar con el criterio de trastorno bipolar.

Circunstancialidad. En el discurso, el retraso de un individuo para llegar al punto de una comunicación, deteniéndose en detalles innecesarios y tediosos.

Cita de violación. Situación en la cual se conoce a la víctima; lo que puede ocurrir durante una cita o con conocidos o compañeros de la escuela.

Clarificación de valores. Un proceso de autodescubrimiento por el cual las personas identifican sus valores personales y prioritarios. Este proceso aumenta la conciencia sobre por qué los individuos se comportan de cierta manera.

Cleptomanía. Incapacidad recurrente para resistir los impulsos de robar objetos no necesarios para la persona o de gran valor monetario.

Clínicas de “escaparate”. Establecimientos que se convirtieron en clínicas que sirven a la población sin hogar.

Codependencia. Patrón exagerado dependiente de comportamientos aprendidos, creencias y sentimientos que hacen la vida dolorosa. Es una dependencia en las personas y objetos externos a sí mismo, además de la negligencia de sí mismo al punto de tener poca identidad de sí misma.

Cognición. Operaciones mentales que se relacionan con las capacidades de lógica, conciencia, intelecto, memoria, lenguaje y razonamiento.

Colposcopia. Instrumento que contiene lentes de aumento al que se le adapta una cámara de 35 mm. Un colposcopio es utilizado para examinar lesiones y abrasiones en el área vaginal de una víctima de ataque sexual.

Comer en exceso y purgarse. Un síndrome relacionado con trastornos alimentarios, en especial la bulimia, en la cual el individuo consume miles de calorías de alimento en una sola vez y, después, se purga con laxantes o se induce el vómito.

Compenetración. El desarrollo entre dos personas en una relación de sentimientos especiales con base en la aceptación mutua, calidez, amistad, intereses comunes, un sentimiento de confianza y una actitud sin juzgamiento.

Compensación. Ocultar una debilidad real o percibida por enfatizar una característica que se puede considerar más deseable.

Comportamiento moral. Conducta que resulta de serios pensamientos críticos con respecto a cómo se deben tratar a otras personas; refleja el respeto por la vida humana, libertad, justicia o confidencialidad.

Comportamiento pasivo-agresivo. El comportamiento que defiende un individuo de los derechos básicos propios del individuo expresando resistencia a las demandas sociales u ocupacionales. Algunas veces llamada agresión indirecta, este comportamiento toma la forma de acciones astutas, tortuosas, perjudiciales que expresan lo opuesto a lo que en realidad sienten.

Comportamiento ritualista. Las actividades sin propósito que un individuo realiza de manera repetida en un esfuerzo por disminuir la ansiedad (p. ej., lavarse las manos); común en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Comunicación privilegiada. Doctrina común a casi todos los estados que garantiza ciertos privilegios con los cuales se niega a revelar información sobre las declaraciones de sus pacientes.

Comunidad. Un grupo de personas que viven cercanas y dependen de manera importante de los demás.

Concepto de sí mismo. La composición de creencias y sentimientos que cada persona tiene para mantener una autoimagen estable.

Condición operante. El aprendizaje de una acción particular o tipo de comportamiento que es seguido por un reforzamiento.

Condicionamiento clásico. Tipo de aprendizaje que se presenta cuando estímulos no condicionados (UCS) que produce una respuesta no condicionada (UCR) se equipara con un estímulo condicionado (CS), hasta que este mismo produce la misma respuesta, que se llama una respuesta condicionada (CR). El ejemplo de Pavlov: el alimento (i.e., UCS) causa salivación (i.e., UCR); el sonido de la campana (i.e., CS) con el alimento (i.e., UCS) causa salivación (i.e., UCR), el sonido de la campana por sí sola (i.e., CS) causa salivación (i.e., CR).

Confidencialidad. El derecho de un individuo a asegurarse de que su caso no se discuta fuera de los límites del equipo de atención a la salud.

Conformación. En el aprendizaje se moldea el comportamiento de una persona, utilizando reforzamientos para aumentar aproximaciones más cercanas hacia el comportamiento deseado.

Consentimiento informado. El permiso garantizado a un médico por un paciente para que realice un procedimiento terapéutico, previo al cual se presenta información sobre dicho recurso para que el paciente con tiempo suficiente considere las ventajas y desventajas.

Consideración positiva incondicional. El término de Carl Rogers para el respeto y dignidad de un individuo sin importar su comportamiento inaceptable.

Constancia de objeto. La fase en el proceso de separación/individuación cuando el niño aprende a relacionar objetos en una forma efectiva y constante. Se establece una sensación de separación y el niño es capaz de inte-

riorizar una imagen sostenida del objeto amado o persona cuando está fuera de su vista.

Contrato de contingencia. Contrato escrito entre los individuos para modificar el comportamiento, además de los beneficios y las consecuencias para cumplir con los términos del contrato.

Creencia. Idea que se sostiene como verdadera. Puede ser racional, irracional, tomada en la fe o una idea estereotipada.

Crisis. Desequilibrio psicológico en una persona que enfrenta una circunstancia difícil, la cual constituye un problema importante en ese momento de la que no puede escapar o no puede resolver con los recursos usuales.

Crisis hipertensiva. Síndrome posiblemente fatal que resulta cuando un individuo en tratamiento con inhibidores de monoaminoxidasa come productos con elevadas concentraciones de tiramina. Los síntomas incluyen dolor de cabeza occipital grave, fiebre, sudoración, elevación excesiva de la presión arterial, dolor en el pecho y coma. Los alimentos con tiramina incluyen quesos añejos o maduros, así como alimentos fermentados; habas; arenques encurtidos; carne roja o hígado de pollo; carnes en conservas; bebidas cafeinadas; higos enlatados; crema ácida; yogurt; y algunos medicamentos de mostrador para el resfriado y píldoras para hacer dieta.

Crisis oculógira. Ataque de desviación involuntaria y fijación de los globos oculares, por lo general en la posición ascendente. Puede durar varios minutos u horas y presentarse como efecto colateral extrapiramidal por algunos medicamentos antipsicóticos.

Cuerpo celular. La parte de la neurona que contiene el núcleo y es esencial para la vida de la neurona.

Cuestionamiento socrático (*también llamado descubrimiento guiado*). Cuando el terapeuta le pregunta al paciente con el cuestionamiento socrático, se le pide que describa sentimientos relacionados con situaciones específicas. Las preguntas se establecen en la forma en que estimulan al paciente a reconocer el pensamiento disfuncional posible y produce una disonancia sobre la validez de los pensamientos.

Cultura. Forma completa de vida particular que comprende patrones compartidos de creencias, sentimientos y conocimientos que guían la conducta de las personas y se transmite de una generación a otras.

Curandera. Una mujer sanadora en la cultura latina.

Curandero. Un hombre sanador en la cultura latina.

D

Declaraciones anticipadas. Documentos legales que un individuo competente puede firmar para expresar sus

deseos en relación con las decisiones futuras vinculadas con la atención de su salud, cuando ésta no sea capaz de dar consentimiento informado. Puede incluir uno o ambos de los siguientes: (1) un testamento de vida, en el cual el individuo identifica el tipo de atención que desea o no para realizar y (2) un poder durable de abogado para atención de la salud, en el cual la persona nombra a una persona a quien se le otorga el derecho de tomar las decisiones de salud para el enfermo, cuando éste ya no tenga la capacidad de hacerlo.

Delirio. Estado de confusión mental y excitación caracterizado por desorientación en tiempo y espacio, con frecuencia con alucinaciones, discursos incoherentes, así como con un continuo estado de actividad física sin propósito.

Demencia. Alteración global del funcionamiento que es progresivo e interfiere con las capacidades sociales y ocupacionales.

Demencia primaria. La demencia, como la enfermedad de Alzheimer, en la cual la demencia misma es el principal signo de cierta alteración cerebral orgánica no relacionada de manera directa con ninguna otra enfermedad orgánica.

Demencia relacionada con VIH (HAD). Síndrome neuropatológico, tal vez causado por encefalitis crónica por VIH y mielitis que se manifiesta por síntomas cognitivos, de comportamiento y motores que se agravan con el progreso de la enfermedad.

Demencia secundaria. Este tipo de demencia es causada por otra enfermedad o condición, como infección por VIH o un traumatismo cerebral.

Dendritas. Los procesos celulares de una neurona que transmite impulsos hacia el cuerpo celular.

Densidad. El número de personas en determinado espacio ambiental que influyen en la interacción interpersonal.

Dependencia de sustancias. La dependencia física se identifica por la incapacidad para detener el uso de sustancias a pesar de los intentos por hacerlo; un uso continuado de la sustancia a pesar de las consecuencias adversas; desarrollo de tolerancia; y el desarrollo de síntomas de abstención por la suspensión o disminución de consumo. La dependencia psicológica existe cuando la sustancia es percibida por el consumidor como necesaria para mantener un estado óptimo del bienestar personal, relaciones interpersonales o rendimiento de habilidades.

Depresión posparto. La depresión que ocurre durante el periodo después del parto. Se puede relacionar con los cambios hormonales, metabolismo de triptófano y alteraciones en el transporte de membrana durante el periodo posparto temprano. Otros factores predisponentes pueden ser cierta influencia.

Derecho. Aquello a lo que el individuo tiene derecho (por estándares éticos o morales) de tener o hacer, o recibir de los demás dentro de los límites de la ley.

Desapego. En la teoría familiar, se refiere a la separación extrema entre los miembros de la familia, que es promovida por límites rígidos o falta de comunicación entre los miembros de la familia.

Desarrollo cognitivo. Una serie de etapas descritas por Piaget a través de las cuales los individuos progresan, demostrando en cada etapa sucesiva un nivel de organización lógica superior al de la etapa anterior.

Desdoblamiento. Un mecanismo defensivo primitivo del Yo en el cual la persona es incapaz de integrar y aceptar tanto los sentimientos positivos y negativos. Desde su perspectiva, las personas —incluidas ellas mismas— y las situaciones de vida son todas buenas o todas malas. Esta característica es común en el trastorno de personalidad limítrofe.

Desensibilización sistemática. Un tratamiento para fobias en el cual al individuo se le enseña a relajarse y se le pide que imagine varios componentes del estímulo fóbico en grados de jerarquía, moviéndose desde el que produce menos miedo al que produce mayor temor.

Desinstitucionalización. La eliminación de individuos con enfermedades mentales de instituciones y el plan subsecuente para proporcionar atención a estos individuos en la comunidad.

Desintoxicación. Proceso de suspender una sustancia a la que se es dependiente.

Despersonalización. Alteración en la percepción o experiencia en sí misma de que la propia realidad se pierde temporalmente.

Desplazamiento. Los sentimientos son transferidos de un objetivo a otro, que es considerado menos amenazante o neutral.

Desrealización. Alteración en la percepción o experiencia del mundo externo que parece extraña o irreal.

Diagnóstico de enfermería. Juicio clínico sobre las respuestas individuales, familia o comunidad para problemas de salud reales y potenciales de salud, así como en los procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base por la selección de intervenciones de enfermería para alcanzar resultados por los cuales la enfermera es responsable.

Difamación. Acción con la cual un individuo puede ser acusado por compartir con otra persona información escrita que sea en detrimento de la reputación de una tercera.

Difamación de carácter. Una persona puede ser acusada por difamación de carácter por compartir con otras personas información sobre una persona que lesione la reputación de ésta.

Dilema ético. Situación que surge cuando con base en consideraciones morales se hace un recurso de apelación por opuestos cursos de acción.

Discinesia tardía. El síndrome de síntomas caracterizado por movimientos bizarros de la cara y la lengua, una flexión del cuello y dificultad para deglutar. Puede presentarse como efecto adverso a terapia prolongada con algunos medicamentos antipsicóticos.

Dispareunia. Dolor durante las relaciones sexuales.

Distancia íntima. La distancia más cercana que los individuos permiten entre ellos mismos y otras personas. En Estados Unidos esta distancia es 0 a 45 cm.

Distancia personal. La distancia entre los individuos que tienen interacciones de naturaleza personal, como una conversación cercana. En la cultura americana, la distancia personal es de alrededor de 45 cm a 100 cm.

Distancia pública. Distancia de interacción apropiada para hablar en público o gritarle a alguien a cierta distancia. En la cultura americana se define esta distancia como 3.5 m.

Distancia social. La distancia considerada aceptable en interacciones con extraños o conocidos, como en una fiesta de coctel o en un edificio público. La cultura americana define esta distancia como 1 m hasta 3.5 m.

Distonía. Movimientos musculares involuntarios (espasmos) de la cara, brazos, piernas y cuello; pueden presentarse como un efecto colateral extrapiramidal por algunos medicamentos antipsicóticos.

Distracción. En terapia cognitiva, cuando las cogniciones disfuncionales se reconocen, se identifican actividades que se pueden utilizar para distraer al paciente y desviarse de pensamientos desagradables o depresivos los cuales contribuyen a las respuestas de inadaptación del paciente.

Disulfiram. Medicamento administrado a individuos que abusan del alcohol como un disuasorio de beber. La ingestión de alcohol, mientras el medicamento todavía está en el cuerpo, provoca síntomas que producen una gran incomodidad y puede incluso provocar la muerte si la concentración de alcohol es muy elevada.

Dominio afectivo. Una categoría de aprendizaje que incluye actitudes, sentimientos y valores.

Dominio cognitivo. Categoría de aprendizaje que incluye procesos de conocimiento y pensamiento dentro de la capacidad intelectual del individuo. La persona debe tener la habilidad para sintetizar información a un nivel intelectual antes de realizar cualquier comportamiento.

Dominio marital. Relación marital en la cual no hay igualdad en la pareja. Un compañero domina la relación y a su pareja.

Dominio psicomotor. Una categoría de aprendizaje en la cual los comportamientos son procesados y demos-

trados. La información se resuelve de manera intelectual y el individuo expone comportamientos motores.

Dominios de aprendizaje. Categorías en las cuales los individuos aprenden o tienen el conocimiento y muestran comportamiento. Existen tres dominios de aprendizaje: emocional, cognitivo y psicomotor.

Duelo. Estado subjetivo de respuestas emocionales, físicas y sociales a la pérdida real o percibida de una entidad valiosa. El cambio o el fracaso también se pueden percibir como pérdidas. La respuesta de duelo consiste en una serie de comportamientos predecibles de manera relativa que describe el estado del sujeto que acompaña el luto.

Duelo anticipado. Estado subjetivo de respuestas emocionales, físicas y sociales a una pérdida de una entidad valiosa. La respuesta de duelo se repite una vez que ocurre la pérdida en la realidad, pero puede no ser tan intensa como habría sido sin el duelo anticipado.

Duelo exagerado. Reacción en la cual todos los síntomas relacionados con el duelo normal son exagerados y fuera de proporción. La depresión patológica es un tipo de duelo exagerado.

Duelo inhibido. Ausencia de evidencia de duelo cuando se espera de manera ordinaria.

E

Eclampsia. Condición tóxica que puede presentarse en la gestación y se manifiesta por presión arterial elevada al extremo, visión borrosa, grave dolor abdominal, dolores de cabeza y convulsiones. Esta condición en ocasiones es fatal.

Ecolalia. Repetir lo que se escucha (“repetir como perico”) por un individuo con límites del Yo inconexas, de las palabras que otros dicen,

Economía de fichas. En la modificación del comportamiento, un tipo de contrato en el cual los refuerzos para los comportamientos deseados se presentan en forma de fichas, que se pueden intercambiar por privilegios.

Ecopraxia. Un individuo con límites inconexos del Yo que intenta identificar a otra persona por movimientos de imitación que la otra persona realiza.

Egoísmo ético. Teoría ética que expone lo “bueno” y lo “malo” respecto a lo mejor para la toma de decisiones.

Ello. Uno de los tres componentes de la personalidad identificada por Freud como el “principio del placer”. El ello es el locus de los impulsos instintivos, está presente en el nacimiento e impulsa al infante a satisfacer necesidades y buscar la gratificación inmediata.

Emaciados. El estado de estar demasiado delgado o con desgaste físico.

Empatía. La capacidad de ver más allá del comportamiento y sensación exacta de lo que experimenta otra

persona. Con empatía, se puede percibir con claridad y entender el significado y relevancia en los pensamientos y sentimientos de otra persona.

Encefalopatía de Wernicke. Trastorno cerebral causado por deficiencia de tiamina y que se caracteriza por alteraciones visuales, ataxia, somnolencia, estupor y sin respuesta de tiamina, eventualmente es fatal.

Encefalopatía hepática. Trastorno cerebral que es resultado de la incapacidad del hígado cirrótico para convertir el amoniaco en urea para ser excretada. La continua elevación en el amoniaco en suero provoca alteraciones progresivas en el funcionamiento mental, apatía, euforia o depresión, alteraciones del sueño, confusión; progresa hasta el coma y la muerte.

Enfermera examinadora de asalto sexual (SAN). Enfermera registrada en clínica forense con entrenamiento especializado para proporcionar atención a una víctima de asalto sexual.

Enfermería forense. La aplicación de la ciencia forense combinada con la educación biopsicológica de la enfermería con registro, en la investigación científica, recolección y preservación de muestras, análisis, prevención, así como tratamiento de traumatismos y asuntos médico-legales relacionados con la muerte.

Enfermería psicodinámica. Ser capaz de entender el propio comportamiento, ayudar a otras personas a identificar las dificultades y aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de experiencia.

Enfoque de sensación. Técnica terapéutica utilizada para tratar individuos y parejas con disfunción sexual. Esta técnica incluye tocar y ser tocados por otra persona y enfocar la atención en las sensaciones físicas. Los pacientes pasan de manera gradual por diferentes niveles del enfoque que progresa desde no tocar los órganos genitales hasta incluir los senos y los genitales; el tocar se hace de manera simultánea y mutuamente, en lugar de una persona a la vez; y tocar se extiende hasta permitir la posibilidad de la relación sexual.

Enojo, ira. Una respuesta emocional por la percepción personal de una situación. La ira tiene tanto funciones negativas como positivas.

Enredo. Conflicto exagerado entre los miembros de la familia. Se presenta en respuesta a los límites difusos en los cuales hay exceso de inversión, participación o falta de diferenciación entre los individuos y subsistemas.

Ensalada de palabras. Grupo de palabras que se ponen juntas al azar sin ninguna conexión lógica.

Entrenamiento de habilidades sociales. Oportunidades educativas por medio de juego de papeles para la persona con esquizofrenia para aprender habilidades apropiadas de interacción social y habilidades funcionales que son relevantes para la vida diaria.

Espiritualidad. Calidad humana que da significado y sentido de propósito a la existencia del individuo. La espiritualidad existe en cada persona sin considerar el sistema de creencias y sirve como una fuerza para las interconexiones entre las personas, el entorno y un poder más elevado.

Esquemas (creencias centrales). Estructuras cognitivas que consisten en creencias fundamentales del individuo y suposiciones, los cuales se desarrollan temprano en la vida a partir de las experiencias personales y la identificación con otras personas importantes. Estos conceptos son reforzados por más experiencias de aprendizaje, y a su vez influyen en la formación de otras creencias, valores y actitudes.

Estado de tensión preataque. Comportamientos predictivos de violencia potencial. Incluyen actividad motora excesiva, posturas tensas, reacciones desafiantes, apretar los dientes y los puños, y otros comportamientos de discusión, demandantes y amenazantes.

Estereotipo. Proceso de clasificar a los individuos desde la misma cultura o grupo étnico como idéntico.

Estímulo. En el condicionamiento clásico, lo que provoca una respuesta.

Estímulo discriminativo. Un estímulo que precede una respuesta de comportamiento y predice que un reforzamiento particular va a ocurrir. Los individuos aprenden a discriminar entre varios estímulos que producen las respuestas deseadas.

Estímulo focal. Una situación de interés inmediato que resulta una amenaza para la autoestima.

Estímulo residual. Ciertas creencias, actitudes, experiencias o rasgos que pueden contribuir a la baja autoestima de un individuo.

Estímulos contextuales. Las condiciones presentes en el entorno que apoyan un estímulo en particular e influyen una amenaza a la autoestima.

Estímulos repugnantes. Un estímulo que sigue una respuesta de comportamiento y disminuye la probabilidad de que el comportamiento ocurra; también llamado castigo.

Estrés. Estado de desequilibrio que se presenta cuando no hay armonía entre las demandas que se manifiestan en el ambiente interior o exterior y su capacidad para enfrentar dichas demandas.

Estructura familiar. Sistema familiar en el cual la estructura se basa en una serie de principios invisibles que influyen en la interacción entre los miembros de la familia. Estos principios se establecen con el tiempo y se convierten en “leyes” que gobiernan la conducta de varios miembros de la familia.

Ética. Una rama de la filosofía que trata con los valores relacionados con la conducta humana, hacia la rectitud o lo erróneo de ciertas acciones, así como hacia la bon-

dad y la maldad de los motivos o finalidades de tales acciones.

Ética cristiana. La filosofía ética que establece tratar a otras personas como iguales y reconocer la igualdad de las personas para permitir que actúen como cuando una posición similar a la nuestra; algunas veces se refiere como “la ética de la regla de oro”.

Etnicidad. El concepto de personas que se identifican unas con otras por una herencia compartida.

Exhibicionismo. Trastorno parafílico caracterizado por una urgencia recurrente a exponer los genitales a un extraño.

Experto técnico. Término de Peplau para definir a una persona que entiende varias habilidades profesionales y clínicas necesarias para realizar las intervenciones que son en el mejor interés del paciente.

Explotación sexual de un niño. La inducción o coerción de un niño en la realización de conductas explícitas sexuales para el propósito de promoción de cualquier representación (p. ej., pornografía infantil).

Extinción. La disminución gradual en frecuencia o desaparición de una respuesta cuando se mantiene el reforzamiento positivo.

Eyaculación prematura. La eyaculación que se presenta con estimulación sexual mínima o antes, durante o poco después de la penetración y antes de que lo desee la persona.

Eyaculación retardada. Retraso o ausencia de eyaculación, aunque el hombre tiene una erección firme y buena estimulación.

Eyaculación retrógrada. La eyaculación del líquido seminal hacia la vejiga; puede presentarse como un efecto colateral de medicamentos antipsicóticos.

F

Factor de estrés. Demanda en el ambiente interno o externo del individuo que provoca una respuesta fisiológica o psicológica.

Factor precipitante. Estímulo que surge del ambiente interno o externo, percibido por un individuo como impuesto o que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar.

Factores predisponentes. Varios elementos que influyen en la forma en que un individuo percibe y responde a un evento estresante. Los tipos de factores predisponentes incluyen influencias genéticas, experiencias pasadas y condiciones existentes.

Falsa prisión. El confinamiento deliberado y sin autorización de una persona dentro de límites fijos por el uso de una amenaza o fuerza. Una enfermera puede enfrentar cargos al colocar a una persona en sujeción contra la voluntad de una persona en una situación de no emergencia.

Falta de aserción. Los individuos que no son emprendedores (algunas veces llamados pasivos) buscan complacer a otras personas a expensas de negar sus propios derechos humanos básicos.

Falta de maleficencia. Principio ético que expone la abstención de actos negativos hacia los demás, incluso actuar de manera cuidadosa para evitar lastimar a otros.

Fenciclidina HCL. Anestésico utilizado en medicina veterinaria; se consume de manera ilegal como alucinógeno, referido como PCP o polvo de ángel.

Fenotipo. Las características de manifestaciones físicas que identifican un genotipo particular. Los ejemplos de fenotipos incluyen color de ojos, peso, tipo de sangre, lenguaje y estilo de peinado. Los fenotipos pueden ser genéticos o adquiridos.

Fetichismo. Trastorno parafílico caracterizado por recurrentes impulsos y fantasías sexuales que incluyen el uso de objetos inanimados.

Fetichismo travestístico. Impulsos recurrentes y fantasías de excitación sexual que incluyen vestirse con las ropas del género opuesto.

Flexibilidad cérea. Condición por la cual el individuo con esquizofrenia flexiona de manera pasiva todas las partes móviles del cuerpo con cualquier esfuerzo por colocarlas en ciertas posiciones.

Fobia. Miedo irracional.

Fobia específica. Miedo persistente a un objeto o situación específica, diferente a tener miedo de ser incapaz de una situación (agorafobia) o el miedo a ser humillado en situaciones sociales (fobia social).

Fobia social. El miedo de ser humillado en situaciones sociales.

Focus Charting®. Tipo de documentación que presenta el formato de datos, acción y respuesta (DAR). La principal perspectiva un paciente “enfocado”, lo que puede ser un diagnóstico de enfermería, un interés del paciente, cambio en el estatus o un evento significativo en la terapia del paciente. El enfoque no puede ser un diagnóstico médico.

Forense. Que pertenece a la ley; legal.

Formación de reacción. Es la prevención de pensamientos o comportamientos inaceptables o indeseables que se expresan como pensamientos opuestos exagerados o tipos de comportamientos.

Fractura conyugal. Un estado de grave desequilibrio crónico y discordante dentro de la diada marital, con amenazas recurrentes de separación.

Froteurismo. Un trastorno parafílico caracterizado por la preocupación recurrente con intensos impulsos o fantasías que incluyen tocar o frotarse contra una persona sin su consentimiento.

Fuga. Un viaje repentino e inesperado a lugares lejanos de casa o trabajo para asumir una nueva identidad, la cual se

acompaña por la incapacidad para recordar la identidad previa; por lo general se presenta en respuesta a grave estrés psicológico.

G

Generalización de estímulos. Proceso por el cual una respuesta condicionada suele ser provocada a partir de todos los estímulos *similares* a uno del cual se aprende la respuesta.

Genograma. Representación gráfica de un sistema familiar, que puede abarcar varias generaciones. El énfasis está en los papeles familiares y relaciones familiares entre sus miembros. Los genogramas facilitan el reconocimiento de áreas que requieren cambios.

Genotipo. La serie completa de genes presentes en un individuo en el momento de la concepción y codificado en el ADN.

Geriatría. Rama de la medicina clínica especializada en la atención de los adultos mayores e interesados con los problemas del envejecimiento.

Geropsiquiatría. Rama de la medicina clínica especializada en la psicopatología en los adultos mayores.

Gerontología. El estudio del envejecimiento normal.

Gi (chi, chi'i, ki). En la medicina china, la energía sanadora que fluye a través de las líneas en el cuerpo llamados meridianos.

Ginecomastia. Agrandamiento de las mamas en varones; puede ser un efecto colateral de algunos medicamentos antipsicóticos.

Golpear a la abuelita/o. Término generado por los medios para el abuso de los adultos mayores.

Gonorrea. Infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* que provoca inflamación de la mucosa genital. Se utilizan antibióticos, en particular penicilina, en el tratamiento; y en caso de no tratarse se pueden presentar complicaciones graves.

Gráficos PIE. Llamado “APIE”, este método de documentación tiene un formato para la valoración, presentación de problema, intervención y evaluación (APIE); es un sistema orientado al problema utilizado para registrar el proceso de enfermería.

Grupo terapéutico. Difiere de la terapia de grupo en que hay un menor grado de fundación teórica. El enfoque está en las relaciones de grupo, las interacciones entre los miembros del grupo y la consideración de un tema seleccionado. Los líderes de los grupos terapéuticos no requieren el grado de preparación educacional necesarios de líderes de terapia de grupo.

Grupos relacionados por diagnóstico (DRG). Sistema utilizado para determinar los pagos prospectivos para reembolsar la atención hospitalaria en el diagnóstico del paciente.

H

Hipersomnia. Somnolencia excesiva o tratar de dormir demasiado.

Hipertensión esencial. Elevación persistente de la presión arterial por la cual no hay causa aparente o enfermedad subyacente relacionada.

Hipnosis. Tratamiento para los trastornos producidos por ansiedad reprimida. El individuo es conducido a un estado de subconciencia y se le ayuda, por sugerencias, a recordar ciertos eventos que no se pueden rememorar de manera consciente.

Hipocondriasis. Preocupación no realista con el miedo de tener una enfermedad grave.

Hipomanía. Una leve forma de manía. Los síntomas son excesiva hiperactividad, pero no lo bastante grave para causar alteración evidente en el funcionamiento social o laboral o para requerir hospitalización.

Histeria. Trastorno polisintomático caracterizado por múltiples y recurrentes quejas somáticas, con frecuencia descritas de manera dramática.

Homocisteína. Aminoácido producido por el catabolismo de la metionina. Las concentraciones elevadas pueden estar relacionadas con el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Homosexualidad. Preferencia sexual por personas del mismo género.

Hospicio. Centro de atención que corresponde a un programa que proporciona atención paliativa y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surgen por tensiones físicas, psicosociales, espirituales, sociales y económicas que se experimentan durante las etapas finales de enfermedades terminales y durante el duelo.

Humores. Los cuatro fluidos corporales descritos por Hipócrates: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Hipócrates relacionaba la enfermedad mental, así como la locura con el desequilibrio en estos cuatro fluidos.

I

Ideas delirantes. Creencias personales falsas, no consistentes con la inteligencia o antecedentes culturales de la persona. El individuo presenta creencias a pesar de pruebas obvias de que son falsas o irracionales.

Identidad personal. Percepción propia del individuo que define sus funciones como observador, muestra estándar y autoevaluación. Se esfuerza por conservar su autoimagen estable sobre el ambiente y sí mismo.

Identificación. Intento por aumentar la autovalía por adquisición de ciertos atributos y características de una persona que se admira.

Ilusión. Percepción equivocada de un estímulo externo real.

Imagen corporal. La percepción del propio cuerpo. Puede ser como se piensa que otros perciben nuestro cuerpo. (Ver también **ser físico**.)

Imaginería mental. Método de reducción de estrés que emplea la imaginación. El individuo enfoca su imaginación en un escenario que es particularmente relajante (p. ej., una escena en una playa tranquila, una atmósfera de montaña o flotar en el aire o en una nube blanca).

Inadaptación. Incapacidad del cuerpo para regresar a la homeostasis después de una respuesta fisiológica o psicológica al estrés, disruptión de la integridad del individuo.

Incesto. Explotación sexual a un menor de 18 años por un pariente o por una persona que está en posición de confianza en la familia.

Inconexión asociativa. Algunas veces llamada asociaciones inconexas, un proceso de pensamiento caracterizado por discursos en los cuales las ideas cambian de un tema no relacionado con otro. El individuo está inconsciente de que los temas no se relacionan.

Infección oportunista. Infecciones por cualquier microorganismo, pero en especial hongos y bacterias, que ocurren en la oportunidad facilitada por el estado fisiológico del hospedero. Las infecciones oportunistas son una característica definida del SIDA.

Inferencia arbitraria. Un tipo de error de pensamiento en el cual el individuo, de manera automática, llega a la conclusión sobre un incidente sin hechos que la apoyen; incluso algunas veces a pesar de evidencia contradictoria que la apoye.

Inhibición recíproca. También llamada contracondicionamiento, esta técnica sirve para disminuir o eliminar un comportamiento por introducción de un comportamiento de adaptación, pero uno que es compatible con el comportamiento inaceptable (p. ej. introducir técnicas de relajación a una persona ansiosa; relajación y ansiedad son comportamientos incompatibles).

Insomnio. Dificultad para dormir o permanecer dormido.

Integración. Proceso utilizado con individuos con trastorno de identidad disociativa, con la finalidad de constituir todas las personalidades en una; por lo general se realiza por medio de hipnosis.

Intelectualización. Intento por evitar la expresión de emociones relacionadas con una situación estresante por medio de procesos intelectuales de lógica, razonamiento y análisis.

Intervención en crisis. Un tipo de ayuda de emergencia en la cual el interventor se vuelve parte de la situación de vida del individuo. El enfoque es proporcionar guías y apoyo para ayudar a movilizar los recursos necesarios para resolver la crisis y restaurar o generar una mejoría

hacia el nivel previo de funcionamiento. Por lo general tarda de seis a ocho semanas.

Intervención paradójica. En terapia familiar, “prescripción del síntoma”. El terapeuta requiere que la familia continúe en el comportamiento que están tratando de cambiar. La tensión se alivia y la familia es capaz de ver con más claridad las soluciones posibles al problema.

Introyección. Las creencias y valores de otra persona son interiorizados y de manera simbólica se vuelven parte de sí mismo, al grado de perder la sensación de separación o distinción.

Inundación. Algunas veces llamada terapia implosiva, esta técnica es utilizada para desensibilizar a los individuos a estímulos fóbicos. El individuo es “inundado” (saturado) con una presentación continua (por lo general por medio de imágenes mentales) del estímulo fóbico hasta que no provoca ansiedad.

J

Juego patológico. Incapacidad para resistir los impulsos de jugar; comportamiento de juego que compromete, afecta o daña objetivos personales, familiares o vocacionales.

Jugadores Anónimos (JA). Organización de terapia de grupo y de inspiración, modelada por Alcohólicos Anónimos (AA), para individuos que lo desean pero no pueden dejar de jugar.

Justicia. Principio ético que refleja que todos los individuos deben ser tratados con igualdad y claridad.

K

Kantianismo. Principio ético que expone que se deben tomar decisiones y realizar acciones con un sentido del deber.

L

La bella indiferencia. Un síntoma de trastorno de conversión en el cual existe una relativa falta de preocupación por la gravedad del padecimiento.

Laissez-faire (no intervención). Un tipo de liderazgo en el cual el responsable permite que los miembros del grupo hagan lo que quieran; es decir, no hay dirección por parte del líder. La productividad de los miembros y la moral son bajos, provocados por la falta de dirección.

Lesbiana. Mujer homosexual.

Lesiones emocionales de un niño. Patrón de comportamiento por parte de los padres o persona a cargo de un menor, el cual provoca graves alteraciones del funcionamiento social, emocional o intelectual del niño.

Ley civil. La ley que protege los derechos privados y de propiedad de individuos y empresas.

Ley común. Las leyes que se derivan de decisiones tomadas en casos previos.

Ley criminal. La ley proporciona protección de conducta considerada perjudicial para el bienestar público. Proporciona castigo a aquellos que incurren en dicha conducta.

Ley estatutaria. Ley que se promulgó por cuerpos legislativos, como el condado o concejo de la ciudad, legislatura estatal, o el Congreso de Estados Unidos.

Libido. Término acuñado por Freud para nombrar la energía psíquica utilizada para satisfacer necesidades fisiológicas básicas o impulsos instintivos como hambre, sed y deseo sexual.

Límites. El grado de participación e interacción entre individuos y entre subsistemas. Estas medidas denotan el espacio físico y psicológico que los individuos identifican como propios. Dichos límites son apropiados cuando permiten un contacto adecuado con otras personas, mientras que previenen interferencia excesiva. Los límites se pueden definir con claridad (de manera saludable) o de forma rígida o difusa (de manera no saludable).

Límites flexibles. Un límite personal es flexible cuando, debido a circunstancias inusuales, los individuos pueden alterar los límites que se han puesto para sí mismos. Los límites flexibles son saludables.

Límites rígidos. Una persona con límites rígidos es “cerrada” y es difícil que se comprometa. Tales personas tienen una perspectiva muy cerrada de la vida, ven las cosas desde un punto de vista único y no pueden discutir temas que estén fuera de su perspectiva.

Linfadenopatía generalizada persistente (PGL). Una condición frecuente en individuos infectados por VIH, en la cual los nódulos linfáticos aumentan más de un cm de diámetro a dos en sitios extrainguinales persistiendo por tres meses o más; no se atribuye a otras causas y no se relaciona con otros síntomas constitucionales importantes.

Linfocito T-4. Células linfocitarias que son el primer blanco de VIH. Estas células son destruidas por el virus, causan la depleción de las células T4 relacionadas con la infección por VIH.

Luto. En la cultura mexicana-americana, el periodo de duelo después de la muerte de un ser querido que se simboliza por usar ropa negra, negra y blanca u oscura y por comportamiento apagado.

M

Madurez cognitiva. Capacidad para realizar todas las operaciones mentales necesarias para la adultez.

Magnificación. Tipo de pensamiento en el cual la importancia negativa de un evento se exagera.

Mala práctica. El fracaso de un profesional para brindar sus servicios al ejercer en el grado de habilidades y aprendizaje que aplican en todas las circunstancias el promedio de los miembros prudentes de la profesión y que resulte en lesión, pérdida o daño a quien recibe dichos servicios o aquellos en quienes confiaron.

Maltrato, golpiza. Un patrón repetido de ataques físicos, por lo general de una mujer por su esposo o pareja íntima. Los hombres también pueden ser golpeados, aunque ocurre con mucho menos frecuencia.

Manejo de caso. Proceso para brindar atención a la salud, los objetivos son proporcionar atención a la salud adecuada, reducir la fragmentación, mejorar la calidad de vida del paciente y limitar los costos. Una persona responsable del manejo de un caso coordina la atención del paciente desde la admisión hasta el alta del paciente y algunas veces después de ésta. Las vías críticas de atención son los instrumentos utilizados para la provisión de atención en un sistema de manejo de caso.

Manejo de estrés. Varios métodos utilizados por los individuos para reducir la tensión y otras respuestas de inadaptación que estresan sus vidas; incluye ejercicios de relajación, ejercicio físico, música, imágenes mentales o cualquier otra técnica que sea exitosa para la persona.

Manía. Un tipo de trastorno bipolar en el cual el ánimo predominante es elevado, expansivo o irritable. La actividad motora es frenética y excesiva. Las características psicóticas pueden o no estar presentes.

Manía, delirante. Forma grave de manía caracterizada por delicada obnubilación de la conciencia; representa una intensificación de los síntomas relacionados con la manía. Los síntomas de manía delirante son raros desde que se utilizan medicamentos antipsicóticos.

Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Texto revisado, 4a. ed., (DSM-IV-TR). La nomenclatura estándar de enfermedades emocionales publicada por la Asociación Americana Psiquiátrica (APA) y utilizada por todos los practicantes de atención a la salud. Clasifica las enfermedades mentales al tiempo que presenta lineamientos y criterios de diagnóstico para varios trastornos mentales.

Masoquismo. Estimulación sexual derivado de ser humillado, golpeado, doblegado o sufrir de alguna otra forma.

Mecanismos de defensa del Yo. Estrategias empleadas por el Yo para protegerse al enfrentar alguna amenaza a la integridad biológica o psicológica. (Ver mecanismos de defensa individual.)

Medicina alopática. Prácticas de medicina convencional. El tipo que se practica en la actualidad en Estados Unidos y se enseña en las escuelas de medicina de ese país.

Medicina alternativa. Prácticas que difieren de la medicina convencional (alopática).

Medicina complementaria. Prácticas que difieren de la medicina usual (alopática), pero puede de hecho servir de apoyo de manera positiva.

Medicina tradicional. Un sistema de atención a la salud en varias culturas que es proporcionada por un practicante local, sin entrenamiento profesional, pero que utiliza técnicas específicas a la cultura del arte de la sanación.

Meditación. Método de relajación en la cual el individuo se sienta en un lugar tranquilo y enfoca su total concentración en un objeto, palabra o pensamiento.

Melancolía. Forma grave de un episodio de depresión mayor. Los síntomas son exagerados y se manifiestan con una pérdida de interés o placer por casi todas las actividades.

Memoria a corto plazo. La capacidad de recordar eventos que se presentaron de manera reciente. Esta capacidad se deteriora con la edad.

Memoria a largo plazo. Memoria para eventos remotos o aquellos que se presentaron hace varios años. El tipo de memoria que se preserva en los adultos mayores.

Menopausia. El periodo que marca el cese permanente de la menstruación; por lo general ocurre alrededor de los 48 a los 51 años de edad.

Meridianos. En la medicina china, las vías a lo largo del cuerpo en las cuales la energía sanadora (che) fluye y se relacionan los acupuntos.

Miliéu (medio). La palabra francesa “medio”; la traducción en español connota “alrededor, ambiente o entorno”.

Minimización. Un tipo de pensamiento en el cual el significado positivo se minimiza o se devalúa.

Modelo. Aprendizaje de comportamientos por imitación de los comportamientos de otras personas.

Modificación del comportamiento. Una modalidad de terapia que ayuda a cambiar comportamientos indeseables, con el uso de un sistema de reforzamiento para provocar las modificaciones deseadas.

N

Narcolepsia. Trastorno en el cual la manifestación característica es la presentación de ataques de sueño. El individuo no puede prevenir quedar dormido, incluso en medio de una oración o mientras realiza una tarea.

Nave de tontos. El término dado durante la Edad Media a los botes llenos con personas con enfermedades mentales que son enviadas al mar con pocas instrucciones y en busca de su racionalidad perdida.

Negación. Rechazo al reconocimiento de la existencia de una situación real o sentimientos relacionados con la misma.

Negativismo. Fuerte resistencia a sugerencias o direcciones; la exhibición de comportamientos contrarios a lo que se espera.

Negligencia. El fracaso para hacer lo que haría una persona razonable, guiada por aquellas consideraciones que de manera ordinaria regulan los asuntos humanos, o hacer algo que una persona prudente y razonable no haría.

Negligencia emocional de un niño. Falla crónica por parte de los padres o responsable a brindar al niño con esperanza, amor y apoyo necesarios para el desarrollo de una adecuada personalidad saludable.

Negligencia física de un niño. Incapacidad por parte de los padres o personas a cargo para proveer las necesidades básicas del niño como alimentación, ropa, refugio, atención médica y dental, y supervisión.

Neologismo. Nuevas palabras que un individuo inventa pero que no tienen significado para los demás, aunque sí para la persona psicótica.

Neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP). Infección fatal oportunista más común vista en paciente con SIDA. Los síntomas incluyen fiebre, disnea y tos no productiva.

Neuroendocrinología. El estudio del funcionamiento de las hormonas en el sistema neurológico.

Neuroléptico. Medicamento antipsicótico utilizado para prevenir o controlar síntomas psicóticos.

Neurona. Célula nerviosa; consiste de cuerpo celular, un axón y dendritas.

Neurotransmisores. Sustancia química que se almacena en las terminales de los axones de la unión presináptica. Un impulso eléctrico a través de la neurona estimula la liberación del neurotransmisor en la brecha sináptica, que a su vez determina si se genera otro impulso eléctrico.

O

Obesidad. Es la manifestación de un índice de masa corporal por arriba de 30.

Objetivos de comportamiento. Manifestaciones que indican a un individuo lo que se espera de él. Los objetivos de comportamiento son una forma de medir los resultados aprendidos y se basan en dominios afectivos, cognitivos, así como psicomotores de aprendizaje.

Orgasmo. Máximo de placer sexual, con liberación de tensión sexual y contracciones ritmicas y los músculos perineales y órganos reproductivos pélvicos.

Orientador. Es una persona que escucha cómo el paciente revisa los sentimientos relacionados con las dificultades que experimenta en cualquier aspecto de su vida; uno de las papeles identificados para la enfermería por H. Peplau.

Osteoporosis. Reducción en la masa ósea por unidad de volumen que interfiere con la función mecánica de apoyo del hueso. Este proceso se presenta por la desmineralización de los huesos y aumenta en las mujeres durante la menopausia.

P

Pago prospectivo. El contenido de costos de un programa dentro de la profesión de la salud dirigido a las cantidades preestablecidas que pueden ser reinvertidas para diagnósticos específicos.

Palilalia. Repetición de los propios sonidos o palabras (un tipo de tics vocales relacionadas con el síndrome de Tourette).

Parafilias. Comportamientos repetitivos o fantasías que incluyen objetos no humanos, sufrimiento real o simulado o humillación o personas sin consentimiento.

Paralenguaje. El componente gestural de la palabra hablada. Consiste en la inflexión de la voz, tono y volumen de los mensajes hablados, la velocidad, pausas y énfasis asignados a ciertas palabras.

Paranoia. Término que implica extrema suspicacia. La esquizofrenia paranoide se caracteriza por ideas delirantes de persecución y alucinaciones de naturaleza intimidante.

Parasomnias. Comportamientos inusuales o indeseables que se presentan durante el sueño (p. ej., pesadillas, terrores nocturnos y caminar dormidos).

Patrón de respuesta expresada. Patrón de comportamiento en el cual la víctima de violación expresa sentimientos de temor, enojo y ansiedad por medio de comportamientos como llanto, sollozos, sonrisas, inquietud y tensión; en contraste con el comportamiento de la víctima de violación que retiene sentimientos en el patrón de respuesta controlada.

Pedofilia. Impulsos recurrentes y fantasías con excitación sexual que incluyen actividad sexual con un niño prepúber.

Pelear o huir. Síndrome de síntomas físicos que resultan de una percepción real o percibida de daño o peligro inminente.

Pensamiento catastrófico. Siempre se piensa que va a ocurrir lo peor sin considerar la posibilidad de resultados positivos.

Pensamiento concreto. Aquellos procesos de pensamiento enfocados más a asuntos específicos que en generalidades y asuntos inmediatos además de los resultados eventuales. Los individuos que experimentan pensamientos concretos son incapaces de comprender la terminología abstracta.

Pensamiento dicotómico. En este tipo de pensamiento las situaciones son vistas en términos de todo-o-nada, blanco-o-negro, bueno-o-malo.

Pensamiento mágico. Una forma primitiva de pensamiento en el cual una persona cree que el pensamiento sobre una posibilidad hace que suceda.

Pensamientos automáticos. Los pensamientos que ocurren con rapidez en respuesta a una situación y sin análisis racional. Con frecuencia son negativos y se basan en lógica errónea.

Perseveración. La repetición persistente de la misma palabra o idea en respuesta a diferentes preguntas.

Personalidad. Patrones conectados de manera profunda del comportamiento, lo que incluye la forma en que se relaciona con, percibe, y piensa sobre el entorno y de sí mismo.

Personalidad de migraña. Las características de personalidad que se atribuyen a la persona con migrañas; incluyen ser un perfeccionista, demasiado detallista, inflexible, ordenado, compulsivo, trabaja en exceso, inteligente, preciso y tiene en alta estima el éxito. Las expectativas son muy elevadas (algunas veces no realistas) en sí mismo y en los demás.

Personalidad tipo A. Características de la personalidad atribuidas a los individuos predisponentes a enfermedad coronaria, que incluyen manejar de manera competitiva, sensación crónica de urgencia, enojo con facilidad, agresividad, ambición excesiva, e incapacidad para disfrutar del tiempo libre.

Personalidad tipo B. Características de personalidad atribuidas a individuos no predisponentes a enfermedad coronaria; incluye rasgos como capacidad de desempeñarse aun bajo presión pero sin la competitividad y constante sensación de urgencia que experimenta la personalidad tipo A. Las personas tipo B pueden disfrutar del tiempo libre sin sentir culpa, son mucho menos impulsivas que los individuos de la personalidad anterior y piensan las cosas antes de tomar decisiones.

Personalidad tipo C. Características de personalidad atribuidas a individuos predisponentes a cáncer. Incluyen rasgos como supresión de la ira, calma, pasividad, se anteponen las necesidades de otras personas a las propias, y se guarda resentimiento porque se perciben como "equivocados".

Personalidad tipo D. Características de personalidad atribuidas a individuos con riesgo de morbilidad y mortalidad por problemas cardiovasculares. Las características incluyen una combinación de emociones negativas e inhibición social.

Personalización. Tomar la responsabilidad completa por las situaciones sin considerar las otras circunstancias que pueden contribuir al resultado.

Piromanía. Incapacidad para resistir el impulso de iniciar incendios.

Postura. Asumir de manera voluntaria posiciones inapropiadas o extrañas.

Precauciones con base en la transmisión. Los lineamientos establecidos por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) diseñados para pacientes documentados o sospechosos de estar infectados por patógenos importantes epidemiológicos transmisibles, por las cuales las precauciones adicionales son necesarias más allá de las precauciones estándar para interrumpir la transmisión en hospitales. Existen tres tipos de precauciones con base en la transmisión: precauciones de contaminación aérea, precauciones de contaminación por aerosoles; precauciones de contaminación por contacto.

Precauciones estándar. Lineamientos establecidos por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), diseñados por reducir el riesgo de transmisión de patógenos de sustancias corporales húmedas. Las precauciones estándar aplican para sangre; todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones excepto el sudor; piel lesionada; y membranas mucosas.

Precauciones universales. Los lineamientos establecidos por los Centros de Control de Enfermedades, en el cual precauciones especiales de barrera (p. ej., guantes, mascarillas, protección para los ojos) se deben utilizar en TODOS los individuos con quienes existe el riesgo de exposición a la sangre o fluidos corporales.

Presenil. Perteneciente a la adultez mayor prematura como condición mental o física. En la demencia de inicio presenil los síntomas se presentan a los 65 años o poco antes.

Prevención primaria. Reducción de la incidencia de trastornos mentales dentro de la población para ayudar a los individuos a enfrentar de manera más eficiente con el estrés y por disminución de los factores estresantes en el ambiente.

Prevención secundaria. La atención a la salud que se dirige a la reducción de la prevalencia de enfermedad psiquiátrica por reducción del curso (duración) de la enfermedad. Ésta se realiza por identificación temprana de problemas e inicio rápido del tratamiento.

Prevención terciaria. La atención de la salud que se dirige a reducir los efectos residuales relacionados con enfermedad mental o física crónica o grave.

Priapismo. Erección del pene dolorosa y prolongada, que se puede presentar como un efecto adverso de algunos medicamentos antidepresivos, en particular trazodona.

Principio Premack. Este principio establece que una respuesta que ocurre con frecuencia (R1) puede servir como un reforzamiento positivo para una respuesta (R2) que se presenta con menos frecuencia. Por ejemplo, una chica puede hablar con sus amigos por teléfono (R2) sólo si hace su tarea (R1).

Proceso de enfermería. Es el desarrollo sistemático y dinámico a través del cual el personal de enfermería valora, diagnostica, identifica resultados, planifica, realiza y evalúa la atención de enfermería. Se llama “metodología científica de enfermería”. El proceso de enfermería da orden y consistencia a la intervención de enfermería.

Programas de apoyo de pares. Establecido por la Asociación Americana de Enfermeras para ayudar a personal de enfermería con alteraciones. Los individuos que administran estos esfuerzos son enfermeras de asociaciones estatales, como también personas en recuperación.

Proyección. Atribución de los sentimientos de otra persona o los impulsos inaceptables a uno mismo.

Pseudociesis. Condición en la cual una persona tiene casi todos los signos y síntomas de gestación pero sin producto; una reacción de conversión.

Pseudodemencia. Síntomas de depresión que se asemejan a los de la demencia.

Pseudohostilidad. Patrón de interacción familiar caracterizado por un estado de conflicto crónico y alienación entre los miembros de la familia. Este patrón de relaciones permite que los miembros de la familia nieguen los miedos subyacentes de ternura e intimidad.

Pseudomutualidad. Patrón de interacción familiar caracterizado por una fachada de consideración mutua con el propósito de negar los temores subyacentes de separación y hostilidad.

Psicodrama. Tipo especializado de terapia de grupo que emplea un acercamiento dramático en el cual los pacientes se convierten en “actores” en escenarios de situaciones de vida. El objetivo es resolver conflictos interpersonales en una atmósfera menos amenazante que la situación real.

Psicofisiológico. En referencia a los factores psicológicos que contribuyen al inicio y exacerbación de una condición física. Ya sea que se demuestre una patología orgánica o un proceso patofisiológico conocido.

Psicoimmunología. El estudio de las implicaciones del sistema inmunitario en psiquiatría.

Psicosis de Korsakoff. Síndrome de confusión, pérdida de memoria reciente y confabulación en alcoholícos, causado por una deficiencia de tiamina. Con frecuencia se presenta junto con encefalopatía de Wernicke y puede llamarse síndrome Wernicke-Korsakoff.

Psicosomático. Ver *Psicofisiológico*.

Q

Quiropráctico. Sistema de medicina alternativa basada en la premisa de que la relación entre la estructura y la función en el cuerpo es un significativo factor de salud y que tales relaciones entre la columna vertebral y el sistema nervioso son importantes por la transmisión y

expresión de energía nerviosa y son esenciales para la restauración y se mantienen sanos.

R

Racionalización. El intento por excusar o formular razones lógicas para justificar sentimientos o comportamientos inaceptables.

Reacción. La expresión de comportamiento de emoción. Puede ser apropiada (congruente con la situación), inapropiada (incongruente con la situación), contraída o débil (variación e intensidad disminuidas), o indiferente (ausencia de expresión emocional).

Reacción compleja a la violación. Síntomas adicionales a la respuesta típica de violación de quejas físicas, ira, humillación, temor, así como alteraciones en el sueño. Incluyen depresión y suicidio, abuso de sustancias e incluso comportamientos psicóticos.

Reacción silenciosa a la violación. La respuesta a una víctima de violación en la cual la persona no habla sobre el ataque.

Reencuadre. Cambio del escenario conceptual o emocional o punto de vista en relación en la cual se experimenta una situación pero con otras referencias de la misma situación igual o mejor y, por lo tanto, se cambia el significado completo. El comportamiento puede no cambiar en realidad, pero las consecuencias del comportamiento modifican el significado relacionado con el comportamiento.

Reestructuración cognitiva. En terapia cognitiva, con este método el especialista ayuda al paciente a examinar la validez de un pensamiento automático negativo. Incluso si existe cierta validez, el paciente es alentado a revisar formas para enfrentar de manera apropiada, para superar la presente situación.

Reforzamiento negativo. Aumentar la probabilidad de que ocurra un comportamiento por eliminación de un estímulo de reforzamiento no deseado.

Reforzamiento positivo. Estímulo que aumenta la probabilidad de que se recurra a un comportamiento.

Refugios. Varios lugares diseñados para ayudar a personas sin hogar, que van desde almacenes transformados que proporcionan catres o espacios en el piso por la noche, hasta establecimientos importantes que brindan una multitud de servicios sociales y de atención a la salud.

Registro orientado al problema (POR). Sistema de documentación que sigue un formato subjetivo, objetivo, valoración, planificación, realización y evaluación (SOAPIE). Se basa en una lista de problemas identificados del paciente al cual se dirige la atención.

Regresión. Una imagen de un nivel más temprano de desarrollo y el confort se mide en relación con el nivel de funcionamiento.

Relación simbiótica. Tipo de “ fusión psíquica” que se presenta entre dos personas; no es saludable ya que genera ansiedad grave en una o ambas personas si se separan. Una relación simbiótica es normal entre un infante y su madre.

Relajación progresiva. Método de relajación muscular profunda en la cual cada grupo muscular se tensa de manera alterna y se relaja en un orden sistemático con la persona en concentración en el contraste de las sensaciones experimentadas de tensar y relajar.

Religión. Una serie de creencias, valores, ritos, y rituales adoptados por un grupo de personas. Las prácticas son garantizadas por lo general en las enseñanzas de un líder espiritual.

Religiosidad. Demostración excesiva de una obsesión con ideas religiosas y comportamiento; comunes en la esquizofrenia.

Represión. Bloqueo involuntario de sentimientos desagradables y experiencias de la propia conciencia.

Responsable de caso. El individuo responsable para negociar con varios proveedores para obtener una variedad de servicios para un paciente.

Retraso psicomotor. Lentitud extrema de los movimientos físicos. Depresiones en la postura; el discurso es lento; la digestión se vuelve inactiva. Es común en depresión grave.

Ritmo circadiano. Un ritmo biológico de 24 horas llamado “ marcador”, situado en el cerebro y que envía mensajes a otros sistemas en el cuerpo. El ritmo circadiano incluye varias funciones reguladoras, que incluyen el ciclo de sueño-vigilia, regulación de temperatura corporal, patrones de actividad tales como comer y beber, y la secreción hormonal y neurotransmisores.

S

Sadismo. Impulsos recurrentes y fantasías de excitación sexual que incluye actos (reales, no estimulados) en el cual el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es la excitación sexual.

Salud mental. Adaptación exitosa a situaciones de estrés tanto internas como del exterior, evidenciada por pensamientos, sentimientos o comportamientos que son apropiados con la edad y congruentes con las normas locales-culturales.

Sarcoma de Kaposi. Las áreas malignas de proliferación celular que inician en piel y después se presentan en otros sitios del cuerpo; se piensa que están relacionados con el estado inmunocomprometido que acompaña al SIDA.

Senil. Perteneciente a la vejez y la debilidad mental o física con la cual algunas veces se relaciona. En el inicio de

la demencia senil, los primeros síntomas aparecen después de los 65 años.

Sensibilización encubierta. Técnica de repulsión utilizada para modificar el comportamiento que se apoya en la imaginación del individuo para producir síntomas desagradables. Cuando la persona está por recaer en un comportamiento indeseable, visualiza algo que sea ofensivo o nauseabundo sobre dicho comportamiento con la finalidad de bloquearlo.

Ser físico. Apreciación personal de un individuo de su propio físico que incluye atributos físicos, funcionamiento, sexualidad, estado de bienestar-enfermedad y apariencia.

Ser moral-ético. Ese aspecto de la identidad personal que funciona como observador, escenario muestra, soñador, comparador y evaluador de lo que dice el individuo que es. Este componente de la identidad personal hace juicios que influyen en la evaluación de sí mismo.

Ser personal. Ver *Identidad personal*.

Seroconversión. Desarrollo de evidencia de respuesta de anticuerpos a una enfermedad o vacuna. El tiempo en el cual los anticuerpos pueden ser detectados en la sangre.

Shiva. En la cultura judío-americana, después de la muerte de un ser querido, *shiva* es el periodo de siete días que empieza con el entierro. Durante este tiempo, los dolientes no trabajan y no se permite ninguna actividad que distraiga la atención de la persona fallecida.

SIDA. Véase síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Sífilis. Infección sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* y resulta en chancros en la piel o membranas mucosas de los órganos sexuales. En caso de no tratarse, se puede volver sistémica. La etapa terminal de la enfermedad tiene efectos profundos, como ceguera y locura.

Simpatía. Compartir pensamientos y comportamientos. Difiere de la empatía en que con ésta se experimenta un entendimiento objetivo de lo que otra persona siente, más que compartir de hecho esos sentimientos.

Sinapsis. La unión entre dos neuronas. El pequeño espacio entre las terminales de los axones de una neurona y el cuerpo celular o las dendritas de otra se llama brecha sináptica.

Síndrome de desgaste por VIH. Ausencia de enfermedad concurrente con infección por VIH, y presencia de lo siguiente: fiebre, pérdida de peso, y diarrea crónica.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Una condición en la cual el sistema inmunitario se vuelve deficiente en la prevención de infecciones oportunistas, enfermedades y padecimientos neurológicos. Es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se transmite de un individuo a otro a través de fluidos corporales.

Síndrome neuroléptico maligno (NMS). Una rara pero potencial complicación de tratamiento con fármacos neurolépticos. Los síntomas incluyen rigidez muscular grave, fiebre muy alta, taquicardia, fluctuaciones en la presión arterial, diaforesis y deterioro rápido del estado mental, desde estupor hasta el coma.

Síndrome vespertino. Fenómeno de demencia en el cual los síntomas parecen empeorar al final de la tarde y en la noche.

Síntomas extrapiramidales (EPS). Una variedad de respuestas que se originan fuera de los tractos piramidales y en los ganglios basales del cerebro. Los síntomas pueden incluir temblores, corea, distonía, acinesia, acatisia y otros. Pueden presentarse como un efecto colateral de algunos medicamentos antipsicóticos.

Sistema familiar. Sistema en el cual las partes del todo pueden ser la diada marital, diada padre-hijo, o grupos de hermanos. Cada uno de estos subsistemas se divide a su vez en subsistemas de individuos.

Sistema límbico. La parte del cerebro que algunas veces se llama “cerebro emocional”. Está asociado con sentimientos de miedo y ansiedad; enojo y agresión; amor, gozo y esperanza; y con el comportamiento sexual y social.

Sitios receptores. Las moléculas que se encuentran en la membrana celular de la neurona postsináptica que acepta sólo moléculas con una forma complementaria. Estas moléculas son específicas para ciertos neurotransmisores que determinan si un impulso eléctrico los excita o inhibe.

Sobrecarga de duelo. Acumulación de duelo que se presenta cuando un individuo experimenta muchas pérdidas en un corto periodo y es incapaz de resolver un duelo antes de experimentar el siguiente. Este fenómeno es común entre los adultos mayores.

Sobregeneralización. También llamada “pensamiento absolutista”. En este tipo de pensamiento se hacen conclusiones a la ligera con base en un incidente —un tipo de pensamiento “todo o nada”.

Sobresensibilización. Tipo de terapia de repulsión que produce consecuencias no placenteras por un comportamiento indeseable. Un ejemplo es el uso de terapia de disulfiram con alcohólicos, lo que induce una respuesta física indeseable si el individuo consume alcohol.

Somatización. Método de enfrentamiento con estrés psicosocial por desarrollo de síntomas físicos.

Sublimación. La recanalización de iniciativas o impulsos inaceptables en lo personal o social en actividades que sean más tolerables y constructivas.

Subluxación. Término utilizado en la medicina quiropráctica para describir vértebras en la columna vertebral que se han desplazado, tal vez presionando nervios e interfiriendo con la transmisión nerviosa normal.

Subsistemas. Las unidades más pequeñas de las cuales componen un sistema. En la teoría de sistemas familiares, los subsistemas se componen de marido-mujer, padre-hijos o hermano-hermano.

Suicidio altruista. Suicidio basado en el comportamiento de un grupo en el cual un individuo está muy integrado.

Suicidio anómico. Suicidio que ocurre en respuesta a cambios en la vida de un individuo que son causados por una disruptión en la unión dentro de un grupo y lo que ocasiona que la persona no sienta apoyo de la previa cohesión del grupo.

Suicidio egoísta. La respuesta de un individuo que se siente separado y apartado de la corriente principal de la sociedad.

Superyó. Uno de los tres elementos de la personalidad identificados por Freud que representa la conciencia y se colocan las restricciones determinadas culturalmente en un individuo.

Supresión. Bloqueo voluntario de la conciencia de la persona de sentimiento y experiencias desagradables.

Sustituto. Quien sirve como figura suplente para otra.

T

Tangencialidad. Incapacidad para llegar a un punto en una historia. La persona que habla introduce tantos temas no relacionados, hasta que se pierde el asunto original de la discusión.

Técnica de detener el pensamiento. Técnica auto-didacta que un individuo utiliza cada vez que deseé eliminar pensamientos negativos o desagradables e indeseados a la conciencia.

Temperamento. Serie de características de personalidad innatas que influyen en la forma en que el individuo reacciona en el ambiente y, por último, influye en el progreso del desarrollo.

Teoría de desapego. La hipótesis de que existe un proceso de retraimiento mutuo de personas mayores y la sociedad de otra que se correlaciona con envejecimiento exitoso. Esta teoría ha sido desafiada por muchos investigadores.

Teoría de la ley natural. Teoría ética que tiene su precepto moral en “haz el bien y evita el mal” a toda costa. La ética de la ley moral está basada en el interés por el bienestar de la humanidad, que se funda en la capacidad del hombre para vivir según le dicta la razón.

Teoría del apego. La hipótesis de que los individuos que mantienen relaciones cercanas con otros, hasta la que son mayores, parecen ser más independientes y es menos probable que sean institucionalizados que aquellos que no.

Terapia cognitiva. Un tipo de terapia en la cual al individuo se le enseña a controlar los pensamientos distorsio-

nados que se consideran un factor en el desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales.

Terapia de coma por insulina. La inducción de un coma hipoglucémico para aliviar síntomas psicóticos; un procedimiento peligroso, con efectividad cuestionable y que ya no se utiliza en psiquiatría.

Terapia de grupo. Grupo de terapia, basado en un marco teórico específico, conducido por una persona con un grado avanzado en psicología, trabajo social, enfermería o medicina. El objetivo es alentar el mejoramiento en el funcionamiento interpersonal.

Terapia de implosión. Ver *Inundación*.

Terapia de reemplazo hormonal (HRT). El proceso de sustitución de las hormonas que están disminuyendo —estrógenos y progesterona en mujeres, testosterona en varones— para prevenir síntomas relacionados con la reducción. Se considera que la terapia de reemplazo en mujeres previene la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Alzheimer, “calores” y resequedad vaginal. El reemplazo de testosterona parece restaurar la libido y el funcionamiento sexual además de mejorar la masa ósea, masa muscular y fuerza en hombres mayores.

Terapia de reminiscencia. Proceso de revisión de vida por personas mayores que promueven autoestima y proporcionan apoyo en el trabajo por medio de conflictos no resueltos del pasado.

Terapia de sustitución. El uso de varios medicamentos para disminuir la intensidad de los síntomas en un individuo que está en abstinencia, o experimenta los efectos del uso de sustancias.

Terapia electroconvulsiva (ECT). Un tipo de tratamiento somático en el cual se aplica corriente eléctrica al cerebro por medio de electrodos colocados en las sienes. Un ataque de epilepsia produce el efecto deseado. Este tratamiento se utiliza en pacientes con depresión grave refractarios a medicamentos antidepresivos.

Terapia familiar. Un tipo de terapia que se enfoca en las relaciones dentro de una familia. La familia es vista como un sistema en el cual los miembros son interdependientes y un cambio en uno crea la transformación en todos.

Terapia fármaco-convulsiva. La inducción química de una convulsión utilizada en el pasado para la reducción de síntomas psicóticos. Tipo de terapia que ya no se utiliza en psiquiatría.

Terapia miliéu. También se llama comunidad terapéutica o ambiente terapéutico, este tipo de terapia consiste de una estructura científica del ambiente con la finalidad de efectuar cambios en el comportamiento y mejorar la salud y funcionamiento psicológico del individuo.

Territorialidad. La tendencia innata de individuos a su propio espacio. Los individuos reclaman las áreas

a su alrededor como propias. Este fenómeno puede influir en la comunicación interpersonal.

Tiempo fuera. Estímulo repulsivo o castigo durante el cual el individuo es retirado del ambiente donde el comportamiento inaceptable se exhibe.

Tiramina. Aminoácido que se encuentra en quesos añejos, madurados y alimentos fermentados; habas, arenques marinados o encurtidos; carne roja o hígado de pollo; carnes conservadas; cerveza y vino; productos de levadura; chocolate; bebidas cafeinadas; higos enlatados, crema ácida; yogurt; salsa de soya; y algunos medicamentos de mostrador para el resfriado y píldoras de dieta. Si los alimentos con elevadas concentraciones de tiramina se consumen mientras se toman inhibidores de monoaminooxidasa, se puede presentar un síndrome potencialmente fatal llamado crisis hipertensiva.

Transexualismo. Trastorno de identidad de género o disforia de género (infelicidad o insatisfacción por el propio género), de la más extrema variedad. El individuo, a pesar de tener características anatómicas de un género determinado, tiene la percepción de ser del género opuesto y puede buscar tener el cambio de género por medio de intervención quirúrgica.

Trastorno autista. El retramiento de un infante o niño en sí mismo y en un mundo de fantasía de su propia creación. Existe una marcada alteración en el funcionamiento interpersonal y la comunicación y en un juego imaginativo. Las actividades y los intereses se restringen y pueden ser considerados un poco extraños.

Trastorno bipolar. Caracterizado por cambios de ánimo de depresión profunda a euforia extrema (manía), con períodos de intervención de normalidad. Pueden presentarse síntomas psicóticos.

Trastorno de ajuste. Reacción de no adaptación a un factor de estrés psicosocial identificable que se presenta aproximadamente en un periodo de tres meses después de iniciado el efecto de estrés. El individuo muestra alteración en el funcionamiento social y ocupacional o manifiesta síntomas que están en exceso de una reacción normal y esperada al factor de estrés.

Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno caracterizado por ansiedad o preocupación crónica (por lo menos seis meses) no realista y excesiva.

Trastorno de estrés postraumático (PTSD). Síndrome de síntomas que se desarrollan después de un evento estresante de manera psicológica que está fuera de la experiencia humana usual (p. ej., violación, guerra). El individuo es incapaz de dejar de pensar en ella, tiene pesadillas, recuerdos repentinos y ataques de pánico.

Trastorno de identidad de género. Sensación de incomodidad relacionada con una incongruencia entre el

género biológico y el género experimentado de manera subjetiva.

Trastorno de pánico. Trastorno caracterizado por ataques de pánico recurrentes, el inicio del cual es impredecible; se manifiesta por aprensión, miedo o terror; con frecuencia relacionados con sentimientos de destino preventivo. Se acompaña por incomodidad física intensa.

Trastorno de personalidad antisocial. Un patrón de comportamiento irresponsable, manipulador y sin culpa, evidente en la tendencia a desconsiderar la ley, desarrollar relaciones estables, o conservar empleos; explotación y manipulación de otras personas para beneficio personal es común.

Trastorno de personalidad esquizoide. Defecto profundo en la capacidad para formar relaciones personales o para responder a otras personas de cualquier forma significativa y emotiva.

Trastorno de personalidad esquizotípica. Trastorno caracterizado por comportamiento extraño y excéntrico, que no se descompensa al grado de la esquizofrenia.

Trastorno de personalidad histrionica. Comportamiento dramático consciente o inconsciente, con el propósito de atraer la atención hacia sí mismo.

Trastorno de personalidad límitrofe. Un trastorno caracterizado por un patrón de relaciones intensas y caóticas, con inestabilidad afectiva, fluctuaciones y actitudes extremas en relación con otras personas; impulsividad, comportamiento autodestructivo directo o indirecto y falta de un claro o certero sentido de identidad, plan de vida o valores.

Trastorno de personalidad narcisista. Trastorno caracterizado por una sensación exagerada de autovalía. Estos individuos carecen de empatía y son hipersensibles a la evaluación de otras personas.

Trastorno disfórico premenstrual. Trastorno que se caracteriza por ánimo deprimido, ansiedad, cambios de ánimo y disminución del interés en actividades durante la semana previa a la menstruación y que continúan poco después de iniciada ésta.

Trastorno distímico. Neurosis depresiva. Los síntomas son similares pero no tan graves como en depresión mayor. No hay pérdida del contacto con la realidad.

Trastorno neurótico. Alteración psiquiátrica, caracterizada por ansiedad excesiva o depresión, disruptión de funciones corporales, relaciones interpersonales insatisfactorias y comportamientos que interfieren con el funcionamiento de rutina. No hay pérdida de contacto con la realidad.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Pensamientos recurrentes o ideas (obsesiones) que un individuo es incapaz de rechazar en su mente y las acciones que un individuo es incapaz de refrenar (compulsiones). Las obsesiones y

compulsiones son lo bastante graves como para interferir con el funcionamiento social y ocupacional.

Trastorno psicótico. Grave trastorno psiquiátrico en el cual hay gran desorganización de la personalidad, una marcada alteración en la prueba de realidad, así como alteración del funcionamiento interpersonal y relación con el mundo externo.

Triángulos. Configuración emocional de tres personas que se considera el bloque básico del sistema familiar. Cuando la ansiedad se vuelve demasiada entre los miembros de la familia, una tercera persona es traída a un triángulo. Estos triángulos son disfuncionales en que ofrecen alivio de la ansiedad a través de la diversión después de la resolución del tema.

Tricotilomanía. Incapacidad recurrente para resistir los impulsos de jalar su propio cabello.

U

Unidades móviles de extensión. Programas en los cuales los voluntarios y profesionales pagados se dirigen o se trasladan a buscar individuos sin hogar que requieran atención física o psicológica.

Universalidad. Factor curativo de grupos (identificado por Yalom), en el cual los individuos se dan cuenta que no están solos en el problema y en los pensamientos y sentimientos que experimentan. La ansiedad se alivia por el apoyo y entendimiento de los demás en el grupo que comparten experiencias similares.

Utilitarianismo. La teoría ética que expone “la mayor felicidad para el mayor número”. Bajo esta teoría, la acción se debe realizar con base en el resultado final que produce el mayor bienestar (felicidad) para la mayoría.

V

Vaginismo. Constricción involuntaria del tercio exterior de la vagina que previene la inserción del pene y la relación sexual.

Valores. Creencias personales sobre la verdad, belleza o valor de un pensamiento, objeto o comportamiento, que influyen en las acciones de un individuo.

Varices esofágicas. Venas en el esófago que se distienden debido a presión excesiva del alterado flujo sanguíneo en un hígado cirrótico.

Velorio. En la cultura mexico-americana, después de la muerte de un ser querido, el *velorio* es una vigilia con la familia y amigos con el cuerpo de la persona fallecida, antes del entierro.

Vías críticas de atención. Un plan abreviado de atención que proporciona lineamientos basados en resultados para alcanzar un objetivo en un tiempo determinado.

Violación. La expresión de poder y dominio por medio de la violencia sexual, con más frecuencia varones contra mujeres, aunque los hombres también pueden ser víctimas de violación. La violación se considera un acto de agresión, no de pasión.

Violación estatutaria. Relación sexual ilegal entre un varón mayor de 16 años y una mujer menor a la edad de consentimiento. El hombre puede ser arrestado por violación estatutaria incluso cuando la relación haya ocurrido con el consentimiento de ambos individuos.

Violación marital. Violencia sexual dirigida a la pareja marital contra la voluntad de la pareja.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Agente etiológico que produce la inmunosupresión que provoca el SIDA.

Voyeurismo. Impulsos urgentes y fantasías excitantes sexuales que incluyen el acto de observar personas que no sospechan, por lo general extraños, quienes están desnudos, en el proceso de desvestirse o en una actividad sexual.

Y

Yin y yang. Concepto fundamental de las prácticas de salud asiáticas. El *yin* y *yang* son fuerzas opuestas de energía como negativo/positivo, oscuridad/claridad, frío/caliente, duro/suave y femenino/masculino. Las medicinas, alimentos y hierbas se clasifican según las propiedades de *yin* o *yang* y se utilizan para restaurar el equilibrio y, por lo tanto, la salud.

Yo (ego). Uno de los tres elementos de la personalidad identificados por Freud como el ser racional o “principio de realidad”. El Yo busca conservar la armonía entre el mundo externo, el ello y el superyó.

Yoga. Sistema de creencias y prácticas, el objetivo final es unir el alma humana con el espíritu universal. En los países occidentales, el yoga utiliza posturas corporales, además de la meditación y ejercicios de respiración, para conseguir un trabajo equilibrado y disciplinado que libera la tensión muscular, tonifica los órganos internos y energiza la mente, cuerpo y espíritu, de tal forma que se presenta la sanación natural.

Respuestas a las Preguntas de Revisión

CAPÍTULO 1. SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. c | 2. d | 3. b | 4. a | 5. b |
| 6. d | 7. c | 8. d | 9. c | 10. b |

CAPÍTULO 2. CONCEPTOS DE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. b | 2. c | 3. b | 4. b | 5. b |
| 6. b | 7. a | 8. c | 9. b | 10. b |

CAPÍTULO 3. IMPLICACIONES BIOLÓGICAS

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. c | 2. e | 3. f | 4. b | 5. d |
| 6. g | 7. e | 8. c | 9. b | 10. a |

CAPÍTULO 4. TEMAS ÉTICOS Y LEGALES

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. c | 2. a | 3. e | 4. d | 5. b |
| 6. d | 7. b | 8. e | 9. a | 10. c |

CAPÍTULO 5. CONCEPTOS CULTURALES Y ESPIRITUALES RELEVANTES PARA LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. c | 2. d | 3. a | 4. d | 5. b |
| 6. c | 7. c | 8. b | 9. b | 10. a |

CAPÍTULO 6. DESARROLLO DE RELACIONES Y COMUNICACIÓN TERAPÉUTICAS

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| 1. c | 2. a | 3. d | 4. b | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
- 5.** a. Técnica no terapéutica: desacuerdo.
 b. Respuesta correcta. Técnica terapéutica: respuesta con duda.
- 6.** a. Respuesta correcta. Técnica terapéutica: respuesta de concesión.

b. Técnica no terapéutica: cumplimiento —hay juicio por parte de la enfermera.

- 7.** a. No terapéutica: da seguridad.
 b. No terapéutica: desaprobatoria.
 c. No terapéutica: introduce un tema no relacionado.
 d. No terapéutica: indica una fuente externa de poder.
- 8.** a. No terapéutica: requiere una explicación.
 b. No terapéutica: desmerece los sentimientos expresados.
 c. No terapéutica: rechazo.
 d. Respuesta correcta. Técnica terapéutica: formular un plan de acción.
- 9.** Respuesta terapéutica: “¿No cree que debería decirle?” Técnica: reflexión.
 Respuesta no terapéutica: “Si, debe decirle a su marido sobre su romance con su jefe.” Técnica: dar consejo.
- 10.** a. Respuesta correcta. Técnica terapéutica: reflexión.
 b. No terapéutica: requiere explicación.
 c. No terapéutica: indica una fuente externa de poder.
 d. No terapéutica: brinda consejo.
 e. No terapéutica: defiende.
 f. No terapéutica: comentarios estereotipados.

CAPÍTULO 7. PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICA

1. Valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, realización, evaluación.
2. a. Realización.
 b. Diagnóstico.
 c. Evaluación.
 d. Valoración.
 e. Planificación.
 f. Identificación de resultados.

3. Diagnósticos de enfermería:

- a. Nutrición desequilibrada, menor de los requerimientos corporales.
- b. Aislamiento social.
- c. Baja autoestima.

Resultados:

- a. Paciente aumenta 1 kg/semana en las próximas tres semanas.
- b. El paciente de manera voluntaria pasa tiempo con sus compañeros y personal en actividades del grupo en la unidad en siete días.
- c. El paciente comenta aspectos positivos sobre sí mismo (excluye cualquier referencia a comer o la imagen corporal) en dos semanas.

4. Registro orientado al problema (SOAPIE); *Focus Charting®*; PIE charting.**CAPÍTULO 8. TERAPIA AMBIENTAL: COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

1. Una estructuración científica del ambiente con el fin de efectuar cambios de comportamiento y mejorar la salud psicológica y el funcionamiento del individuo.
2. El objetivo de la terapia ambiental/comunidad terapéutica es para que el paciente aprenda habilidades de enfrentamiento adaptativo, interacción, así como en las relaciones que se puedan generalizar en otros aspectos de su vida.

3. c	4. b	5. a	6. d	7. f
8. h	9. b	10. i	11. g	12. j
13. a	14. e	15. c	16. k	17. m
18. l	19. d			

CAPÍTULO 9. INTERVENCIÓN EN GRUPOS

1. Un grupo se define como “una colección de individuos cuya asociación se funda en generalidades compartidas de intereses, valores, normas o propósitos”.
2. a. Enseñanza: no intervención.
b. Apoyo/terapéutico: democrático.
c. Tarea: autocrático.

3. b	4. i	5. k	6. h	7. e
8. j	9. a	10. d	11. f	12. g
13. c	14. e	15. h	16. f	17. d
18. a	19. c	20. g	21. b	

CAPÍTULO 10. INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. c	2. d	3. a	4. b	5. c
6. a	7. d	8. b	9. b	10. d
11. c	12. a	13. b	14. c	15. e

CAPÍTULO 11. PSICOFARMACOLOGÍA

1. a	2. c	3. d	4. b	5. c
6. b	7. a	8. b	9. d	10. b

CAPÍTULO 12. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y PSICOSOCIALES

1. c	2. e	3. f	4. b	5. g
6. a	7. d	8. c	9. d	10. a
11. a	12. b	13. c	14. a	

CAPÍTULO 13. DELIRIO, DEMENCIA, Y TRASTORNOS AMNÉSICOS

1. c	2. d	3. b	4. a	5. b
6. c	7. d	8. a	9. b	10. d

CAPÍTULO 14. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

1. a	2. c	3. b	4. b	5. a
6. c	7. a	8. b	9. d	10. a

CAPÍTULO 15. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSIQUEÁTRICOS

1. b	2. b	3. c	4. d	5. d
6. a	7. c	8. b	9. c	10. d

CAPÍTULO 16. TRASTORNOS DEL ÁNIMO

1. c	2. b	3. a	4. d	5. c
6. b	7. c	8. a	9. c	10. b

CAPÍTULO 17. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. d	2. c	3. d	4. a	5. b
6. c	7. b	8. c	9. a	10. d

CAPÍTULO 18. TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANSIEDAD

1. c	2. g	3. a	4. e	5. h
6. f	7. d	8. b	9. a	10. d
11. c	12. d	13. b	14. a	15. d

CAPÍTULO 19. TRASTORNOS DE SEXUALIDAD

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. b | 2. c | 3. d | 4. a | 5. b |
| 6. b | 7. d | 8. a | 9. e | 10. c |

CAPÍTULO 20. TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. c | 2. a | 3. b | 4. b | 5. c |
| 6. b | 7. c | 8. b | 9. c | 10. a |

CAPÍTULO 21. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. d | 2. a | 3. b | 4. d | 5. a |
| 6. b | 7. c | 8. c | 9. d | 10. b |

CAPÍTULO 22. NIÑOS Y ADOLESCENTES

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. b | 2. c | 3. a | 4. b | 5. b |
| 6. d | 7. c | 8. d | 9. a | 10. b |

CAPÍTULO 23. VÍCTIMAS DE ABUSO O NEGLIGENCIA

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. b | 2. c | 3. a | 4. d | 5. b |
| 6. d | 7. a | 8. b | 9. b | 10. d |

CAPÍTULO 24. EL ENVEJECIMIENTO

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. c | 2. d | 3. b | 4. a | 5. c |
| 6. d | 7. a | 8. a | 9. c | 10. a |

CAPÍTULO 25. ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. a | 2. b | 3. a | 4. c | 5. d |
| 6. b | 7. c | 8. d | 9. a | 10. b |

CAPÍTULO 26. EL DUELO

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. e | 2. c | 3. c | 4. d | 5. a |
| 6. a | 7. b | 8. c | 9. a | 10. c |

Índice alfabético

www.rinconmedico.me

Nota: Los números de página seguidos por una “f” indican figuras; aquellos seguidos por “c” indican cuadros.

A

AA (Alcohólicos Anónimos), 290, 292, 294-295, 680
“Abandonar al abuelo”, 596, 679
Abandono, 505, 678
Abilify. *Ver Aripiprazol*
Abreacción, 227, 678
Abstinencia de sustancias, 265
alcohol, 270, 297c, 298
alteraciones del ánimo por, 338
alucinógenos, 288c, 299
cannabis, 283, 287c
delirio por, 239
estimulantes del sistema nervioso central, 277, 287c
nicotina, 277, 287c
opioides, 280, 287c, 298
sedantes hipnóticos o ansiolíticos, 273-274, 288c, 298
Abuso, 561-576
adultos mayores, 562, 595-597
epidemiología de, 562
implicaciones etiológicas para, 563-565, 564f
infantil, 562, 567-569
emocional, 567-568, 684
físico, 567
perpetradores de, 569
sexual, 453, 568-569, 679
incesto, 569-570
mujeres, 562, 565-567
niños, 562, 567-569
pareja íntima, 562, 565-567, 566f
perspectivas históricas en, 562-563
tratamiento de, 572-576
casa de seguridad o refugio, 575
intervención en crisis, 572, 575
terapia familiar, 575-576
Abuso (golpiza), 565-567, 687
ciclo de, 566-567, 566f, 682
Acamprosato, 297
Acatisia, 203, 679
Aceptación en respuesta de duelo, 10, 644-645, 644c

Acetilcolina, 36, 36f
depresión, 339
efectos de drogas psicotrópicas, 185c
enfermedad de Alzheimer, 45, 242f, 243, 254
síndrome de Tourette, 547
Ácido acetilsalicílico (aspirina), 419, 422
Acinesia, 203
ACT (Tratamiento de Comunidad Asertiva), 325, 626-627
Acta de sustancias controladas, 274
ACTH (hormona adrenocorticotrópica), 6, 39, 40, 41c, 42, 45
Actiq. *Ver Fentanil*
Actitud, 102-103, 679
Actividades de cuidado personal, deficiencia de, depresión, 347
esquizofrenia, 131, 316, 317, 320c
paciente adulto mayor, 599, 601c-602c
retraso mental, 528, 529c
trastornos cognitivos, 251, 252c
Acupresión, 216, 678
Acupuntos, 216, 678
Acupuntura, 216, 678
Adaptación, 678
a tareas del envejecimiento, 589
al estrés, 5-6
ansiedad y, 7, 7f
mecanismos de defensa y, 8
síndrome de adaptación general, 5
Adderall. *Ver Dextroanfetamina/anfetamina compuesta*
Adenohipofisis, 40, 42f
hormonas producidas por, 40-43, 41c
ADH (hormona antidiurética), 6, 39, 41c
ADHD. *Ver Trastorno de déficit de atención/hiperactividad*
Adipex-P. *Ver Fentermina*
Adolescentes. *Ver también Niños*
conceptos de muerte, 649
depresión en, 343, 344
desarrollo, de la personalidad en, 15-28, 496, 497c
sexual de, 450
intervenciones de prevención, primaria para, 615
secundaria para, 620
patrones de comunicación, 103
trastorno, bipolar en, 343, 353-354
de conducta en, 540-544
vacuna de papilomavirus humano, 450
Adrenocorticotrópica, hormona (ACTH), 6, 39, 40, 41c, 42, 45
Adultos mayores, 581-605. *Ver también Envejecimiento*
abuso o negligencia de, 562, 595-597
atención, a largo plazo para, 594-595
de la salud en casa para, 629
concepto(s), cambiante de “viejo”, 582-583
de muerte, 649-650
dependencia de, 596-597
disposiciones habitacionales de, 583, 583f, 591, 595
empleo de, 583-584, 591
estadísticas epidemiológicas para, 583-584
estado de salud de, 584
jubilación de, 592-594
papel de la enfermera con, 605-606
plan de atención para, 600, 601c-604c
sexualidad de, 591-592, 593c
teorías de envejecimiento, 584-586
trastornos de psiquiatría en, 589-590
depresión, 344-345, 590, 598
suicidio, 366, 590, 597-598
uso de fármacos psicotrópicos en, ansiolíticos, 186
antidepresivos, 190, 344, 362
antipsicóticos, 204, 255
barbitúricos, 256
Afasia, 239, 679
Afonía, 427, 679
Agonizar y morir. *Ver también Duelo; Declaraciones*
ansiedad sobre, 589
anticipadas en relación a, 657
atención en hospicio para, 654-657
concepto de desarrollo de, 648-650
rituales específicos de cultura, 650-652
Agorafobia, 381, 678
sin historia de trastorno de pánico, 387
trastorno de pánico con, 382

- Agranulocitosis, inducida por medicamentos, 678
 clozapina, 202-203, 364
 mirtazapina, 363
- Agravio, 56-57, 679
- Agresión 62, 680. *Ver también Abuso; Violencia*
- Agresividad, 229, 678. *Ver también Abuso; violencia*
 definición de las características de, 169
 implicaciones etiológicas para, 563-564
 medicamentos para, 254c, 255, 564
 proceso de enfermería en el manejo de, 169-170, 171c-173c, 174
 síndrome prodromico para, 170
 trastorno de, conducta, 540, 541
 déficit de atención/hiperactividad, 534
 valoración de riesgo de, 169-170
- Agudeza olfativa, 588
- Aislamiento, 9c, 687
 intimidad vs., 21c, 22-23
- Akineton. *Ver Biperiden*
- Alcohol, absorción y metabolismo de, 267, 268
 abstinencia de, 270, 287c
 delirio por, 239, 270
 farmacoterapia por, 298
 vías críticas de atención para, 130c, 131
 abuso y dependencia en, 267-270
 cultura, etnidad y, 72, 73, 266-267
 educación del paciente para prevención primaria de, 621c
 factores, bioquímicos y, 265
 genéticos y, 265
 historia de, 267
 mortalidad relacionada con, 268
 plan de atención de planificación de concepto, 293f
 valoración de, 285, 288-290
 concentración en sangre de, 270
 consumo de, 224
 patrones de, 267-268
 contenido en las bebidas de, 267
 efectos, en sistema nervioso central de, 267
 fisiológicos de, 268-270
 fases de, 268
 intoxicación con, 270, 287c
 síndrome alcohólico fetal, 533
 tratamiento de, 294-297
 Alcohólicos Anónimos, 290, 292, 294-295, 670
- Alcohólicos Anónimos (AA), 290, 292, 294-295, 680
- Alprazolam, 188c, 271c
 abstinencia por alcohol, 298
 en demencia, 256
 trastornos de ansiedad, 407, 408
- Altamisa, tanaceto, 217c
- Altruismo, 680
- Alucinaciones, 680
 auditivas, 280, 315
 en esquizofrenia, 280, 306, 315
 gustativas, 315
 inducidas por alucinógenos, 280
 olfativas, 315
- táctiles, 315
 visuales, 280, 315
- Alucinógenos, uso de, 280-283, 281c, 286c
 aspectos históricos de, 281
 educación del paciente para prevención primaria de, 621c
 efectos, fisiológicos de, 282
 psicológicos de, 281, 282
 intoxicación de, 283, 299
 patrones de, 281, 282
- Alzheimer, 243, 241f, 242f, 590
 etapas de, 240-241
 neurobiología de, 45, 241-243, 241f, 242f
 tratamiento de, 253-256, 254c
- Amantadina, 203c, 255
- Ambien. *Ver Zolpidem*
- Ambientales, factores, cáncer y, 417
 creencias culturales y, 69, 77c-778c
 crisis situacional por, 619
 desarrollo de la personalidad y, 16
 enfermedad coronaria y, 418
 envejecimiento y, 584
 hipertensión y, 420
 influencia en la comunicación, 103-104
 migraña y, 420-421
 retraso mental y, 527
 trastorno(s) de, ansiedad por separación, 550
 déficit de atención/hiperactividad, 534
 Tourette, 547
 úlceras pépticas y, 419
- Ambiente terapéutico, 126, 128, 141. *Ver también Comunidad terapéutica*
 esquizofrenia, 324
 trastornos de personalidad, 516
- Amenorrea, 45, 201, 478, 479, 680
- American Civil Liberties Union, 62
- American Holistic Nurses Association, 82
- American Hospital Association's Patient's Bill of Rights, 51, 54, 62
- American Nurses' Association, código de ética, 51, 52, 62, 102
 estándares de atención, 116-117, 126-128
Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice, 141, 145, 157
- American Nurses Credentialing Center, 129
- American Psychiatric Association, definición de, salud mental, 4
 enfermedad mental, 5
 sistema de evaluación multiaxial de 4, 11-12, 12c. *Ver también Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*
- Americanos, africanos, 69-71, 77c, 86, 88, 650
 de las islas del Pacífico, 72-73, 77c
 del norte de Europa, 69, 77c, 86
 del oeste de Europa, 74, 78c, 89
- Amígdala, 34f, 35, 340f
- Amistades con los pacientes, 102
- Amitriptilina, 190c, 192c, 367c, 434
 bulimia nerviosa, 489
- Amnesia, 680
 continua, 680
 disociativa, 8, 416, 434-435, 438, 443
 inducida por terapia electroconvulsiva, 365-366
- generalizada, 435, 680
 localizada, 435, 680
 selectiva, 435
 sistematizada, 435, 680
- Amobarbital, 205c, 271c, 286c, 438
- Amor, 83
- Amoxapina, 190c, 192c, 363, 364c
- Amytal. *Ver Amobarbital*
- Anafranil. *Ver Clomipramina*
- Andropausia, 617, 680
- Anectina. *Ver Succinilcolina*
- Anergia, 316
- Anestesia, para terapia electroconvulsiva, 366
- Anfetaminas, 183, 286c. *Ver también Estimulantes del sistema nervioso central (CNS)*
 abuso y dependencia en, 274-277, 274c, 287c
 educación del paciente para prevención primaria, 206c
- Angustia espiritual, depresión, 347, 349c
 paciente(s), en duelo, 652, 654c
 que experimentaron un evento traumático, 176c-177c
 riesgo de, 82, 86, 87c, 652, 654c
- Anhedonia, 316, 680
- Ánimo, 333, 680
 agentes estabilizadores del, 195-200, 196c-198c, 208-209, 365c
 contraindicaciones/precauciones para el uso de, 196c-197c
 dosis de, 196c-197c, 365c
 educación del paciente y la familia sobre, 199-200
 efectos colaterales de, 197-199, 198c, 365c
 indicaciones para, 196c-197c
 comportamiento agresivo, 564
 trastorno bipolar, 195-200, 363-364
 interacciones de drogas con, 195-197
 mecanismos de acción de, 196c-197c
 para niños y adolescentes, 354
 proceso de enfermería en terapia con, 195-200
- trastornos de, 332-373. *Ver también Trastornos específicos*
 debido a una condición médica general, 338
 depresivo, 335-336, 339-352, 372-373
 disfórico premenstrual, 335-336, 337
 distímico, 335, 337
 mayor, 335, 336
 epidemiología de, 334-335
 estacional, 43, 44, 335
 inducida por sustancias, 338-339
 neurobiología de, 43-44
 perspectiva histórica en, 333-334
 suicidio y, 366-372, 373

- trastorno bipolar, 336-338, 352-360, 373
 trastorno ciclotímico, 337-338
 tratamiento de, 360-366
 farmacológica, 362-364, 364c, 365c
 psicoterapia individual, 360-361
 terapia, cognitiva, 361-362
 de grupo, 361
 electroconvulsiva, 364-366
 familiar, 361
- Anorexia, 346, 680
 inducida por estimulantes, 207-208
- Anorexia nerviosa, 477-480, 490
 criterios de diagnóstico para, 478c
 epidemiología de, 477
 implicaciones etiológicas para, 44-45, 479-480
 plan de atención para, 483c-484c
 planificación de concepto, 486f
 síntomas de, 478
 tratamiento de, 488-490
- Anoréxicos, 489, 680
- Anorgasmia, 456, 457-458, 466, 680
- Anosmia, 427, 680
- Ansiedad, 7-10, 12, 380, 680
 adaptativa, 7
 castración, 454
 concepto de Sullivan de, 19
 demencia, 256
 grave, 7, 8
 leve, 7-8
 neurótica, 380
 moderada, 7, 8
 muerte, 589
 niveles de Peplau, 7, 7c, 12, 414
 normal vs. anormal, 381, 409
 pacientes que han experimentado un evento traumático, 175c-176c
 pánico, 7, 8-10, 381
 rendimiento, 380, 387, 408. *Ver también*
 Fobia social
 respuestas psiconeuróticas a, 8, 414-415
 trastornos, de ansiedad, 8, 379-409
 dissociativos, 8, 414, 434-443
 psicofisiológicos, 414-425, 443
 somatomorfos, 8, 414, 426-434, 443
 respuestas psicóticas a, 10
 retraso mental, 528
 vs. estrés 380
- Ansiedad, trastorno de, 8, 379-409.
Ver también Trastornos específicos de ansiedad
 alimentación, 482
 aspectos históricos de, 380
 debido a condición médica general, 404
 desensibilización sistemática, 406
 educación del paciente y familia sobre, 405
 entre adultos mayores, 590
 epidemiología de, 380-381
 fobias, 387-391-553
 inducida por sustancias, 404
 neurobiología de, 44, 383, 384c
 personalidad límitrofe, 507
- procesos de enfermería en, 381-404
 psicoterapia individual, 404-405, 205, 407-408
 respuestas de duelo inadaptativas, 11
 terapia de, grupo/familiar, 407
 implosión, 406-407
 trastorno, ansiedad, de separación, 550-553
 generalizada, 382-387
 estrés postraumático, 398-404
 obsesivo-compulsivo, 391-398
 pánico, 381-387
 tratamiento de, 404-408, 409
 terapia cognitiva, 405-406
- Ansiolíticos, 183, 186-189, 188c, 208-209, 271c, 407-408. *Ver también* Fármacos específicos
 abuso y dependencia en, 271-274, 271c
 contraindicaciones y precauciones por uso de, 186
 educación del paciente y familia sobre, 189
 efectos colaterales de, 185c, 188-189
 en demencia, 254c, 256
 indicaciones para, 186, 407-408
 interacciones de medicamentos con, 186
 mecanismo de acción de, 185c, 186
 procesos de enfermería en terapia con, 186-189
 vida media y dosis de, 188c
- Antabuse. *Ver* Disulfiram
- Antiácidos, 419
- Antiandrógenos, 454
- Anticatexis, 18
- Anticipatoria, guía para padres, 616-617
- Anticolinérgicos, efectos de medicamentos, antidepresivos, 192c
 antipsicóticos, 201, 202c
 en demencia, 255
 medicamentos antiparkinsonismo, 203c
 fármacos, 203c, 209, 326
- Anticonvulsivos. *Ver también* Fármacos específicos
 ataques por abstinencia de alcohol, 298
 como estabilizadores del ánimo, 195, 196c, 208, 363, 365c
 dosis de, 196c, 365c
 educación del paciente y la familia sobre, 199
 efectos colaterales de, 198c, 365c
 trastorno somatomorfo de dolor, 434
- Antidepresivos, 183, 189-195, 190c, 209, 362-363, 364c. *Ver también* Medicamentos específicos y clases
 adultos mayores, 190, 344, 362
 contraindicaciones/precauciones para el uso de, 190
 dosis de, 190c, 364c
 educación del paciente y la familia sobre, 194
 efectos colaterales de, 185c, 191-194, 192c, 362-363, 364c
 hiperactividad, 537, 539
 bulimia nerviosa
- demencia, 254c, 255-256
 depresión, 189-195, 190c, 362-363, 364c
 efectos colaterales de, 185c, 192c, 193, 362, 537
 mecanismo de acción de, 185c
 suicidio, 344
 trastornos, de alimentación, 479, 489
 de personalidad, 516-518
 somatomorfos, 434
- indicaciones para, 189
 trastornos de ansiedad, 407, 408
 interacciones de medicamentos con, 190-191
 mecanismos de acción de, 184-186, 185c, 189-190
 niños y adolescentes, 343, 344
 procesos de enfermería en terapia con, 189-195
 suspensión de, 192-193
 tricíclicos, 190c, 362, 364c
 indicaciones para trastornos de ansiedad, 407, 408
 interacciones de drogas con, 190
 Antidiurética, hormona (ADH), 6, 39, 41c
- Antihiperlipídicos, fármacos, 419
- Antihistamínicos, 188c
- Antilirium. *Ver* Fisostigmina
- Antiparkinsonianos, fármacos, 203c, 209, 326
- Antipsicóticos, 183, 200-204, 200c. *Ver también* Drogas específicas
 contraindicaciones/precauciones para el uso de, 200
 dosis de, 196c, 200t, 326c, 365c
 educación del paciente y familia sobre, 204
 efectos colaterales de, 185c, 198c, 201-204, 202c, 326c, 365c
 en adultos mayores, 204, 255
 en delirio, 253
 indicaciones para, 200
 comportamiento agresivo, 254c, 255, 564
 demencia, 254c, 255
 esquizofrenia, 325-327, 326c
 intoxicación por estimulantes de sistema nervioso central, 298-299
 trastorno(s), bipolar, 197c, 363-364, 365c
 de personalidad, 516
 de Tourette, 548, 550
- interacciones de drogas con, 197, 201
 mecanismos de acción de, 185c, 186, 200, 307
 procesos de enfermería en terapia con, 200-205
- Antisocial, trastorno de personalidad, 496, 499-500, 509-513, 697
 abuso de sustancias y, 266
 criterios de diagnóstico para, 511
 implicaciones etiológicas para, 511-512
 plan de atención para, 513, 514c-516c
 planificación de concepto, 517c
 síntomas de, 511
 trastorno de, conducta y, 512, 540
 déficit de atención/hiperactividad, 512
- Anulación, 9c, 697

- Apatía, en demencia, 255-256
en esquizofrenia, 315
- Apego, teoría del, 696
- APIE gráfico, 135-136, 136c
- Apomorfina, 466
- Apraxia, 240, 680
- Aprendizaje, dominios de, 685
envejecimiento y, 589
- Aprendizaje, teoría, comportamiento agresivo, 563
depresión, 342
fobias, 390
trastorno(s), obsesivo-compulsivo, 395
por estrés postraumático, 400
relacionados con sustancias, 266
somatomorfos, 428
- Árabes-americanos, 74-75, 78c, 89
- Arbitraria, inferencia, 688
- Aricept. *Ver* Donepezil
- Aripiprazol, 200c
como agente estabilizador del ánimo, 197c, 364, 365c
efectos colaterales de, 185c, 198c, 202c, 326c, 365c
mecanismo de acción de, 185c
por esquizofrenia, 326, 326c
- Artane. *Ver* Trihexifenidil
- Arte, terapeuta, 144c
- Asalto, ataque, 62, 680. *Ver también* Abuso; Agresividad; Violencia sexual, 562, 570-571
- Ascitis, 270, 680
- Asedin. *Ver* Amoxapina
- Aserción, 229, 680
entrenamiento, en esquizofrenia, 229-230
en trastornos de personalidad, 516
- Asiáticos-americanos, 72-73, 77c, 88-89, 651
- Asma, 416, 423
- Asociación(es), dirigida, 680
inconexa, 314
sonoras (clang), 315, 681
- Asperger, trastorno de, 528
- Aspiración, riesgo por, en pacientes adultos mayores, 599
- Assertive Community Treatment (ACT)*, 325, 626-627
- Astramorph. *Ver* Morfina
- Atarax. *Ver* Hidroxizina
- Ataxia, 680
- Atención, a largo plazo, 594-595
de salud mental de paciente externo, 613
compromiso involuntario de paciente externo, 60-61
del paciente psiquiátrico interno, *Ver también* Hospitalización parcial
admisión voluntaria para, 50-60
compromiso, de emergencia para, 60
involuntario para, 60-61
de niños y adolescentes, 343-344
- Atenolol, 408
- Ativan. *Ver* Lorazepam
- Atomoxetina, 206, 206c, 207, 537, 539
- Atropina, sulfato de, 366
- Audición, cambios en el envejecimiento, 588
- Auditiva, área, de asociación del cerebro, 33f del cerebro, 33f
- Autenticidad, 98, 681
- Autismo, 681
- Autista, fase de desarrollo, 23-24, 24c
trastorno, 528, 530-531, 696
epidemiología de, 530
esquizofrenia y, 306, 316
implicaciones etiológicas para, 530
plan de atención para, 531, 532c-533c
proceso de enfermería en, 530-531
- Autoactualización, 4, 4f
- Autoayuda, grupos, 151, 157
para trastornos relacionados con sustancias, 290, 292, 294-295, 296c, 297
- Autoconfianza, 97
- Autoestima, 681
baja, depresión, 347, 349c
esquizofrenia, 131
obesidad, 482, 485c
pacientes adultos mayores, 599, 602c-603c
trastorno(s), alimentación, 482, 484c
cognitivos, 251
de conducta, 542, 544c
déficit de atención/hiperactividad, 534, 536c
desafante por oposición, 545, 546c
personalidad, antisocial, 512
limítrofe, 507
psicofisiológicos, 423
relacionados con sustancias, 290
Tourette, 548, 549c
- Autoexpectativas, 694
- Autoidentidad, envejecimiento y, 589
- Automutilación, riesgo de
autismo, 531, 532c
trastorno de personalidad limítrofe, 505-506, 507, 508c
- Autorrevelación, 98, 101
- Autosistema, 19-20
- Autocrático, líder, 154, 154c, 158, 681
- Autoinmunidad, 421, 681
- Automáticos, pensamientos, 231, 405, 692
- Autonomía, 21, 21c, 53, 62, 681
- Autónomo, sistema nervioso (SNA), 39, 40f
- Aventyl. *Ver* Nortriptilina
- Aversión, terapia de, 454
- Axones, 35, 36f, 681
- B**
- Bugging (embolsar), 277
- Balanceo 316
del cuerpo, 316
- Barbitúricos, 205c, 286c
abstinencia de, 298
abuso y dependencia en, 271, 274, 271c
educación del paciente para prevención primaria, 621c
- efectos fisiológicos de, 272-273
evitación en adultos mayores, 256
- Basales, ganglios, en trastornos de ánimo, 43-44
- Benadril. *Ver* Difenhidramina
- Beneficencia, 53, 62
- Beneficio (s) 685
primario, secundario y terciario, 681
trastornos somatomorfos y, 426, 427, 428
- Benzfetamina, 274c, 286c
- Benzodiacepinas, 188c, 205c, 209
abstinencia de, 272, 273-274
abuso y dependencia en, 271-274, 271c
efectos colaterales de, 185c
en esquizofrenia, 327
historia de, 272
intoxicación por sustancias
alucinógenos, 299
cannabis, 299
estimulantes del sistema nervioso central, 298
mecanismo de acción de, 185c, 186
por abstinencia de sustancias, 253
alcohol, 298
depresivos del sistema nervioso central, 298
por ansiedad, 44, 407-408
en demencia, 254c, 256
- Benztropina, 203c
- Betabloqueadores para, comportamientos agresivos, 564
trastornos de ansiedad, 407, 408
- Bioética, 51, 681. *Ver también* Ética
- Biopsicosocial, modelo, 47
- Biorretroalimentación, 229, 681
- Biperidin, 203c
- Bipolar, trastorno, 333, 352-360, 373, 696
características clínicas de, 336
depresión en, 336
educación del paciente y familia en, 358, 360
epidemiología de, 334-335
episodios maníacos en, 336, 338
implicaciones etiológicas para, 352-353
mezclados, 336
niños y adolescentes, 343, 353-354
plan de atención para, 357c-358c
planificación de conceptos, 359f
proceso de enfermería en, 355-360
trastorno, de déficit de atención/hiperactividad y, 353, 354
bipolar I, 336-337
bipolar II, 337
- tratamiento de, 354-355, 361-366
farmacológica, 195-200, 196c-197c, 354, 363-364, 365c
- terapia, cognitiva, 361-362
de grupo, 361
electroconvulsiva, 364-366
familiar, 354-355, 361
- Bisexualidad, 469-470

BMI [*body mass index*] (Índice de masa corporal), 477, 480-481, 481c, 490
 Bowlby, John, etapas de duelo, 644c, 645, 657-658
Brevital. Ver Metohexital sódico
 Bromocriptina, 255-256
 Broncodilatadores, 416
 Bulimia nerviosa, 477-480, 490
 criterios de diagnóstico para, 479c
 epidemiología de, 477
 implicaciones etiológicas para, 44-45, 479-480
 plan de atención para, 483c-84c
 planificación de concepto, 486c
 síntomas de, 478-479
 tratamiento de, 488-490
 Buprenorfina, 298
 Bupropión, 190c, 192c, 256, 363, 364c
 efectos colaterales de, 185c, 193, 207, 537
 fobia social, 408
 mecanismo de acción de, 185c
 trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 206, 206c, 209, 537, 539
 BuSpar. Ver Buspirona
 Buspirona, 188c
 efectos colaterales de, 185c
 mecanismo de acción de, 185c, 186
 para trastornos de ansiedad, 407, 408
 Butabarbital, 205c, 271c
 Butisol. Ver Butobarbital

C

Cabeza, traumatismo, 243, 244
 Cafeína, 274-277, 274c, 276c, 287c
 CAGE, cuestionario, 289, 290
 Calan. Ver Verapamilo
 Calcio en la dieta, 222c
 Campral. Ver Acamprosato
 Cáncer, 416-417, 423
 cervical, 450
 cérvico-uterino, 450
 Cannabis, uso de, 283-285, 284c, 286c, 681
 abstinencia de, 283, 287c
 aspectos históricos de, 283-284
 dependencia psicológica en, 283
 educación del paciente para prevención primaria de, 621c
 efectos fisiológicos de, 284-285
 intoxicación de, 285, 287c, 299
 legalización de, 284
 patrones de, 284
 terapéutica, 284
 Capellán, 145c
 Caquexia, 681
 Carbamazepina, 196c, 434
 efectos colaterales de, 198c, 365c
 interacciones de drogas con, 195
 indicaciones por, comportamiento agresivo, 564
 convulsiones por abstinencia de alcohol, 298

esquizofrenia, 327
 manía, 363, 365c
 trastorno de estrés postraumático, 408
 Carcinógenos, 417, 681
 Cardiovascular, sistema, cambios en el envejecimiento, 586
 efectos de las drogas en, alcohol, 269
 antidepresivos, 192c, 193-194
 antipsicóticos, 201-202
 cannabis, 284
 estimulantes de sistema nervioso central, 207, 276
 opioides, 280
 sedantes-hipnóticos, 273
 efectos de terapia electroconvulsiva en, 365
 Casa de seguridad o refugio, 575, 681
 Cascara sagrada, 217c
 Catapres. Ver Clonidina
 Cataratas, 588
 Catarsis, 227, 681
 Catastrófico, pensamiento, 691
 Catatonía, 306, 310-311, 691
 Catexis, 18
 Celexa. Ver Citalopram
 Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, 681
 Cerebelo, 32, 32c, 33f, 35, 340f
 Cerebro, 32-34, 32c, 33f
 anormalidades de, anorexia nerviosa, 44
 autismo, 530
 comportamiento agresivo, 563
 depresión, 43-44, 341
 enfermedad de Alzheimer, 45, 241-243, 241f, 242f
 esquizofrenia, 43, 309
 obesidad, 481
 parafilia, 453
 trastorno(s), ansiedad, 44
 bipolar, 353
 déficit de atención/hiperactividad, 533
 pánico, 383
 Tourette, 547
 anterior, 32, 32c
 cambios con el envejecimiento, 588
 daño inducido por terapia electroconvulsiva de, 366
 “emocional”, 35
 estructura y función de, 32-35, 32c, 33f, 34f
 imágenes de. Ver Neuroimagenología
 procedimientos de diagnóstico para detectar funcionamiento alterado de, 45-46, 45c
 Chamán, 71, 88, 694
 Chamomile (manzanilla), 217c
Child Abuse Prevention and Treatment Act, 567
 Chinos-americanos, 651
 “Chivo expiatorio”, 693
 Cialis. Ver Tadalafil
 Ciclotimia, 682
 Ciclotímico, trastorno, 337-338
 Cinc en la dieta, 223c
 Ciproheptadina, 489
 Circadianos, ritmos, 47, 694
 Circunstancialidad, 315, 682
 Circunvolución cingulada, 34f, 35, 44
 Cirrosis, alcohólica, 270
 Cita de violación, 570, 682
 Citalopram, 190c, 192c, 344, 364c
 Clamidia, infección, 471c
 Cleptomanía, 687
 Clínicas, de “escaparate”, 636, 682
 de la calle, 636
 Clomipramina, 190c, 364c, 434
 anorexia nerviosa, 489
 trastorno, de pánico, 407
 obsesivo-compulsivo, 395, 408
 Clonazepam, 188c, 196c, 365c, 434
 efectos colaterales de, 198c, 365c
 interacciones de drogas con, 195
 manía, 363
 trastornos de ansiedad, 407, 408
 Clonidina, abstinencia de opioides, 298
 trastorno(s) de, ansiedad, 407, 408
 Tourette, 550
 Clorazepato, 188c, 271c
 Clordiazepóxido, 188c, 271c, 286c
 abstinencia de alcohol, 298
 demencia, 256
 intoxicación con estimulantes de sistema nervioso central, 298
 y amitriptilina, 190c
 Clorpromazina, 200c, 325
 agente estabilizador del ánimo, 197c, 364, 365c
 anorexia nerviosa, 489
 efectos colaterales de, 198c, 202c, 326c, 365c
 esquizofrenia, 326c
 Clozapina, 200c
 efectos colaterales de, 185c, 202-203, 202c, 326c, 364
 esquizofrenia, 326, 326c
 manía, 364
 mecanismo de acción de, 185c
 Clozaril. Ver Clozapina
 Cocaína, abuso, 274-277, 274c, 286c, 287c
 educación del paciente para prevención primaria de, 621c
 Codeína, 279c, 286c, 298
 Codependencia, 682
 Cogentin. Ver Benztropina
 Cognex. Ver Tacrina
 Cognición, 682
 Cognitiva, madurez, 689
 teoría, depresión, 342
 fobias, 390, 390f
 pánico y trastornos de ansiedad, 382
 trastorno de estrés postraumático, 400
 terapia, 230-231, 695
 depresión, 342
 fuga dissociativa, 438
 trastornos de, ánimo, 361-362
 ansiedad, 405-406
 personalidad, 516

- Cognitivo(s), desarrollo, 682
 dominio, 682
 trastornos, 237-257
 - amnésicos, 245-247
 - delirio, 238-239
 - demenzia, 239-245
 - incidencia de, 238
 - paciente/familia educación en, 253, 253c
 - plan de atención para, 251, 251c-252c
 - procesos de enfermería en, 247-253, 257
 - tratamiento médico de, 253-256, 254c
- Cohosh negro, 217c
- Colinesterasa, inhibidores, 254-255, 254c
- Colposcopio, 682
- Comer de manera impulsiva y purgarse, 478-479, 682
- Compartida, trastorno de psicosis, 312
- Compazina. *Ver* Proclorperazina
- Compenetración, 97, 682
- Compensación, 9c, 682
- Complejo de Electra, 19, 389
- Complementaria, medicina, 212-226, 231, 690
 - acupresión y acupuntura, 216
 - cobertura de seguros para, 213
 - comparada con la atención convencional de la salud, 214-215
 - dieta y nutrición, 216-224, 219f, 220c-223c
 - masaje, 225
 - quiropráctica, 224, 224f
 - remedios de hierbas, 215-216, 217c-218c
 - terapia de mascotas, 225-226
 - toque terapéutico, 224-225
 - yoga, 225, 225f
- Comportamiento(s), agresivo, 229, 680
 - apego y distanciamiento, 505
 - asertivo, 229, 680
 - autodestructivo, 505-506
 - comer, 477
 - moral, 51, 682
 - pasivo-agresivo, 229, 682
 - ritualista, 4, 395, 682
 - sexual, 449-451
 - modificación de, 690
 - en trastornos de alimentación, 488
 - objetivos de, 690
 - terapia de, esquizofrenia, 323
 - parafilia, 454
 - trastornos, ansiedad, 406-407
 - niños y adolescentes, 553-555
 - personalidad, 516
 - somatotomorfos, 434
- Compromiso, 59-61, 63
 - admisión voluntaria, 59-60
 - emergencia, 60
 - involuntario, 60-61
- Compulsiones, 391, 394. *Ver también* Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD)
- Computarizada, planificación electroencefalográfica, 46, 241, 250
- Computarizada, tomografía (CT), 44, 45c, 46, 241, 250
- Comunicación, 102-112
 - alteración verbal, autismo, 530, 531, 532c
 - esquizofrenia, 317, 319c-320c
 - retraso mental, 528, 529c
 - con adultos mayores, 598
 - escucha activa para, 106, 108
 - factores influyentes, 102-104
 - ambiente, 103-104
 - cultura o religión, 68, 69-70, 72, 75, 77c-78c, 103
 - edad o nivel de desarrollo, 103, 598
 - estado civil, 103
 - género, 103
 - valores, actitudes y creencias, 102-103
 - modelo transaccional de, 102
 - no verbal, 68, 103, 104-106, 112
 - apariencia física y vestimenta, 104
 - claves vocales o paralenguaje, 106
 - en autismo, 530
 - expresiones faciales, 105, 105c
 - movimiento, corporal y postura, 104
 - del ojo, 105-106
 - tacto, 104-105
 - privilegiada, 57-58, 692
 - registro de procesos de, 106
 - retroalimentación en, 108, 110-112
 - técnicas, no terapéuticas, 106, 109c-110c
 - terapéuticas, 106, 107c-108c
 - uso de intérpretes para, 68
 - Comunidad, 682
 - como paciente, 614
 - terapéutica. *Ver* Comunidad terapéutica
 - Comunitarias, facilidades residenciales, 628
 - Comunitarios, centros de salud mental, 612, 626, 638
 - cambios del enfoque de atención y, 612-613
 - intervenciones de prevención primaria, 613, 614-620
 - abuso de drogas, 621c
 - crisis de madurez, 615-619
 - situaciones de crisis, 619-620
 - intervenciones de prevención secundaria, 613, 613-614, 620-623
 - crisis de madurez, 620-622
 - situaciones de crisis, 622-629
 - intervenciones de prevención terciaria, 614, 623-629
 - para personas con enfermedades mentales graves y persistentes, 623-629
 - modelo de salud pública para, 613-614
 - para personas sin hogar, 629-638
 - Concentración de alcohol en la sangre, 270
 - Concerta. *Ver* Metilfenidato
 - Conciencia, 17
 - Concreto, pensamiento, 97, 314-315, 691
 - Condicionamiento. *Ver también* Teoría de aprendizaje
 - clásico, 553, 682
 - operante, 553, 690
 - Conducta, trastorno de, 540-544
 - criterios de diagnóstico para, 541
 - implicaciones etiológicas para, 540-541
 - plan de atención para, 542, 543c-544c
 - proceso de enfermería en, 541-542
 - síntomas de, 541-542
 - subtipos de, 540, 541
 - trastorno de personalidad antisocial y, 512, 540
 - Confianza, 21, 21c, 97-98
 - Confidencialidad, 57-58, 63, 97, 682
 - incumplimiento de, 62
 - Confusión, de papeles, 21c, 22
 - riesgo de, en pacientes en tratamiento con, ansiolíticos, 188
 - sedantes-hipnóticos, 206
 - Conocimiento deficiente, educación de la salud para. *Ver* Educación del paciente/familia
 - trastorno(s) de personalidad antisocial, 512
 - psicofisiológicos, 423, 424c-425c
 - Consciente, 17
 - Consentimiento informado, 59-59, 63, 682
 - Consolidación, fase del desarrollo, 24-25, 24c
 - Constipación, en adultos mayores, 599
 - inducida por fármacos
 - antidepresivos, 191
 - opioides, 280
 - Consulta, 127, 128
 - Continuidad, teoría de envejecimiento, 586
 - Contratransferencia, 100-101
 - Contratos, 57, 682
 - de contingencia, 683
 - en trastornos de alimentación, 488
 - no suicidio, 369
 - Controlada, patrón de respuesta (a violación), 571, 691
 - Convulsiones, abstinencia de alcohol, 298
 - inducidas por drogas, antipsicóticos, 202, 202c, 299, 364
 - bupropion, 193, 208, 363
 - Maprotilina, 363
 - inducidas eléctricamente. *Ver* Terapia electroconvulsiva (ECT)
 - Coroide, plexo, 33f
 - Coronaria, enfermedad cardiaca, 417-419, 423
 - Corticosteroides, 416, 422
 - en respuesta pelear-huir, 6
 - Corticotropina, hormona liberadora de (CRH), 42
 - Cortisol, 42, 44, 45
 - CPC (vías críticas de atención), 129-131, 130c, 697
 - “Crack”, 275
 - Crecimiento, hormona de (GH), 6, 40, 41, 41c
 - hormona inhibidora de hormona de (GHIH), 41
 - hormona liberadora de hormona de (GHRH), 41
 - Crecimiento y desarrollo, retraso de, en víctimas de abuso, 572, 574c
 - mental, 528
 - Creencias, 102-103, 683
 - centrales, 686
 - Creutzfeldt-Jacob, enfermedad, 245

- CRH (hormona liberadora de corticotropina), 42
- Criminalidad, trastorno de personalidad antisocial y, 511
- Crisis, 163-166, 163f, 174, 683
características de, 163
de transiciones de vida anticipadas, 165
disposición, 164-165
factores de equilibrio en la respuesta a, 164, 164f
madurez/desarrollo, 165-166
intervenciones de prevención, primaria para, 615-619
secundaria para, 623
tipos de 164-166, 174
- Cristiana, ética, 52, 62, 686
- CT (tomografía computarizada), 44, 45c, 46, 241
- Cuerpo, calloso, 33f
celular, 35, 683
- Cuidadores, atención psiquiátrica a domicilio para, 629, 633c
fatiga psicológica de, 600, 602c, 605
- Culpa, duelo y, 10, 11
iniciativa *vs.* 21-22, 21c
- Cultura, 67-81, 86, 88-89, 683
americanos, de islas del Pacífico/Asia, 72-73, 77c, 88-89, 651
de oeste de Europa, 74, 78c, 89
del norte de Europa, 69, 77c, 86
árabes-americanos, 74-75, 78c, 89
basado en estereotipificación, 67, 686
diferencias entre, 68-69, 77c-78c, 86
distribución en Estados Unidos, 67f
envejecimiento y, 590-591, 605
impacto en la comunicación, 68, 69-70, 72, 75, 77c-78c, 103
judíos-americanos, 75-76, 78c, 89, 651-652
latino-americanos, 73-74, 77c, 89, 652
nativos-americanos, 71-72, 77c, 88, 266, 267, 281, 282, 652
personas de raza negra, 69-71, 77c, 86, 88
proceso de enfermería y, 69-76
rituales de muerte y, 650-652
síndromes relacionados con la, 76, 79, 80c-81c, 89
trastornos relacionados con sustancias y, 72, 73, 266-267
vs. etnicidad, 67
- Culturización, 68, 72
- Curandera(o), 73, 89, 683
- Cushing, enfermedad de, 42, 341, 481
- Cymbalta. *Ver* Duloxetina
- D**
- Dalmane. *Ver* Flurazepam
- DAR, formato de documentación, 134-135, 136c
- Darvon. *Ver* Propoxifeno
- Deambular, 255
- Decisión ética de decisiones, 51, 54, 54c, 55, 62-63
- Declaraciones anticipadas, 657, 683
- Déficit de atención/hiperactividad, trastorno de (ADHD), 531-540
criterios de diagnóstico para, 535-540
epidemiología de, 531
farmacoterapia para, 206-208, 206c, 209, 537-540
implicaciones etiológicas para, 533-534
plan de atención para, 535, 536c-537c
planificación de concepto, 538f
procesos de enfermería en, 534-537
síntomas de, 531, 534
subtipos de, 531, 533, 535
trastorno, bipolar y, 533, 354
de personalidad antisocial y, 512
- Delirio, 238-239, 256, 315, 683
abstinencia de sustancia, 239, 270
en adultos mayores, 590
implicaciones etiológicas para, 239, 246
síntomas de, 238
tratamiento de, 253
- Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), 283, 284. *Ver* Cannabis, uso de
- Demencia, 239-245, 683
alteraciones del sueño y, 256
ansiedad y, 256
de tipo Alzheimer, 241-243, 241f, 242f
depresión y, 255
en adultos mayores, 589-590
mortalidad relacionada con antipsicóticos para, 204
etapas de, 240-241
implicaciones etiológicas para, 241-246
primario, 239, 692
relacionado con VIH, 239, 244, 683
reversibilidad de, 240, 253
secundaria, 239, 683
síntomas de, 239-241
tratamiento médico de, 253-256, 254c
vascular, 243-244
vs. pseudodemencia, 247, 250c
- Demerol. *Ver* Meperidina
- Democrático, líder, 154, 154c, 158
- Demonología y enfermedad mental, 4
- Dendritas, 35, 36f, 683
- Densidad (de población), 68, 78c, 104, 683
- Deontología, 52
- Depakene; Depakote. *Ver* Valproico, ácido
- Depresión, 333-336, 339-352, 372-373
adolescentes, 343-344
adultos mayores, 344-345, 590, 598
atención en casa para, 631c-632c
anaclítico, 342
bipolar, 336
condiciones fisiológicas y, 338, 341
demencia y, 255
diagnóstico de, 335, 336
educación del paciente/familia en, 352
epidemiología de, 334-335
estacional, 43, 44, 335
grave, 346, 346f, 347
- implicaciones etiológicas para, 339, 345
inducido por sustancias, 338-339, 341
leve, 345, 346, 346f
moderada, 345, 346, 346f
niños, 342-343
pasajera, 345, 346, 346f
patológica, como respuesta de duelo distorsionada, 11, 12, 650, 650c
perspectiva histórica en, 333-334
plan de atención para, 348c-350c
planificación de concepto, 351f
posparto, 335, 345, 683
preparatorio, 644
proceso de enfermería en, 345-352
prueba de supresión de dexametasona para, 44, 341
- reactiva, 644
- relacionado con disfunción sexual, 459, 463c
- respuesta de duelo, 10, 345, 644, 644c
- secundaria, 341
- seudodemencia de, 247, 250
- teorías biológicas de, 44, 339-341, 340f
- trastorno de, estrés postraumático y, 398
- personalidad límitrofe y, 505
- tratamiento de, 360-366
en demencia, 254c
farmacológica, 189-195, 190c, 362-363, 364
- psicoterapia, 360
- terapia, cognitiva, 361-362
de estrógenos, 43
electroconvulsiva, 364-366
familiar, 361
- Derechos, 51, 54-55, 693. *Ver también* Pacientes, derechos de los
- Desinstitucionalización, 612, 613, 624, 684
personas sin hogar y, 634
- Desarrollo, cognitivo, 684
comunicación relacionada con el nivel de, 103
envejecimiento y, 585
personalidad, 15-28, 407c, 496, 506-507
psicossexual, 18-19, 18c
sexual, 449-451
- Descubrimiento guiado, 683
- Desesperación, 21c, 23
- Desesperanza, 349c, 369
- Desintoxicación, 292, 683
- Desipramine, 190c, 192c, 299, 364c, 434
- bulimia nerviosa, 489
trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 537
- Desoxyn. *Ver* Metanfetamina
- Despersonalización, 8, 315-316, 684
inducida por alucinógenos, 281, 283
trastorno de, 416, 436, 441, 443
- Desplazamiento, 9c, 684
- Desrealización, 436, 684
- Desyrel. *Ver* Trazodona
- DET (dietiltiptamina), 281c

- Dexametasona, prueba de supresión, depresión, 44, 341
 trastorno obsesivo-compulsivo, 395
- Dexedrina. *Ver Dextroanfetamina*
- Dexmetilfenidato, 206, 206c, 274c, 286c, 537-539
- Dextroanfetamina/anfetamina, compuesta, 206c, 274c, 537
- Diabetes mellitus, 481
 inducida por antipsicóticos, 204
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, 8, 117
- abstinencia de sustancias en, 265
 abuso de sustancia en, 263
 agorafobia sin historia de, pánico en, 387
 anorexia nerviosa en, 478
 bulimia nerviosa en, 479
 definición de, enfermedad mental en, 5
 personalidad en, 16
 dependencia de sustancias en, 264
 disfunciones sexuales en, 456
 episodio maníaco en, 338
 esquizofrenia en, 306, 310
 factores psicológicos que afectan alguna condición médica, 414
 fobia, específica en, 388-389
 social en, 388
 intoxificación por sustancias en, 264-265
 síndromes ligados a la cultura en, 76, 79, 80c-81c
 sistema de evaluación multiaxial de, 4, 11-12, 12c
 categorías y códigos Ejes I y II, 663-669
- trastorno(s), ansiedad, generalizada en, 382
 inducida por sustancias en, 404
 por condición médica general, 404
 por separación en, 551
 ciclotímico en, 338
 conducta en, 540, 541
 déficit de atención/hiperactividad, 535
 depresión mayor, 336
 desafiante por oposición en, 545
 despersonalización en, 436
 disfórico premenstrual en, 337
 distímico en, 337
 estrés postraumático en, 398, 399
 identidad, de género en, 469
 disociativa en, 436
 obsesivo-compulsivo en, 391, 394
 personalidad en, 497, 518
 antisocial, 511
 límitrofe, 504
- Diagnóstico de enfermería, 117, 127-129, 138, 684. *Ver también* Diagnósticos de enfermería específicos
 adultos mayores, 599-600
 atención psiquiátrica en casa, 630
 depresión, 347, 348c-350c
 esquizofrenia, 131, 316-317, 318-320c
 implicaciones culturales para, 79
 jerarquía de Maslow de las necesidades en prioridades de, 131
- NANDA, clasificación de, 82, 86, 117, 123-125, 127-128, 138, 670-675
 necesidades espirituales, 86
 paciente(s), que ha experimentado un evento traumático, 173, 175c-178c
 sin hogar, 637
 suicida, 369
 por expresión inapropiada de enojo, 170
 procesos de duelo, 652
 retraso mental, 528, 529c
 síndrome de Tourette, 548, 549c
 terapia de drogas psicotrópicas, ansiolíticos, 186-188
 antidepresivos, 191-192
 antipsicóticos, 201
 fármacos, estabilizadores del ánimo, 197
 para déficit de atención/hiperactividad, 207
 sedantes-hipnóticos, 206
 trastorno, alimentación, 482
 ansiedad por separación, 551, 552c
 autista, 531, 532c-533c
 bipolar, 356, 357c-358c
 cognitivos, 251, 251c-252c
 conducta, 542, 543c-544c
 déficit de atención/hiperactividad, 534, 536c-537c
 desafiante por oposición, 545, 546c-547c, 554
 disociativos, 437, 439c-441c
 estrés postraumático, 400, 401c-402c
 fóbicos, 385c, 391
 obsesivo-compulsivo, 395, 396c
 pánico y ansiedad generalizada, 383, 385c
 personalidad, antisocial, 512
 límitrofe, 507
 psicofisiológicos, 422-423, 424c-425c
 relacionados con sustancias, 290-291, 291c-292c
 sexuales, 459
 somatomorfos, 428, 429c-432c
 víctimas de abuso, 571-572
- Diazepam, 188c, 271c, 286c
 demencia, 256
 esquizofrenia, 327
 retraimiento por alcohol, 298
- Dicotómico, pensamiento, 691
- Didrex. *Ver* Benzefatamina
- Diencefalo, 32, 32c, 35
- Dieta. *Ver* Nutrición
- Dietiltriptamina (DET), 281c
- Dietitian, 145c, 656
- Difamación, 62, 687, 684
 de carácter, 62, 684
- Difenhidramina, 203c
- Diferenciación, fase del desarrollo, 24, 24c, 506
- Dilauidid. *Ver* Hidromorfona
- Dilema ético, 52-53, 684
- Dimetiltiptamina (DMT), 281c, 286c
- 2,5-Dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM; STP), 281c, 282, 286c
- Dinorfina en síndrome de Tourette, 597
- Discinesia tardía, 203, 684
- Disfunción erétil, 456, 457
 tratamiento de, 465-466
- Dispareunia, 457, 459, 684
 tratamiento de, 466
- Distancia, cultura y, 68
 íntima, 68, 104, 684
 personal, 68, 104, 684
 pública, 104, 692
 social, 68, 104, 694
- Distímico, trastorno, 189, 335, 337, 345, 697
- Distonía, 203, 684
- Distracción, 684
- Disulfiram, 295-296, 684
- Diurético, abuso de, 479
- Divorcio, 451, 620, 622
- Dix, Dorotea, 612
- DMT (Dimetiltiptamina), 281c, 286c
- Documentación, 134-138
- Dolophine. *Ver* Metadona
- Dolor, artritis reumatoideos, 421-422
 envejecimiento y sensibilidad a, 588
 migraña, dolor de cabeza, 420-421
 opioides analgésicos para, 278, 279
 paciente(s), adulto mayor, 599
 con tratamiento para déficit de atención/hiperactividad, 207
 trastornos de somatomorfos y, 428, 430c
- DOM (2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina), 281c, 282, 286c
- Doméstica, violencia, 562, 565-567, 566f. *Ver también* Abuso de pareja íntima
 personas sin hogar, 634
- Dominio afectivo, 678
- Dominios de aprendizaje, 685
- Donezepil, 254c, 255
- Dopamina, 37
 anorexia nerviosa, 44, 45
 comportamiento agresivo, 563, 564f
 efectos de drogas psicotrópicas en, 185c, 189-190, 307
 esquizofrenia, 43, 307-309, 308f
 trastorno, bipolar, 353
 de déficit de atención/hiperactividad, 533
 de Tourette, 547
 desafiante por oposición, 542
- Doral. *Ver* Quazepam
- Doxepin, 190c, 192c, 364c, 434
- DRG (grupos relacionados con el diagnóstico), 129, 613, 687
- Droga(s), antiinflamatorias no esteroideas, 419, 422
 diseñador, 281, 281c, 282
 violación, 271c
- DSM-IV-TR*. *Ver* *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- Dual, diagnóstico de pacientes, 289-290
- Duda, 21, 21c
- Duelo, 10-11, 12, 643-658, 685
 anticipado, 10, 11, 647, 658, 685
 crónico o prolongado, 11, 648, 658

cultura y, 650-652
disfuncional, 652, 653c
atención psiquiátrica en casa para, 631c
depresión, 347, 349c
pacientes adultos mayores, 599
trastorno de estrés postraumático, 507,
508c-509c
trastorno de personalidad limítrofe, 507,
508c-509c
duración de, 11, 646-647, 658
entre adultos mayores, 589, 599, 649-650
entre sobrevivientes de víctimas de suicidio,
371
etapas de, 643-646, 644c, 657-658
Bowlby, 644c, 645
Engel, 644c, 645
Kübler-Ross, 10, 12, 643-645, 644c
Worden, 645-646
exagerado (distorsionado), 11, 345, 599,
658, 685
no adaptativo, 11, 12, 647-648, 658
orientación, 656
plan de atención de, 652, 653c-654c
proceso de enfermería en, 648-654
resultado de, 11, 647
retrasado o inhibido, 11, 647-648, 658, 685
sobrecarga, 11, 589, 605, 649-650, 695
vs. depresión, 650, 650c
Duloxetina, 185c, 190c, 364c
Duragesic. *Ver* Fentanil

E

Echinacea, 217c
Eclampsia, 684
Ecolalia, 315, 548, 685
Economía de fichas, 554-555, 685
Ecopraxia, 315, 685
ECT. *Ver* Terapia electroconvulsiva (ECT)
Edipo, complejo, 19, 389, 453
Educación del paciente y familia, depresión,
352
esquizofrenia, 321, 323
para terapia de drogas psicotrópicas, antide-
presivos, 194
antipsicóticos, 204
fármacos, ansiolíticos, 189
estabilizadores del ánimo, 199-200
para trastorno de déficit de atención/
hiperactividad, 208
sobre, medicina complementaria, 213
suicidio, 370-371
trastorno(s), alimentación, 482, 488
ansiedad, 405
bipolar, 358, 360
cognitivos, 253
psicofisiológicos, 423, 424
relacionados con sustancias, 292, 294
para prevención primaria, 621c
sexuales, 465
EEG (electroencefalograma), 45-46, 45c,
250, 437

Effexor. *Ver* Venlafaxina
Egoísmo ético, 52, 62, 685
EHR (registro electrónico de salud), 136-138
Ejercicio(s), enfermedad coronaria y, 418
enfoque de sensaciones, 465, 466
hipertensión y, 420
para manejo de peso, 223
respiración profunda, 228
Elavil. *Ver* Amitriptilina
Electroconvulsiva, terapia (ECT), 183, 364-
366, 696
adultos mayores, 344
efectos colaterales de, 365
mecanismo de acción de, 364-365
medicamentos utilizados para, 366
riesgos de, 365-366
trastornos de ánimo, 364
Electroencefalograma (EEG), 45-46, 45c,
250, 437
Electrólitos, alteraciones, en depresión, 341
en trastorno bipolar, 353
Ello, 16-18, 17c, 685
Emaciado, 685
Emergencias, psiquiátricas, 166
compromiso involuntario en, 60
Emocional, ambivalencia, 316
Empatía, 98-99, 684
Empleo, de adultos mayores, 583-584, 591
desempleo de personas con enfermedades
mentales graves, 624
jubilación de, 591, 592-594, 605
intervenciones de prevención, primaria
para, 618-619
secundaria para, 622
Encefalinas, 38
Encefalopatía, hepática, 270, 685
Wernicke de, 269, 697
Endep. *Ver* Amitriptilina
Endorfinas, 38, 216
en trastornos somatomorfos, 427-428
Enfermedad de Addison, 42, 341
Enfermera(o), autorrevelación por, 98, 101
como miembro de equipo interdisciplinario,
131-132
como responsable de un caso, 129
estándares de atención para, 116-117, 126-
128
examinadora en ataque sexual, 685
hospicio, 655
intervenciones de práctica avanzada de,
126-127, 128
legal de, 61-62, 63
papeles de, 25, 143, 145
líder, 25
maestra, 25, 126, 128, 145, 146c
orientador, 25, 99, 691
persona de recurso, 25
sustituta, 25, 695
técnico experto, 25
responsabilidad legal de, 61-62, 63
Enfermera-paciente, relación, 96-102, 112
condiciones esenciales para, 97-99, 112
autenticidad, 98
compenetración, 97
confianza, 97-98
empatía, 98-99
respeto, 98
contratransferencia en, 100-101
en comunidad terapéutica, 145
evasión de responsabilidad y, 62, 63
fases de, 25-26, 99-101, 99c
límites en, 101-102
naturaleza orientada al objetivo de, 96, 112
transferencia en, 100
uso terapéutico del ser en, 96, 97
Enfermería, actas de práctica de, 56, 62, 127
clasificación de, intervenciones (NIC), 117,
126
resultados (NOC), 117
en desastres, 170, 173-174, 175c-178c
en el hogar, 594-595, 599, 605
historia y herramienta de valoración, 118-
122
proceso de, 115-138, 693
aplicaciones de, 131-132
adultos mayores, 598-604
agresión y abuso, 565-572
atención psiquiátrica en casa, 630
enfermería en desastres, 173-174
fobias, 387-391
manejo de, caso, 626
enojo y agresividad, 169-170
necesidades espirituales y religiosas,
84-86
paciente, en duelo, 648-654
suicida, 366-372
personas sin hogar, 636-637
retraso mental, 527-528
terapia de drogas psicotrópicas, 186-
208
trastorno(s), alimentación, 478-488
ansiedad generalizada, 382-387
ansiedad por separación, 551-553
autista, 530-531
bipolar, 355-360
cognitivos, 247-253, 257
conducta, 541-542
déficit de atención/hiperactividad,
534-537
depresivos, 345-352
desafiente por oposición, 544-545,
554-555
disociativos, 434-443
estrés postraumático, 398-404
obsesivo-compulsivo, 391-398
pánico, 381-387
personalidad, 504-513
antisocial, 509-513
limítrofe, 504-509
psicofisiológicos, 416-425
psicóticos, 131-132, 313-321
relacionados con las sustancias, 285-
294
sexuales, 459-462
somatomorfos, 426-434
Tourette, 547-548

- Enfermería (*cont.*)
proceso (*cont.*)
 - definición de, 116, 116f
 - diagnóstico en, 117, 123-125, 127-129
 - documentación de, 134-138
 - estándares de atención y, 116-117, 126-128
 - evaluación en, 127
 - identificación de resultados en, 117
 - implementación en, 126-127
 - implicaciones culturales para, 69-81
 - planeación en, 117, 126
 - planificación de concepto y, 132
 - valoración en, 116-117, 118-122
- Enfrentamiento, defensivo, retraso mental, 528
trastorno, de conducta, 542, 543c
 - de personalidad antisocial, 512, 515c
 - desafiante por oposición, 545, 546c
- en situaciones estresantes, 164
familia discapacitada, esquizofrenia y, 317, 320c
ineficiente, comunidad que tiene una experiencia de evento traumático, 178c
persona que expresa enojo de manera inapropiada, 170, 171c
retraso mental, 528
trastorno(s), de ansiedad por separación, 551, 552c
 - disociativos, 437, 439c-440c
 - obsesivo-compulsivo, 395, 396
 - psicofisiológicos, 423, 424c
 - relacionados con sustancias, 290, 291c
 - somatomorfos, 428, 429c
- para aliviar ansiedad leve, 7-8
riesgo de suicidio y, 369
- Engel, George, etapas de duelo, 644c, 645, 646, 658
Enero, 685
comportamientos relacionados con, 169
en respuesta de duelo, 10, 11, 169, 345, 644, 644c
interiorizado, 345
proceso de enfermería en el manejo de, 169-170, 171c-173c, 174
- Enredo, 685
Ensalada de palabras, 315, 697
Enseñanza, grupos de, 150-151
Entrenamiento para ir al baño, 18
Envejecimiento, 582. *Ver también* Adultos mayores
 - adaptación a las tareas de, 589-590
 - aspectos, psicológicos de, 588-590, 599
 - sexuales de, 590-591
 - socioculturales de, 590-591
 - cambios fisiológicos con, 586-588, 598-599
 - aparato, cardiovascular, 586
 - gastrointestinal, 587
 - genitourinario, 587
 - músculo-esquelético, 587
 - respiratorio, 587
 - piel, 586
- sistema(s), endocrino, 587
 - inmunitario, 587-588
 - nervioso, 588
 - sensoriales, 588
- comunicación y, 103
concepto de cambio de “viejo”, 582-583
teorías, biológicas de, 584-585
 - psicosociales de, 585-586
- Epinefrina en respuesta de huir o pelear, 6
EPS (síntomas extrapiramidales), fármacos anti-parkinson para, 203c, 209, 326
inducida por antipsicóticos, 202c, 203, 326c, 695
- Equanil. *Ver* Meprobamato
Erikson, Erik, 567, 585
 - teoría psicosocial del desarrollo, personalidad, 21-23, 21c, 497c
- Escitalopram, 190c, 192c, 364c
Escucha activa, 106, 108
Escutelaria, 218c
Eskalith. *Ver* Carbonato de litio
“Esnifar”, 277
Esofagitis inducida por alcohol, 269
Específica, fobia, 388-389, 389c, 691
Esperanza, 82-83
Espiritual(es), atención, 81-89
 - necesidades, 82-86, 89
 - plan de atención de, 87c-88c
 - religión de, 84-85
- Espiritudad, 81-82, 695
Esquemas, 686
Esquitoafectivo, trastorno, 10, 311
Esquizofrenia, 10, 305-311, 321-327
 - catatónica, 310-311
 - criterios de diagnóstico para, 306
 - desorganizada (hebefrénica), 310
 - edad de inicio de, 305
 - educación del paciente y familia en, 321, 323
 - en adultos mayores, 590
 - fases en el desarrollo de, 306, 327
 - hipótesis, de dopamina, 307-309, 308f
 - downward drift*, 310
 - implicaciones etiológicas para, 307-310
 - indiferenciada, 311
 - neurobiología de, 43, 308-309
 - paranoide, 311, 314
 - personalidad premórbida y, 305-306
 - plan de atención para, 318c-320c
 - planificación de concepto, 133f, 322f
 - prevalencia de, 305
 - proceso de enfermería, 131-132, 313-321
 - prognosis para, 307, 325
 - residual, 306, 311
 - síntomas de, 306, 314-316
 - positivos y negativos, 316, 317
 - suicidio y, 305
 - tratamiento de, 305, 321-327
 - Assertive Community Treatment*, 325
 - entrenamiento de habilidades sociales, 323-324
 - farmacológica, 200-204, 200c, 325-327, 326c
- psicoterapia individual, 321-323
terapia, ambiental, 324
 - de comportamiento, 323
 - de grupo, 323
 - familiar, 324-325
- Esquizofreniforme, trastorno, 312
Esquizoide, trastorno de personalidad, 306, 498-499, 697
Esquizotípico, trastorno de personalidad, 499, 697
Estancamiento, 21c, 23
Estándares de atención, 116-117, 126-128
Estazolam, 205c
Estereotipados, comportamientos en autismo, 531
Estereotipificación, 67, 686
Estimulantes, fármacos. *Ver* Estimulantes de sistema nervioso central (SNC)
Estímulos, 686
 - contextuales, 686
 - discriminativos, 686
 - focales, 686
 - generalización, 687
 - repugnantes, 680
 - residuales, 686
- Estrés, 695. *Ver también* Trauma
 - abuso de adultos mayores y, 597
 - adaptación a, 5-6
 - colitis ulcerativa y, 422
 - definición de, 6, 12
 - enfermedad coronaria y, 418
 - esquizofrenia y, 310
 - mecanismos de enfrentamiento y, 7-8
 - migraña y, 421
 - respuestas, físicas a, 5-6, 228
 - etapas de, 6, 12
 - síndrome de pelear o huir, 6, 12
 - psicológicas a, 6-12, 414-415
 - suicidio y, 369
 - trastorno de estrés postraumático y, 398-404
 - úlceras pépticas y, 419
 - vs. ansiedad o miedo, 380
- Estrógeno, 42, 341, 591
 - para hombres transexuales, 469, 592
 - terapia de reemplazo, 592
- Estudios, de adopción, depresión, 339
esquizofrenia, 307
 - gemelares, alcoholismo, 265
 - autismo, 530
 - depresión, 339
 - esquizofrenia, 307
 - homosexualidad, 467
 - trastorno, bipolar, 352-353
 - déficit de atención/hiperactividad, 533
 - Tourette, 547
- Estupor, catatónico, 311
Eszopiclone, 205c, 254c, 256
Etapa anal de desarrollo psicosexual, 18, 18c
Etclovinol, 272

Ética, 51-55, 62-63, 684
 código, de Concejo Internacional de Enfermeras, 81
 de la Asociación Americana de Enfermeras de, 51, 52, 62
 derechos de los pacientes, 51, 54-55
 principios de, 53-54, 62
Etnicidad/raza, 684. *Ver también* Cultura americana, de islas del Pacífico, Asia, 72-73, 77c, 88-89, 651
 del norte de Europa, 69, 77c, 86
 del oeste de Europa, 74, 78c, 89
 árabes-americanos, 74-75, 78c, 89
 colitis ulcerativa y, 422
 distribución en Estados Unidos, 66f
 judíos-americanos, 75-76, 78c, 89, 651-652
 latino-americanos, 73-74, 77c, 88, 266
 nativos-americanos, 71-72, 77c, 89, 266, 267, 281, 282, 652
 personas, de raza negra, 69, 650
 sin hogar y, 633
 suicidio y, 366
 trastornos, del ánimo y, 334-335
 relacionados con sustancias y, 72, 73, 266-267
 variaciones biológicas y, 69, 77c-78c
vs. cultura, 67
Evaluación (proceso de enfermería), 127, 128
 atención, para adultos mayores, 600
 psiquiátrica en casa, 630
 autismo, 531
 depresión, 352
 esquizofrenia, 321
 implicaciones culturales para, 81
 intervención en crisis, 168-169
 manejo de ira/agresión, 170-1537
 necesidades espirituales, 434
 paciente(s), que experimentaron algún evento traumático, 174
 sin hogar, 638
 suicidas, 372
 proceso de duelo, 652, 654
 retraso mental, 528
 trastorno(s), alimentación, 482, 488
 ansiedad por separación, 553
 bipolar, 358-360
 cognitivos, 253
 conducta, 542
 déficit de atención/hiperactividad, 535
 desafiante por oposición, 545, 555
 disociativos, 438
 estrés postraumático, 401, 404
 fóbicos, 391
 obsesivo-compulsivo, 395, 398
 pánico y ansiedad generalizada, 383, 387
 personalidad antisocial, 513
 personalidad límitrofe, 507, 509
 psicofisiológicos, 423-425
 relacionados con sustancias, 292-294
 sexuales, 462
 somatomorfos, 434
 Tourette, 548

Exelon. *Ver* Rivastigmina
 Exhibicionismo, 452, 686
 Expresiones faciales, 105, 105c
 Extinción, 686
 Extramarital, sexo, 451
 Extrapiramidales, fármacos antiparkinson para, 203c, 209, 326
 síntomas (EPS), inducidos por antipsicóticos, 202c, 203, 326c, 695
Eyaculación, envejecimiento y control de, 592
 prematura, 457, 458, 466, 686
 retraso, 456-457, 686
 retrógrada, 201, 686

F

Factor de estrés, 163-164, 174, 369, 380, 695
Fálica, etapa del desarrollo psicosexual, 18-19, 18c
Falsa prisión, 59, 62, 684
Falta de atención, en déficit de atención/hiperactividad, 531, 533, 534, 535
Familia, tratamiento enfocado a (FFT), en trastorno bipolar, 355
Familia, abuso infantil en, 567-569
 de víctima de suicidio, 371-372
 dinámicas de, homosexualidad y, 467-468
 trastorno(s), alimentación y, 480
 ansiedad por separación y, 550-551
 conducta y, 541
 desafiante por oposición y, 544
 personalidad antisocial y, 512
 somatomorfos y, 428
 educación de. *Ver* Educación del paciente/familia
 esquizofrenia y patrones de interacción en, 309-310
 genograma de, 156, 156f
 negación de conflicto en, 480
 personas sin hogar, 633
 relaciones incestuosas en, 452, 568-570
 valoración de, 156
 violencia en, 562
Familiar, sistema, 156, 695
 terapia, 156-157, 158
 esquizofrénica, 324-325
 familias que manifiestan violencia, 575-578
 trastornos, alimentación, 489
 ánimo, 343, 354-355, 361
 estrés postraumático, 407
 niñez y adolescencia, 553
 relacionados con sustancias, 297
Fe, 82. *Ver también* Religión; Religiosidad; Espirituales
Femenino, trastornos, de excitación sexual, 456, 457, 458
 tratamiento de, 465
 orgásmico, 456, 457-458
 tratamiento de, 466
Fenciclidina (PCP), 281-283, 281c, 286c, 288c, 687

Fendimetzina, 274c, 286c
 Fenelzina, 190c, 364c, 408, 489
 Fenobarbital, 205c, 271c, 272, 298
 Fenotiazinas, 183, 200c, 202c, 208, 326c.
Ver también Antipsicóticos
Fenotipo, 691
 Fentanil, 279c
 Fentermina, 274c
 Fentoína, 434, 564
 Fentolamina, 466
 Fetal, síndrome de alcohol, 533
 Fetichismo, 452, 685
 transvestico, 452, 454, 687
FFT (familia-tratamiento enfocado a), en trastorno bipolar, 355
 Filipino-americanos, 651
Física, apariencia, 104
 movilidad alterada en pacientes adultos mayores, 599
Físico, ser, 691
Fisostigmina, 254
Flexibilidad cérea, 311, 316, 687
 Flufenazina, 200c, 326c
 Flunitrazepam, 271c
 Fluoxetina, 190c, 192c, 344, 364c, 408, 434
 para trastornos de, alimentación, 489
 ansiedad, 407, 408
 Flurazepam, 205c, 256, 271c
 Fluvoxamina, 190c, 192c, 364c, 408, 434
Fobia, 8, 387-391, 687
 agorafobia, 381, 382, 387, 678
 específica, 388-389, 389c, 687
 implicaciones etiológicas para, 11, 389-391, 390f
 plan de atención para, 391, 392c
 planificación de concepto, 393f
 social, 387-388, 687
 tratamiento de, 404-408
Focalin. *Ver* Dexmetilfenidato
Focus Charting®, 134-135, 136c, 687
Fólico, ácido, 222c
Folículos, hormona estimulante de (FSH), 42-43
Folie à deux, 312
Forense, enfermería, 685
Formación, 687
Fórnix, 34f, 35
Fosfodiesterasa 5, inhibidores, 466
Fósforo, en la dieta, 222c
Freud, Anna, 8, 18
Freud, Sigmund, concepto de, ansiedad y prueba del Yo, 8
 dinámica de la personalidad, 17-18
 fobias, 389
 neurosis ansiosa, 380
 orientación sexual, 467
 topografía de la mente, 17
 teoría de, estructura de la personalidad, 16-17, 17c
 etapas de desarrollo psicosexual, 18-18c
Frontales, lóbulo del cerebro, 33f, 34
Froteurismo, 452-453, 685

FSH (hormona estimulante de folículos), 42-43
 Fuga disociativa, 8, 416, 435-436, 438, 441, 443
 Fuga, disociativa, 8, 416, 435-436, 438, 441, 443
 Funcionamiento adaptativo, 526

G

GABA. *Ver* Ácido gammaaminobutírico (GABA)
 Gabapentina, 196c
 convulsiones por abstinencia de alcohol, 298
 efectos colaterales de, 198c, 365c
 interacciones de drogas con, 195
 manía, 363, 365c
 GAF, escala (*Global Assessment of Functioning*), 12
 Galantamina, 254c, 255
 Gammaaminobutírico (GABA)
 efectos de drogas psicotrópicas en, 185c, 186
 en trastorno(s), de ansiedad, 44
 Tourette, 547
 Gasto cardiaco, disminuido, en pacientes adultos mayores, 599
 Gastrointestinal, aparato, cambios con el envejecimiento, 587
 efectos de drogas en
 alcohol, 269
 antidepresivos, 192, 192c, 193
 antipsicóticos, 201
 estimulantes del sistema nervioso central, 207, 276
 inhalantes, 278
 opioides, 280
 Gay, personas, 467-468
 General, área sensorial del cerebro, 33f
 síndrome de adaptación, 6
 Generalizado, trastorno de ansiedad, 8, 382-387, 696
 implicaciones etiológicas para, 382-383
 plan de atención para, 383, 385c
 planificación de concepto, 386f
 tratamiento de, 404
 Generatividad, 21c, 23
 Género, anorexia nerviosa y, 478
 artritis reumatoide y, 421
 autismo y, 530
 comunicación y, 103
 enfermedad coronaria y, 417
 identidad de, 449, 469-470
 personas sin hogar y, 633
 suicidio y, 366
 trastorno(s), ánimo y, 334
 ansiedad y, 381, 409
 déficit de atención /hiperactividad, 531
 identidad de, 469
 somatomorfos y, 416
 úlcera péptica y, 419

Genéticos, factores, 47
 artritis reumatoide y, 421
 asma y, 416
 autismo y, 416
 cáncer y, 417
 colitis ulcerativa y, 422
 comportamiento agresivo y, 563
 depresión y, 339
 enfermedad coronaria y, 418
 de Alzheimer y, 243
 envejecimiento y, 584
 esquizofrenia y, 307
 hipertensión y, 420
 migraine y, 420
 obesidad y, 481
 retraso mental y, 526
 trastorno(s), alimentación, 479
 ansiedad por separación, 550
 bipolar, 352-353
 conducta, 540
 déficit de atención/hiperactividad, 533
 identidad disociativa, 437
 pánico, 382-383
 personalidad antisocial, 511
 personalidad límitrofe, 506
 relacionados con sustancias, 265
 somatomorfos, 427
 Tourette, 547
 Genital(es), etapa de desarrollo psicosexual, 18c, 19
 herpes, 471c
 verrugas, 471c
 Genitourinario, aparato, cambios en el envejecimiento, 587
 enfermedades de transmisión sexual, 449, 450, 468, 470, 471c-472c
 Genograma, 156, 156c, 685
 Genotipo, 685
 Geodon. *Ver* Ziprasidona
 Geriatría, 582, 687
 Gerontología, 582, 687
 Geropsiquiatría, 582, 687
 Gestación, falsa, 427
 trastornos psiquiátricos postparto, 335, 345, 696
 “tristeza de la maternidad”, 345
 GH (hormona de crecimiento), 6, 40, 41, 41c
 GHIH (hormona inhibidora de hormona de crecimiento), 41
 GHRH (hormona liberadora de hormona de crecimiento), 41
 Ginecomastia, 201, 687
 Ginkgo, 217c
 Ginseng, 217c
 Glicina, 37
 Glicopirrolato, 366
Global Assessment of Functioning (GAF), escala, 12
 Glosario, 678-698
 Glutamato, 38, 255
 Glutetimida, 272
 GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), 40-42
 “Golpear al abuelo”, 595, 687
 Gonorrhea, 471c, 687
 Grupo(s), 149-158
 apoyo, 151. *Ver también* Grupos de autoayuda
 para pacientes con diagnóstico dual, 290
 condiciones físicas que influyen dinámicas de, 151-152, 157
 de terminación abierta vs. terminación cerrada, 152, 157
 estilos de liderazgo en, 154, 154c, 158
 factores curativos entre, 152, 158
 familia como, 156-157
 fases del desarrollo de, 153-154, 158
 funciones de, 150
 papeles, de la enfermera en, 157, 158
 de los miembros dentro del, 154-155, 155c, 158
 psicodrama en, 155-156, 158
 relacionados con diagnóstico (DRG), 129, 613, 687
 terapia de, 151, 687
 esquizofrenia, 323
 fuga disociativa, 441
 trastorno(s), ánimo, 361
 estrés postraumático, 407
 niños y adolescentes, 553
 personalidad, 516
 relacionados con sustancias, 297
 somatomorfos, 434
 vs. grupos terapéuticos, 151, 157
 tipos de, 150-151, 157

H

Hachís, 283-285, 284c, 286c
 Halcion. *Ver* Triazolam
 Haldol. *Ver* Haloperidol
 Haloperidol, 200c
 demencia, 254c, 255
 efectos colaterales de, 185c, 202c, 326c
 esquizofrenia, 326c
 intoxicación de sistema nervioso central por estimulantes, 298
 mecanismo de acción de, 185c
 trastorno de Tourette, 548
Harrison Narcotic Act, 279
Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), 57
Helicobacter pylori, infección por, 419
 Hematológicos, efectos de drogas,
 alcohol, 270
 clozapina, 202-203
 mirtazapina, 363
 Hemisferios, cerebrales, 32
 Hepática, encefalopatía, 270, 685
 Hepatitis, B, 471c
 alcohólica, 270
 Heroína, 279, 279c, 280, 286c, 298
 Herramienta de valoración espiritual, 84-85
 Hidrato de cloral, 205c, 271-272, 271c, 286c
 Hidrocodona, 279c

- Hidromorfona, 279c, 286c
Hidroxizina, 188c
Hígado, efectos de drogas en, alcohol, 270
 atomexitina, 208, 539
 nefazodona, 363
 sedantes hipnóticos, 273
Hierba de San Juan, 218c
Hierbas, remedios de, 215-216, 217c-218c
Hierro en la dieta, 223c
Hinojo, 217c
HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), 57
Hiperactividad, 531, 533, 534, 535. *Ver también Trastorno de déficit de atención (ADHD)*
Hiperglucemia inducida por antipsicóticos, 204
Hiperlipidemia, 481
Hipersomnia, 688
Hipertensión, esencial, 419-420, 423, 684
 portal, 270
Hipertensiva, crisis, inducida por inhibidores de monoaminooxidasa, 193-194, 362, 683
Hipertiroidismo, 42, 44
Hipnosis, 227, 438, 687
Hipoactivo, trastorno de deseo sexual, 456, 457
 tratamiento de, 462, 465
Hipocampo, 34f, 35, 340f
Hipocondriasis, 8, 11, 416, 426-427, 443, 590, 688
Hipófisis, glándula, 33f, 39
 en respuesta pelear-o-huir, 6
 estructura de, 39-40, 42f
 producida por hormonas por, 39-43, 41c
 regulación hipotalámica de, 39, 42f
Hipomanía, 336, 337, 338, 355, 688
Hipotálmico, eje hipófisis-supracortical, 341
Hipotálamo, 33f, 34f, 35, 340f
 regulación hipofisaria por, 39, 42f
 respuesta pelear-o-huir, 6
 trastornos, de alimentación, 479
 del ánimo, 43-44, 341
Hipotermia en adultos mayores, 599
Hipoparatiroidismo, 42, 44, 481
Histamina H₂, antagonistas de, 419
Histamina, 37
Histerectomía, 457
Histeria, 687
Histriónica, trastorno de personalidad, 500-501, 697
Hogar, atención en el, 680
 niños con necesidades especiales, 622
 pacientes deprimidos, 631c-632c
 personas a cargo de pacientes, 629, 633c
 psiquiátricos, 628-630, 692
manejo y mantenimiento, alterado, persona sin, 629-638
 aspectos históricos y epidemiológicos de, 629-633
 enfermedad mental y, 633-634
 estado de salud y, 635
 proceso de enfermería para, 637-638
 recursos de la comunidad para, 635-636
Holística, atención de la salud, 213
Homocisteína, 688
Homosexualidad, 467-468, 688
Hormonas, terapia de reemplazo, 592, 696
Hospicio, atención en, 654-657, 656, 688
 apoyo emocional, 656
 atención pastoral y espiritual, 656
 equipo interdisciplinario para, 654-656
 llamadas las 24 horas, 656-657
 manejo del dolor y síntomas, 654-656
 orientación, 656
 personal de apoyo, 657
 principios de, 654, 655
Hospitalización. *Ver Atención psiquiátrica del paciente*
Humana, enfermedad por virus de inmunodeficiencia (VIH), 468, 472c
 demencia en, 239, 244
 infecciones oportunistas en, 688
 linfadenopatía generalizada persistente en, 689
 neumonía por *Pneumocystis carinii* en, 691
 síndrome de desgaste en, 694
 virus de inmunodeficiencia (VIH), 698
Humano, vacuna contra papilomavirus, 450
Humores, 688
Huntington, enfermedad de, 244-245

Infección (*cont.*)
 transmitida sexualmente, 449, 450, 468, 470, 471c-472c

Inferioridad, 21c, 22

Inhalantes, 277-278
 efectos fisiológicos de, 277-278
 intoxicación con, 278, 287c
 patrones de uso/abuso de, 277

Iniciativa, 21-22, 21c

Inmersión, 406-407

Inmunitario, sistema, cambios de envejecimiento, 584, 587-588

Insomnio, 11, 688
 sedantes-hipnóticos para, 205-206, 205c, 254c

Insulina, terapia de coma por, 183, 687

Integración (de personalidades), 441, 688

Integridad del Yo, 21c, 23

Intelectual, funcionamiento
 envejecimiento y, 589
 retraso mental, 526-529

Intelectualización, 9c, 688

Inteligencia, coeficiente de, 526

Interdisciplinaria, atención, 131-132, 680
 en comunidad terapéutica, 143, 144c-145c, 146
 vías críticas de atención en, 130-131

International Classification of Diseases, 117

International Council of Nurses, 81

Interneuronas, 35

Interpersonal, psicoterapia (IPT), 227
 depresión, 360
 trastornos de personalidad, 513, 516
 seguridad, 19
 teoría, Peplau, 25-28, 26c
 Sullivan, 19-21, 20c, 497
 terapia de ritmo social e; 361

Intérprete, servicios de, 68

Intervención en crisis, 166-178, 688
 atención en casa para, 629
 enfermería en desastres, 170, 173-174, 175c-178c
 manejo de ira/agresión, 169-170, 171c-173c, 174
 modelo de siete etapas de Robert, 167, 167c
 objetivo de, 167, 174
 pacientes suicidas, 370
 proceso de enfermería durante fases de, 167-169, 174
 víctimas de abuso, 572, 575

Intervenciones de enfermería de práctica avanzada, 657, 678

Íntimo, abuso de pareja, 562, 565-567
 ciclo de abuso en, 566-567, 566f
 perpetradores de, 565-566
 por qué las mujeres se quedan en situaciones de, 567
 víctimas de, 565
 tratamiento de, 572-576

distancia, 68, 104, 687

Intimidad, 21c, 22-23

Intolerancia a la actividad, riesgo de, en pacientes que reciben, antipsicóticos, 201

fármacos ansiolíticos, 188

medicamentos para trastorno de hiperactividad y déficit de atención, 207

sedantes hipnóticos, 206

Intoxicación, 264-265, 299
 alcohol, 270, 287c
 alucinógenos, 283, 288c, 299
 cannabis, 285, 287c, 299
 delirio inducido por, 239
 estimulantes de sistema nervioso central, 276-277, 287c, 298-299

inhalantes, 278,
 opioides, 280, 287c, 298

sedantes hipnóticos y ansiolíticos, 273, 288c

trastornos del ánimo debido a, 338

Introyección, 9c, 689

Invasión de la privacidad, 62

Invega. *Ver* Paliperidona

Involuntario, compromiso, 60-61
 criterio para, 60
 paciente discapacitado de gravedad, 61
 personas enfermas mentales en necesidad de tratamiento, 60

situaciones de emergencia, 60
 tratamiento para paciente externo, 60-61

Ionamin. *Ver* Fentermina

IPT. *Ver* Interpersonal, psicoterapia

“Ir de compras al doctor” (*Doctor shopping*), 426

Isocarboxacida, 190c, 364c

Isoptoin. *Ver* Verapamil

L

La bella indiferencia, 427, 431c-432c, 689

Laboriosidad vs. inferioridad, 21c, 22

Lamictal. *Ver* Lamotrigine

Lamotrigine, 196c
 como fármaco estabilizador del ánimo, 196c, 363, 365c
 efectos colaterales de, 198c, 365c
 interacciones de drogas con, 195

Latencia, etapa de desarrollo psicossexual, 18c, 19

Latino-americanos, 73-74, 77c, 89, 652

Laxantes, abuso de, 479

Legales, temas, 51, 55-63
 actas de práctica de enfermería, 56, 62, 127
 administración de drogas psicotrópicas, 183
 compromiso, 59-61, 63
 involuntario, 60-61
 voluntario, 59-60

confidencialidad y derecho a la privacidad, 57-58

consentimiento informado, 58-59, 63, 682

declaraciones anticipadas, 657, 678

derechos de los pacientes, 51, 54-56, 62

documentación, 134

legalización de cannabis, 284

mala práctica, 61-62, 63, 690

negligencia profesional, 61, 127, 691

procesos de enfermería y estándares de atención, 116-117, 126-128

responsabilidad de enfermería; 61-62
 mala práctica y negligencia, 61
 negación de, 62
 tipos de demandas, 61-62

tipos de leyes, 56-57

uso de sujeción y exclusión, 55, 59, 62

violación estatutaria, 570, 695

Lenguaje Americano de Señas, 103

Lesiana, 687

Lesbianismo, 467

Lesiones, riesgo de, atención psiquiátrica en casa para, 631c
 durante abstinencia de sustancias, 130c, 290

manía, 197

pacientes, que reciben estimulantes del sistema nervioso central, 207

tratados con, ansiolíticos, 186
 antidepresivos, 191
 antipsicóticos, 201

por intoxicación con litio, 197

retraso mental, 528, 529c

trastorno, bipolar, 356, 357c
 de déficit de atención/hiperactividad, 534, 536c

Leucopenia inducida por alcohol, 270

Levitra. *Ver* Vardenafil

Lexapro. *Ver* Vardenafil

J

Japoneses-americanos, 651

Jengibre, 101-102

Jerarquía de necesidades (Maslow), 4, 4f, 131

Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations, 84
 restricciones y exclusiones estándar, 59

Jubilación, 591, 592-594, 605
 intervenciones de prevención, primaria para, 618-619
 secundaria para, 622

Judíos-americanos, 75-76, 78c, 89, 651-652

Jugadores Anónimos, 689

Justicia, 53, 62, 689

K

Kantianismo, 52, 62, 689

Kaposi, sarcoma de, 694

Kava-kava, 217c

Kemadrin. *Ver* Procyclidina

Klonopin. *Ver* Clonazepam

Korsakoff, psicosis de, 269, 693

Kübler-Ross, Elisabeth, 83
 etapas de duelo, 10, 12, 643-645, 644c, 657

- Ley, civil, 56-57, 63, 689
 común, 56, 63, 689
 criminal, 57, 689
 estatutaria, 56, 63, 689
- LH (hormona luteinizante), 42-43
- Libido, 17, 689
- Libre asociación, 227, 680
- Librium. *Ver Clordiazepóxido*
- Líder, el papel de la enfermera como, 25
 no intervencionista, 154, 154c, 158
- Liderazgo, estilos de, 154, 154c, 158
- Límbico, sistema, 34, 34f, 35, 695
 en trastornos, de ansiedad, 44
 del ánimo, 43-44
- Limbital DS. *Ver Clordiazepóxido y amitriptilina*
- Límites, 689
 en la relación paciente-enfermera, 101-102
 flexibles, 689
 rígidos, 689
- Linfadenopatía generalizada persistente, 689
- Líquidos, volumen deficiente de, en trastornos de alimentación, 482, 483c
- Lisérgico, dietilamida de ácido (LSD), 281, 281c, 282, 286
- Lithane. *Ver Carbonato de litio*
- Lithobid. *Ver Litio, carbonato de*, 363
- Litio, carbonato de, 196c, 209, 363, 365c
 comportamiento agresivo, 564
 concentración terapéutica en plasma de, 363
 educación del paciente y familia, 199
 efectos colaterales y toxicidad de, 197-199, 198c, 208, 363, 365c
 esquizofrenia, 327
 gestación, 363
 interacciones de drogas con, 195
 trastorno de, estrés postraumático, 408
 personalidad antisocial, 518
- Lóbulos del cerebro, 32-34, 33f
- Locus de control, 390, 390f
- Lorazepam, 188c, 271c, 407
 en demencia, 254c, 256
- Loxapina, 200c, 202c, 326c
- Loxitane. *Ver Loxapine*
- LSD (dietilamida de ácido lisérgico), 281, 281c, 282, 286c
- Ludiomil. *Ver Maprotilina*
- Luminal. *Ver Fenobarbital*
- Lunesta. *Ver Eszopiclona*
- Lúpulo, 217c
- Luteinizante, hormona (LH), 42-43
- Luto, 10-11, 643, 652, 689, 688. *Ver también Duelo*
- Luvox. *Ver Fluvoxamina*
- M**
- Maestra, el papel de la enfermera como, 25, 126, 128, 145, 146c
- Mágico, pensamiento, 314, 692
- Magnesio en la dieta, 222c
- Magnética, imágenes de resonancia (MRI), 45c, 46, 47, 241, 250, 309
- Magnificación, 688
- Mahler, Margaret, teoría de las relaciones objeto de, 23-25, 24c, 497c, 506-507
- “Mal viaje” inducido por alucinógenos, 281, 282
- Mala práctica, 61-62, 63, 690
- Mamilares, cuerpos, 34f, 35
- Manejo, atención de, 129
 caso, 129, 681, 626, 627, 690
 del estrés, 690
 terapia de relajación para, 228-229
 peso, 218-224
- Manía, 690. *Ver también Trastorno bipolar agudo*, 355-356
 delirante, 355, 356, 690
 diagnóstico de, 336, 338
 en niños y adolescentes, 353-354
 medicación-precipitada, 353
 perspectiva histórica en, 333-334
 tratamiento de, fármacos estabilizadores del ánimo, 195-200, 196-197c
 psicoterapia, 360
- Manipulación, 505
- Mantenimiento de la salud, 126, 128
 ineficiente, de pacientes sin hogar, 637
 en esquizofrenia, 317
- MAOI. *Ver Inhibidores de monoaminooxidasa (MAOI)*
- Maprotilina, 190t, 192c, 363, 364c
- Marihuana, 283-285, 284c
- Marital, violación, 570, 698
- Marplan. *Ver Isocarboxazida*
- Masaje, 225
- Maslow, jerarquía de necesidades de, 4, 4f, 131
- Masoquismo, 453, 690
- MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), 289
- Masturbación, 449, 450-451, 452
- Matrimonio, del mismo sexo, 468
 envejecimiento y, 583, 595
 intervenciones de prevención primaria para, 615-616
- intervenciones de prevención secundaria para, 620
 sexo en, 450-451
 suicidio y, 366
 trastornos del ánimo y, 335
- MDA (metoxianfetamina), 281, 281c, 282
- MDMA (3,4-metiledioxianfetamina), 274c, 281, 281c, 282
- Mebaral. *Ver Mefobarbital*
- Mecanismos de defensa, 8, 9c, 18, 690
 del Yo, 8, 9c, 18, 684
- Mediana edad, crisis de la, intervenciones de prevención, primaria para, 617-618
 secundaria para, 622
- Médica, condición, delirio debido a, 239
 demencia debido a, 243-245
 disfunción sexual debido a, 457
- factores psicológicos que afectan 414-425. *Ver también Trastornos psicofisiológicos*
- retraso mental debido a, 527
- trastorno(s), ánimo debido a, 338, 341
 amnésico debido a, 246
 ansiedad debido a, 404
 pánico y ansiedad generalizada relacionados con, 383
 psicótico debido a, 313, 313c
 somatomorfos y, 8, 414, 426-434, 443
- Medicación, herramienta de valoración, 186, 187-188
- Medicaid, 594, 613, 628, 681
- Medicare, 594, 613, 628, 629, 681
- Medicina, alopática, 213, 690
 alternativa, 213, 214, 231, 690. *Ver también Medicina complementaria*
- Meditación, 225, 229, 690
- Médula, 32, 32c, 33f, 35
 espinal, 33f, 38
- Mefobarbital, 205c
- Melancolía, 333, 334, 342, 690
- Melanocitos, hormona estimulante de (MSH), 40, 41c, 43
- Melatonina, 43, 44
- Mellaril. *Ver Tioridazina*
- Memantina, 254c, 255
- Memoria. *Ver también Amnesia; trastornos amnésicos*
 a corto plazo, 588, 690
 a largo plazo, 589, 690
 conciencia, 17
 deficiencias relacionadas con la edad de, 588-589
 inconsciente, 17
 preconciencia, 17
- Menopausia, 451, 587, 591-592, 617, 690
 masculina, 617, 680
- Menta, 218c
- Mental(es), Acta de Sistemas de Salud, 55, 59, 62
 atención a la salud, enfoque cambiante de, 612-613
 historia de, 4
 objetivos de la reforma de, 625
 obstáculos para, 624-625
- enfermedad 4, 5
 creencias históricas sobre, 4
 definición de, 5, 12
 incomprensibilidad del comportamiento y, 5, 12
 relatividad cultural del comportamiento y, 4, 5, 12, 73, 75
- personas sin hogar, 633-634
 trastornos comórbidos relacionados con sustancias, 289-290
- estado de salud, atención a largo plazo y, 595
 valoración de, 247-250, 676, 677
- examen de estado, 247-250
- imágenes, 227, 229

- Mental(es) (*cont.*)
 retraso, 526-529
 criterios para, 526
 gravedad de, 527, 527c
 implicaciones etiológicas para, 526-527
 plan de atención para, 528, 529c
 salud, 4-5, 12, 688
 técnico en salud, 144c
- Meperidina, 279c, 280, 286c, 298
- Meprobamato, 188c, 271c, 272, 286
- Meridia. *Ver* Sibutramina
- Meridianos, 216, 690
- Mescalina, 281c, 282, 286c
- Mesencéfalo, 32, 32c, 33f, 35
- Metadato. *Ver* Metilfenidato
- Metadona, 279c, 280, 286c, 298
- Metanfetamina, 206, 206c, 274c
- Metencéfalo, 32, 32c
- Methylin. *Ver* Metilfenidato
- Metiprilón, 272
- 3,4 Metylenedioxianfetamina (MDMA), 274c, 281, 281c, 282
- Metilfenidato, 206, 206c, 255, 274c, 286c, 537, 539
- Metohexital sódico, 366
- Metosianfetamina (MDA), 281, 281c, 282
- Mexicanos-americanos, 652
- Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST), 289
- Miedo, temor, 380, 390. *Ver también* Ansiedad;
 Fobias
 de tener una enfermedad grave, 428, 430c-431c
 enfermería en casa, 599
 fóbica, 387-391, 392c, 393f
- Migraña, dolor de cabeza, 420-421, 423
 personalidad, 421, 692
- Miltown. *Ver* Meprobamato
- Minimización, 690
- Miopatía alcohólica, 269
- Mirtazapina, 190c, 192c, 254c, 256, 363, 364c
- Moban. *Ver* Molindona
- Modafinil, 274c, 286c
- Modelo, 689
- Molindona, 200c, 202c, 326c
- Monoaminoxidasa, 189-190
 inhibidores de (MAOI), 190c, 209, 362, 364c
 efectos colaterales de, 185c, 192c, 193-194
 crisis hipertensiva, 193-194, 362, 686-687, 697
 en trastornos de personalidad, 516
 interacciones de alimentos y fármaco con, 190-191, 191c
 mecanismo de acción de, 185c, 190
 para trastornos de ansiedad, 408
- Moral, comportamiento, 51, 682
- Moral-ético, ser, 694
- Morfina, 279, 279c, 280, 286c, 298
- Motora, área, de lenguaje del cerebro, 33f
 del cerebro, 33f
- Móviles, unidades de extensión, 636, 697
- Movimiento corporal, comunicación vía, 104
- MRI (Imágenes de resonancia magnética), 45c, 46, 47, 241, 250, 309
- MSH (hormona estimulante de melanocitos), 40, 41c, 43
- Multidisciplinaria atención, 680
- Musculares, relajantes para terapia, electro-convulsiva, 366
- Musculoesquelético, aparato, cambios en el envejecimiento, 587
- Música, terapia, 144c
- Mutismo, 311, 315
- N**
- Nacimiento, 616
- Nalmefeno, 296, 298
- Naltrexona, 296, 298
- Nameda. *Ver* Memantina
- NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) *International Nursing Diagnosis Classification*, 82, 86, 117, 123-125, 127-128, 138, 670-675. *Ver también* Diagnóstico de enfermería
- Narcan. *Ver* Naloxona
- Narcisista, trastorno de personalidad, 501, 697
- Narcolepsia, 690
- Narcóticos Anónimos, 290
- Nardil. *Ver* Fenerzina
- National Alliance for the Mentally Ill*, 325
- National Center for Complementary and Alternative Medicine*, 213
- National Council on Alcoholism and Drug Dependence*, 268
- National Hospice and Palliative Care Organization*, 654, 655
- National Institutes of Health*, 213, 214, 231
- National League for Nursing*, 51, 62
- Nativos americanos, 71-72, 77c, 88, 266, 267, 281, 282, 652
- Natural, teoría de la ley, 52, 62, 695
- Navane. *Ver* Tiotixeno
- Nave de tontos, 690
- Nefazodona, 185c, 190c, 192c, 363, 364c, 408
- Negación, 9c, 690
 en respuesta de duelo, 10, 11, 643, 644c
 ineficiente en trastornos, de alimentación, 482, 483c
 relacionados con sustancias, 290, 291c
- Negativo, reforzamiento, 400
- Negligencia, 61, 127, 691
 de adultos mayores, 568
 de niños, emocional, 568, 691
 física, 568, 691
- Negociación, en respuesta de duelo, 10, 644, 644c
- Nembutal. *Ver* Pentobarbital
- Neologismos, 314, 691
- Nervios espinales, 38
- Nervioso, sistema, 32-39
 autónomo, 39, 40f
 cambios con el envejecimiento, 588
- central, 32-38, 33f, 34f
 componentes de, 32c
 periférico, 38-39
 somático, 39
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*, 691
- Neuroimágenes, 45c, 46, 47
 anorexia nerviosa, 44
 enfermedad de Alzheimer, 241, 241f, 250-251
 esquizofrenia, 309, 316
 trastorno, bipolar, 353
 pánico, 383
 personalidad límitrofe, 506
- Neurobiología, agresividad, 563, 564f
 autismo, 530
 enfermedad de Alzheimer, 45, 241-243, 241f, 242f
 esquizofrenia, 43, 308-309
 implicaciones de enfermería de, 46-47
 neuroendocrino, sistema, 31-43, 41f, 42f
 parafilia, 453
 procedimientos diagnósticos para detectar función cerebral alterada, 45-46, 45c
 sistema nervioso, 31-49, 33f, 34f, 40f
 trastorno(s), alimentación, 44-45, 479
 ánimo, 43-44
 ansiedad, 44, 384f
 trastornos, de pánico y ansiedad generalizada, 383
 obsesivo-compulsivo, 395
 disociativos, 437
 personalidad límitrofe, 506
- Neuroendocrinología, 39-43, 689. *Ver también* Hormonas específicas
 anorexia nerviosa, 45
 depresión, 44, 339-341
 enfermedad de Alzheimer, 45
 envejecimiento, 584-585, 587
 esquizofrenia, 43
 respuesta pelear o huir, 6
 trastornos de, alimentación, 479
 ansiedad, 44
- Neurofibrilares, marañas, 45, 243
- Neurohipófisis, 39, 42f
 hormonas producidas por, 39, 41
- Neuroléptico(s), 689. *Ver también* Antipsicóticos en síndrome maligno (NMS), 203-204, 689
- Neurona, 35, 689
 eferente, motora, 35, 39
 sensorial, 35, 38-39
 estructura de, 35
 interneuronas, 35
 postsinápticas, 35, 36f
 presinápticas, 35, 36f
 somáticas motoras, 39
 viscerales motoras, 39
- Neurontín. *Ver* Gabapentina
- Neuropéptidos, 38
- Neurosis, 8, 415, 689
 aminoácidos, 37-38
 ácido gammaaminobutírico, 37
 glutamato, 38
 glicina, 37

- ansiedad, 380
 cambios en el envejecimiento, 588
 colinérgicos; acetilcolina, 36
 comportamiento agresivo, 563, 564f
 histérica, 415. *Ver también* Trastornos somatomorfos
 monoamina, 36-37
 dopamina, 37
 histamina, 37
 trastornos de alimentación, 44-45, 479
- Neurotransmisores, almacenamiento de, 35
 liberación de, 35
 neuropéptido, 38
 endorfinas y encefalinas, 38
 somatostatina, 38
 sustancia P, 38
 psicopatología, depresión, 44, 339
 efectos de drogas psicotrópicas en, 183-186, 184f, 185c
 enfermedad de Alzheimer, 45, 242f, 243, 254-255
 esquizofrenia, 434, 308-309
 síndrome de Tourette, 547
 trastorno(s), alimentación, 44-45, 479
 ansiedad, 44, 383, 395
 bipolar, 353
 conducta, 540
 déficit de atención/hiperactividad, 533
 desafante por oposición, 542, 544
 obsesivo-compulsivo, 395
 pánico, 383
 recaptación de, 36, 184
 transmisión sináptica, 35-36, 36f, 184f
 norepinefrina, 36-37
 serotonina, 37
- Niacina, 222c
 Nicotina, 274, 274c, 277
 abstinencia de, 277, 287c
- NIC (*Nursing Interventions Classification*), 117, 126
- Niños, 525-556. *Ver también* Adolescentes
 abuso de inhalantes por, 277-278
 acercamientos terapéuticos para, 553-555
 farmacoterapia, 555
 terapia, de comportamiento, 553-555
 de grupo, 553, 555
 familiar, 553
 conceptos de muerte, 648-649
 déficit de atención/hiperactividad en, 531-540
 depresión en, 342-343
 desarrollo, de la personalidad en, 15-28, 496, 497c
 sexual de, 449-450
 fragmentación y carencias en la atención para, 624
 lesiones emocionales de, 567-568, 689
 negligencia, 568
 emocional de, 568, 691
 física de, 568, 691
 retraso mental en, 526-529
 síndrome de Tourette en, 545-550
- trastorno, ansiedad, 381
 por separación en, 550-553
 autistas en, 530-533
 bipolar en, 353-354
 conducta en, 540-544
 desafante por oposición, 542-547
- NMS (síndrome neuroléptico maligno), 203-204, 695
- No maleficencia, 53, 62
- NOC (clasificación de resultados de enfermería), 117
- Noctec. *Ver* Hidrato de cloral
- Norepinefrina, 36-37
 comportamiento agresivo, 563, 564f
 depresión, 44, 339, 340f
 efectos de las drogas psicotrópicas en, 184, 185c, 186, 189-190
 enfermedad de Alzheimer, 45
 respuesta pelear-o-huir, 6, 563
- trastorno(s), alimentación, 44-45, 479
 ansiedad, 44
 bipolar, 353
 conducta, 540
 déficit de atención/hiperactividad, 533
 desafante por oposición, 542, 544
 pánico, 383
 Tourette, 547
- Norpramina. *Ver* Desipramina
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) International
- Nursing Diagnosis Classification*, 82, 86, 117, 123-125, 127-128, 138, 670-675.
Ver también Diagnóstico de enfermería
- Nortriptilina, 190c, 192c, 364c, 434
 bulimia nerviosa, 489
 demencia, 254c
 trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 537
- Nutrición, 216-224, 477
 cantidades recomendadas para, 219c, 220c, 223
 colitis ulcerativa y, 422
 cultura y, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76
 deficiencias en, depresión y, 341
 inducida por alcohol, 269
 desequilibrada, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, 482, 483c
 depresión, 347
 obesidad, 482, 484c-485c
 pacientes, adultos mayores, 599
 en tratamiento con estimulantes de sistema nervioso central, 207
- trastorno(s), bipolar, 356, 358c
 de alimentación, 482, 483c
 relacionados con sustancias, 290, 292c
- dietas para déficit de atención/hiperactividad, 534
- hipertensión y, 420
- interacciones de aliento con inhibidores de monoaminoxidasa, 191, 191c, 362
- migraña y, 420
- para manejo de peso, 218-224
 remedios de herbolaria, 215-216, 217c-218c
 úlceras pépticas y, 419
 vitaminas y minerales, 221c-223c
- O
- Obesidad, 418, 420, 480-482, 490, 691
 epidemiología de, 477
 farmacoterapia para, 489-490
 implicaciones etiológicas para, 481-482
 plan de atención para, 484c-485c
 planificación de concepto, 487f
- Objeto, constancia de, 505, 506-507, 682
 teoría de, pérdida de y depresión, 342
 relaciones, 23-25, 24c, 497c, 506-507
- Obsesiones, 391, 394
- Obsesivo-compulsivo, trastorno (OCD), 8, 391, 394-398, 697
 implicaciones etiológicas para 44, 394-395
 personalidad, 503
 plan de atención para, 395, 396c
 planificación de concepto, 397f
 teoría psicoanalítica de, 394
 tratamiento de, 44, 395, 404-408
- Occitales, lóbulos del cerebro, 33f, 34
- OCD. *Ver* Obsesivo-compulsivo trastorno (ODD)
- Oculógira, crisis, 203, 683
- Ocupacional, terapeuta, 144c
- ODD. *Ver* Trastorno desafante por oposición (ODD)
- Office of Alternative Medicine, 213, 214, 231
- Ojo, movimientos de, en comportamiento, vía comunicación, 105-106
- Olanzapina, 200c
 anorexia nerviosa, 489
 demencia, 254c, 255
 efectos colaterales de, 185c, 198c, 202c, 326c, 365c, 550
 esquizofrenia, 326, 326c
 fármaco estabilizador del ánimo, 197c, 364, 365c
 mecanismo de acción de, 185c
 síndrome de Tourette, 550
 y fluoxetina, 190c
- Older Americans Act, 562
- Olfativo, tracto, 34f, 35
- Oliuqui, 281c
- Operante, condicionamiento, 553, 682
- Opio, 279, 279c, 286c, 298
- Opioides, 278-280, 279c, 286c
 abstinencia de, 280, 287c, 298
 farmacoterapia para, 298
 abuso y dependencia en, 278-279
 educación del paciente para prevención primaria de, 621c
 aspectos históricos del uso de, 278-279
 desintoxicación de, 298
 efectos fisiológicos de, 280
 intoxicación con, 280, 287c, 298

- Opioides (*cont.*)
 patrones de uso de, 279-280
 péptidos, 38
 anorexia nerviosa y, 479
 trastorno de estrés postraumático y, 400
- Oposición, trastorno desafiante por (ODD), 542-547
 criterios de diagnóstico para, 545
 implicaciones etiológicas para, 542-544
 plan de atención para, 545, 546c-547c, 554-555
 proceso de enfermería en, 544-545, 554-555
 síntomas de, 542, 544-545
 trastorno de conducta y, 540
- Óptico, nervio, 33f
- Oral, desarrollo de la etapa psicosexual, 18, 18c, 482
- Orap. *Ver* Pimoxida
- Orgánicos, trastornos y síndromes mentales, 238
- Organizaciones de mantenimiento de la salud, 129
- Orgásmicos, trastornos, 456-459
- Orgasmo, 449, 451, 455, 691
- Orientación, 126, 128
 de paciente, con abuso de sustancias, 297
 en hospicio, 656
 en duelo, 656
- Orientador, 25, 99, 682
- Ortostática, hipotensión inducida por drogas, antidepresivos, 192c, 193
 antipsicóticos, 201
- Osteoartritis, 481
- Osteoporosis, 587, 691
- Oxcarbazepina, 363, 365c
- Oxicodona, 279c, 286c
- Oxitocina, 39, 41c
- Oxicontin. *Ver* Oxicodona
- Oxazepam, 188c, 271c
 en demencia, 254c, 256
 para abstinencia de alcohol, 298
- P**
- Paciente, derechos de, 51-54-56, 62
 a la privacidad, 57-58, 63
 a rechazar medicamentos, 54
American Hospital Association Patient's Bill of Rights, 51, 54
Bill of Rights for Psychiatric Patients, 55, 56
 para tratamiento alternativo menos restrictivo, 54-55
- Padres/crianza. *Ver* también Familia
 abuso infantil y, 567-569
 comportamiento agresivo y, 563
 guía anticipada para, 616-617
 intervenciones de prevención, primaria para, 616-617
 secundaria para, 622-623
 relaciones incestuosas y, 452, 568-570
- Palilalia, 548, 691
- Paliperidona, 200c
- Pamelor. *Ver* Nortriptilina
- Pancreatitis, inducida por alcohol, 269
- Pánico, ansiedad, 7, 7f, 8-10, 381, 383
 en pacientes que experimentan un evento traumático, 175c-176c
 plan de atención para, 385c
 trastorno, 8, 381-387, 697
 con agorafobia, 382
 implicaciones etiológicas para, 382-383
 plan de atención para, 383, 385c
 planificación de concepto, 386c
 síntomas de, 381-382
 tratamiento de, 404-408
- Papel(es), de enfermo, 428
 rendimiento de, ineficiente en, trastornos psicofisiológicos, 423
 trastorno obsesivo-compulsivo, 395, 396c
- Paradójica, intervención, 689
- Parafiliais, 449, 451-455, 470-472, 691
 epidemiología de, 452
 implicaciones etiológicas para, 453-454
 papel de la enfermera relacionado con, 454-455
 tipos de, 452-453
 tratamiento de, 454
- Paralenguaje, 104, 106, 691
- Paranoia, 311, 314, 690
- Paranoide, trastorno de personalidad, 498
- Parasimpático, sistema nervioso, 39
- Parasomnia, 690
- Parcial, hospitalización, 627-628
- Pares, programas de ayuda, 691
- Parietales, lóbulos del cerebro, 33f, 34
- Parkinson, enfermedad de, 244
- Parnate. *Ver* Tranilcipromina
- Paroxetina, 190c, 192c, 344, 364c, 434
 en demencia, 254c
 para trastornos de ansiedad, 407
- Pasionaria, 217c
- Pasiva, evasión, 395
- Pasividad, 229, 689
- Pasivo-agresivo, comportamiento, 229, 682
 trastorno de personalidad, 503-504
- Patológico, juego, 689
- Patrón, de respiración, ineficiente, en pacientes adultos mayores, 599
 de respuesta expresado (a violación), 571, 691
- Paxil. *Ver* Paroxetina
- PCP (fenciclidina), 281-283, 281c, 286c, 288c, 687
- Pedofilia, 453, 691
- Pelear-o-huir, síndrome, 6, 12, 563, 691
- Pemolina, 206, 206c
- Pene, inyecciones para disfunción eréctil, 465-466
 prótesis, 466
- Pensamiento, catastrófico, 691
 concreto, 97, 314-315, 691
 dicotómico, 691
 mágico, 314, 692
- pensamientos automáticos, 231, 405, 692
- procesos de, alterados, adultos mayores, 599, 601c
 depresión, 347
- esquizofrenia, 131, 316-317, 318c
- trastorno(s), bipolar, 356
 cognitivos, 251, 252c, 255
 disociativos, 437, 439c
- técnica para detener, 695
- Pentazocina, 279c, 286c
- Pentobarbital, 205c, 271c, 286c
- Pental. *Ver* Tiopental sódico
- Peplau, Hildegard, concepto de niveles de ansiedad, 7, 7f, 12
- concepto de tareas psicológicas, 26
- etapas del desarrollo de la personalidad, 26-28, 26c
 aprendizaje para, contar con los demás, 26
 retrasar la satisfacción, 26-27
 desarrollo de habilidades en la participación, 27-28
 identificación de sí mismo, 27
- funciones de enfermería, 25
- relación enfermera-paciente, 25-26, 96
- teoría interpersonal de, 25-28
- Péptica, enfermedad de úlcera, 419, 423
- Percodan. *Ver* Oxicodona
- Pérdida, 643. *Ver* también Duelo
 duelo debido a, 10-11
 envejecimiento y, 589, 605
 etapas de respuestas a, 10, 12, 643-646, 644c
 respuestas de inadaptación al, 11, 647-648
- Perdón, 83-84
- Perfenazina, 200c, 326c
- Periactin. *Ver* Ciproheptadina
- Periférica, neuropatía inducida por alcohol, 269
- Periférico, sistema nervioso (SNP), 32, 38-39
- Perinatales, factores, autismo y, 530
 déficit de atención/hiperactividad y, 533
 retraso mental y, 527
- Perseveración, 315, 691
- Personal, distancia, 68, 104, 691
 identidad, 691
 alterada, autismo, 531, 533c
 trastorno, de personalidad límitrofe, 507
 disociativos, 437, 440c
- Personalidad, 16, 496, 691
 artritis reumatoide y, 421-422
 asma y, 416
 características de, 496
 demencia y, 240
 desarrollo de, 15-28, 496, 497c
 etapas de, 16
 teoría, de las relaciones objeto de Mahler, 23-25, 24c, 497c, 506-507
 interpersonal de, Peplau, 25-28, 26c
 Sullivan, 19-21, 20c, 497c
 psicoanalítica de Freud, 16-19, 17c
 psicosocial de Erikson, 21-23, 21c, 497c

- esquizofrenia y, 305-306
migraña, 421, 692
subpersonalidades en trastorno de identidad disociativa, 436
 integración de, 441
temperamento y, 16
teorías de envejecimiento, 585
tipo, A, 418, 419, 692
 B, 418, 692
 C, 417, 692
 D (alterada), 418, 692
trastornos de, 16, 495-518. *Ver también*
 Trastorno de personalidad específico
antisocial, 499-500, 509-513, 514c-516c, 517f
aspectos históricos de, 496-498
clasificación de, 497, 518
de evitación, 502
dependiente de, 502-503
entre adultos mayores, 590
esquizoide, 498-499
esquizotípica, 499
histriónica, 500-501
limítrofe, 500, 504-509, 508c-509c, 510f
narcisista, 501
obsesivo-compulsiva, 503
paranoide, 498
pasivo-agresiva, 503-504
proceso de enfermería en, 504-513
relacionados con sustancias y, 266
tratamiento de, 513-518
- Personalización, 691
- Personas con enfermedades mentales crónicas, 623-629
 alternativas de tratamiento para, 626-629
 aspectos históricos y epidemiológicos de, 624
 impedimentos para los servicios en salud mental, 624-625
 objetivos de las reformas en la atención de la salud mental, 625
- PET (tomografía de emisión de positrones), 45c, 46, 47, 251, 353, 506
- Pick, enfermedad de, 245
- Pie gráfico, 135-136, 136c, 691
- Piel, cambios con el envejecimiento, 586
 integridad, alterada, riesgo de, en pacientes adultos mayores, 599
- Pimozida, 200c
 efectos colaterales de, 202c
 para síndrome de Tourette, 548, 550
- Piromanía, 692
- Plan de atención, 117, 126. *Ver también* Plan de atención de planificación de concepto; Planeación (proceso de enfermería)
adultos mayores, 600, 601c-604c
comunidad terapéutica, 143
depresión, 348c-350c, 351f
esquizofrenia, 317-321, 318c-320c, 322f
necesidades espirituales y religiosas, 87c-88c
- pacientes que experimentaron un evento traumático, 174, 175c-176c
pánico y ansiedad generalizada, 383, 385c, 386f
personas que expresan enojo de manera inapropiada, 170, 171c-173c
trastorno(s), alimentación, 482, 483c-485c, 486f, 487f
 ansiedad por separación, 552c, 553
 autista, 531, 532c-533c
 bipolar, 357c-358c, 359f
 cognitivos, 251, 251c-252c
 conducta, 542, 543c-544c
 déficit de atención-hiperactividad, 535, 536c-537c, 538f
 desafiante por oposición, 545, 546c-547c, 554-555
 disociativos, 438, 439c-441c, 442f
 estrés postraumático, 401, 401c-402c, 403f
 fóbicos, 391, 392c, 393f
 obsesivo-compulsivo, 395, 396c, 397f
 personalidad, antisocial, 513, 514c-516c, 517f
 limítrofe, 507, 508c-509c, 510f
 psicofisiológicos, 423, 424c-425c
 relacionado con sustancias, 291c-292c, 293f
 somatomorfos, 429, 429c-432c, 433f
 Tourette, 548, 549c
 vías críticas de atención, 129-131, 130c
 víctima de abuso, 572, 573c-574c
- Plan de atención de planificación de concepto, 132
 anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, 486f
 depresión, 351f
 esquizofrenia, 133f, 322f
 obesidad, 487f
 trastorno(s), bipolar, 359f
 déficit de atención/hiperactividad, 538f
 disociativos, 442f
 estrés postraumático, 403f
 fóbicos, 393f
 obsesivo-compulsivo, 397f
 pánico y ansiedad generalizada, 386f
 personalidad, antisocial, 517f
 limítrofe, 510f
 sexuales, 464f
 somatomorfos, 433f
 uso de alcohol, 293f
- Planeación (proceso de enfermería), 117, 126, 128. *Ver también* Plan de atención
atención, para adultos mayores, 600, 601c-604c
 psiquiátrica en casa, 630, 631c-632c
autismo, 531, 532c-533c
déficit de atención/hiperactividad, 535, 536c-537c, 538f
depresión, 348, 348c-350c, 351f
esquizofrenia, 133f, 317-321, 318c-320c, 322f
 implicaciones culturales para, 79-81
 intervención en crisis, 168
- manejo de enojo/agresión, 170, 171c-173c
necesidades espirituales, 86
paciente(s), que experimentaron un evento traumático, 174, 175c-176c
 sin hogar, 637-638
 suicida, 369-372
proceso de duelo, 652, 653c-654c
retraso mental, 528, 529c
trastorno(s), alimentación, 482, 483c-485c, 486c, 487f
 ansiedad por separación, 552c, 553
 bipolar, 357, 357c-358c, 359f
 cognitivos, 251, 251c-252c
 conducta, 542, 543c-544c
 desafiante por oposición, 545, 546c-547c, 554-555
 disociativos, 438, 439c-441c, 442f
 estrés postraumático, 401, 401c-402c, 403f
 fóbicos, 391, 392c, 393f
 obsesivo-compulsivo, 395, 396c, 397f
 personalidad, antisocial, 513, 514c-516c, 517f
 limítrofe, 507, 508c-509c, 510f
 psicofisiológicos, 423, 424c-425c
 relacionados con sustancias, 291c-292c, 293f
 sexuales, 462, 463c, 464f
 somatomorfos, 429, 429c-432c, 433f
 Tourette, 548, 549c
 víctimas de abuso, 572, 573c-574c
- Plomo, exposición a, 534
- Pobreza, 619. *Ver también* Estado socioeconómico
 en personas sin hogar, 634
- Poder durable de representante para atención de salud, 657
- POR (registro orientado al problema), 134, 135c, 692
- Portal, hipertensión, 270
- Positivo reforzamiento, 553, 693
- Posparto, depresión, 335, 345, 683
 psicosis, 345
 suicidio, 345
- Postraumático, síndrome, 400, 401c-402c
 riesgo de, 177c-178c
- Postraumático, síndrome de estrés (PSTD), 8, 398-404, 696
 epidemiología de, 398
 implicaciones etiológicas para, 398-400
 plan de atención para, 401, 401c-402c
 planificación de concepto, 403f
 síntomas de, 398, 399
 trastorno de personalidad limítrofe y, 506
 tratamiento de, 404-408
- Postura, 311, 316, 691
 comunicación vía, 104
- Práctica, fase del desarrollo, 24, 24c, 506
- Preataque, estado de tensión, 691
- Preconsciente, 17
- Presenil, 692

- Precauciones estándar, 691
 Preferidas, organizaciones proveedoras de, 129
Prelu-2. Ver Fendimetrazina
 Premack, principio, 692
 Prematura, eyaculación, 457, 458, 686
 tratamiento de, 466
Premenstrual, trastorno disfórico, 335-336, 337, 341, 692
 Premotora, área del cerebro, 33f
 Prenatales, factores, autismo y, 530
 retraso mental y, 527
 trastorno déficit de atención/hiperactividad, 533
 Prescriptivo, autoridad y tratamiento, 127, 128
 Prevención, de suicidio, 625
 primaria, 612, 613, 614-620, 692
 abuso de drogas, 621c
 crisis de maduración, 615-619
 situaciones de crisis, 619-620
 secundaria, 612, 613-614, 620-623, 692
 en crisis de, madurez, 620-622
 situación, 623
 terciaria, 612, 614, 623-629, 692
 para personas con enfermedades mentales crónicas, 623-629
Priapismo, 194, 363, 466, 692
 Primaria, prevención, 612, 613, 614-620, 692
 abuso de drogas, 621c
 crisis de maduración, 615-619
 situaciones de crisis, 619-620
 "Principio de perfección", 16
 "Principio de placer", 16
 "Principio de realidad", 16
 Privacidad, 98
 derechos de los pacientes a, 57-58, 63
 invasión de, 62
 Privilegiada, comunicación, 57-58, 63
 Problema, registro orientado al (POR), 134, 135c, 693
 Procesos, registros de, 106
Procyclidina, 203c
Proclorperazina, 200c, 202c, 326c
Progesterona, 341, 592
 Programas, de recuperación de Doce Pasos, 290, 292, 294-295
 de tratamiento, de día, 627
 vespertinos, 627
Progresiva, relajación, 228-229, 694
Prolactina, 40, 41c, 42, 43, 44, 457
Prolixin. Ver Flufenazina
 Propósito en la vida, 82
Propoxifeno, 279c
Propranolol, 327, 407, 408, 518, 564
ProSom, Ver Estazolam
 Prospectivo, pago, 613, 691
Prostática, hipertrrofia, 587
Prostático, antígeno específico, 680
Protegida, información de salud, 57
Protones, inhibidores de bomba de, 419
Protriptilina, 190c, 192c, 364c
Provigil. Ver Modafinil
Proyección, 9c
Prozac. Ver Fluoxitina
Pseudodemenzia, 247, 590, 693
Pseudocesis, 427, 693
Pseudohostilidad, 693
Pseudomutualidad, 693
Pseudoparkinson, 203
Psicoanalítica, psicoterapia, 226-227
 parafilias, 454
 trastornos de personalidad, 516
 teoría, depresión, 342
 fobias, 389-390
 parafilias, 453-454
 trastorno obsesivo-compulsivo, 394
Psicobiología, 32
Psicobiológicas, intervenciones, 126, 128
Psicodinámica, enfermería, 25, 692
 teoría, comportamiento agresivo, 563
 trastornos, alimentación, 479-480
 disociativos, 437
 pánico y ansiedad generalizada, 382
 somatomorfos, 428
Psicodrama, 155-156, 158
Psicodramaturgo, 144c
Psicofisiológicos, trastornos, 414-425, 443
 artritis reumatoide, 421-422
 asma, 416
 cáncer, 416-417
 colitis ulcerativa, 422
 educación del paciente y la familia en, 423, 424
 enfermedad coronaria, 417-419
 epidemiología de, 415
 hipertensión esencial, 419-420
 implicaciones etiológicas para, 417
 migrña, 420-421
 plan de atención para, 423, 424c-425c
 úlcera péptica, 419
Psicoimmunología, 47, 693
Psicológicas, tareas de personalidad, desarrollo, 26
Psicólogo clínico, 144c
Psicomotor, dominio, 684
 retraso, 692
 depresión, 342, 347
 estupor catatónico, 311
Psicosexual, desarrollo, 18-19, 18c
 trastornos relacionados con sustancias y, 266
Psicosociales, factores, artritis reumatoide y, 421-422
 asma y, 416
 cáncer y, 417
 colitis ulcerativa y, 422
 comportamiento agresivo y, 563-564
 desarrollo de la personalidad y, 21-23, 21c
 enfermedad coronaria y, 418
 envejecimiento y, 416
 hipertensión y, 420
 homosexualidad y, 467-468
 migrña y, 421
 obesidad y, 481-482
 transexualismo y, 469
trastorno de, conducta y, 541
 déficit de atención/hiperactividad, 534
 estrés postraumático y, 398-400
 personalidad límitrofe y, 506
 úlceras pépticas y, 419
 terapias, 226-231
 cognitiva, 230-231
 de realidad, 228
 de relajación, 228-229
 entrenamiento de aserción, 229-230
 psicoanálisis, 226-227
 psicoterapia, individual, 226
 interpersonal, 227-228
Psicoterapia, 126-127, 128
 artritis reumatoide, 422
 asma, 416
 breve, 227
 depresión, 360
 esquizofrenia, 321-323
 individual, 226
 interpersonal, 227-228
 manía, 360
 tiempo limitado (breve), 227
 trastornos, alimentación, 488-489
 ansiedad, 404-405
 disociativos, 438, 441
 personalidad, 513, 516
 somatomorfos, 434
Psicótico, trastorno, 8-10, 304-327, 697.
 Ver también Esquizofrenia
 breve, 311-312
 compartida, 312
 debido a la condición médica general, 313, 313c
 esquizofrenia, 305-311
 esquizofreniforme, trastorno, 312
 inducida por sustancias, 313, 313c
 postparto, 345
 proceso de enfermería en, 131-132, 313-321
 psicosis de Korsakoff, 269, 693
 relacionado con demencia, 204
 suicidio y, 305
 trastorno(s), delirante, 312
 esquizoafectivo, 311
 tratamiento de, 321-327
Psicotrópico, terapia de drogas, 47, 182-209.
 Ver también Drogas específicas y clases
 antidepresivos, 189-195, 190c
 antipsicóticos, 200-204, 200c, 326c
 derecho del paciente a rechazar la, 54, 183
 en trastornos específicos, alcoholismo, 295-297
 delirio, 253
 demencia, 253-256, 254c
 depresión, 362-363, 364c
 esquizofrenia, 325-327, 326c
 intoxicación por sustancias y abstinencia, 297-299
 trastorno(s), alimentación, 489-490
 ansiedad, 407-408

bipolar, 354, 363-364, 365c
erétil, 465-466
personalidad, 516-518
somatomorfos, 434
fármacos, ansiolíticos, 186-189, 188c
estabilizadores del ánimo, 195-200,
196c-198c, 365
herramienta de valoración de medicamentos para, 186, 187-188
hipnóticos sedantes, 205-206, 205c
historia de, 183
mecanismos de acción de, 183-186
para niños y adolescentes, 555
proceso de enfermería para, 186-208
temas legales relacionados con, 183
Psilocibina, 281c, 282
Psiquiatra, 144c
Psiquiátrica, atención en casa, 628-630,
631c-632c, 681
enfermera, 144c
clínica especialista, 144c
trabajador social, 144c
Psíquica, energía, 17-18
PTSD. *Ver* Trastorno de estrés postraumático
Pubertad, 450
Pública, distancia, 104, 692
Puente, 32, 32c, 33f, 35
Piridoxina, 222c

Q

Quazepam, 205c, 271c
Quetiapina, 200c
como fármaco estabilizador del ánimo,
197c, 364, 365c
efectos colaterales de, 185c, 198c, 202c,
326c, 365c
en demencia, 254c, 255
mecanismo de acción de, 185c
para esquizofrenia, 326, 326c
Qi, 216, 693
Quiopráctico, 224, 224f, 693

R

Racionalización, 9c, 693
Raza. *Ver* Etnicidad/raza
Reencuadre, 693
Reestructuración, 693
Reacción(es), 333, 678
compleja a violación, 571, 693
formación de, 9c
inapropiadas, 315
suaves (indiferentes), 315
Realidad, orientación hacia la, 145, 321
terapia de, 228
Realización (proceso de enfermería), 126-127,
128
atención, para adultos mayores, 600,
601c-604c
psiquiátrica en casa, 630, 631c-632c

autismo, 531, 532c-533c
depresión, 348, 348c-350c, 351f
esquizofrenia, 317-321, 318c-320c, 322f
implicaciones culturales para, 79-81
intervención en crisis, 168
manejo de ira/agresión, 170, 171c-173c
necesidades espirituales, 369-372
paciente(s), que experimentaron un evento
traumático, 174, 175c-176c
sin hogar, 637-638
suicida, 369-372
pánico y trastorno de ansiedad generalizada,
383, 385c, 386f
proceso de duelo, 652, 653c-654c
retraso mental, 528, 529c
trastorno(s), alimentación, 482, 483c-485c,
486f, 487f
ansiedad por separación, 552c, 553
bipolar, 357, 357c-358c, 359f
cognitivos, 251, 251c-252c
conducta, 542, 543c-544c
déficit de atención/hiperactividad, 535,
536c, 537c, 538f
desafiante por oposición, 545, 546c-547c,
554-555
disociativos, 438, 439c-441c, 442f
estrés postraumático, 401, 401c-402c,
403f
fóbicos, 391, 392c, 393f
obsesivo-compulsivo, 395, 396c, 397f
personalidad antisocial, 513, 514c-516c,
517c
personalidad limítrofe, 507, 508c-509c,
510f
psicofisiológicos, 423, 424c-425c
relacionados con sustancias, 291-292,
291c-292c
sexuales, 462, 463c, 464f
somatomorfos, 429, 429c-432c, 433f
Tourette, 548, 549c
víctimas de abuso, 572, 573c-574c
Receptores, sitios, 184, 184f, 693
Rechazo de terapia, 54, 183
Recíproca, inhibición, 406, 693
Reclusión, 55, 59, 62, 63
Reconciliación, fase del desarrollo, 24, 24c, 506
Recreación, terapeuta, 144c
“Recuerdos repentinos” inducidos por alucinógenos, 281, 282
Recurso, persona de, enfermera como, 25
Reforzamiento, negativo, 400, 693
positivo, 553, 693
Refugios, 575, 693
para personas sin refugio, 635-636
Regalos, 101-102
Registro electrónico de salud (EHR), 136-138
Regresión, 9c, 316, 693
Rehabilitación, terapeuta de, 656
Relajación, terapia de, 228-229, 419, 420
Religión, 84, 694
cultura, etnicidad y, 69, 71, 73, 74, 75-76
influencia en la comunicación, 103
suicidio y, 367
Religiosidad, 694
alterada, riesgo de, 86, 88c
en esquizofrenia, 314
Remeron. *Ver* Mirtazapina
Reminiscencia, terapia de, 600, 604, 696
Remil. *Ver* Galantamina
Renal, función, cambios con el
envejecimiento, 587
efectos de fármacos en, estimulantes
del sistema nervioso central, 276
 inhalantes, 278
 sedantes hipnóticos, 273
Respiración, 9c, 694
Reproductivos, efectos de cannabis, 285
Reserpina, 327
Residencial, tratamiento, 628
Respeto, 98
 positivo incondicional, 98
Respiratorio, sistema, cambios con envejecimiento, 587
 efectos de drogas en, barbitúricos, 273
 cannabis, 284-285
 estimulantes del sistema nervioso central, 276
 inhalantes, 278
 opioides, 280
Restoril. *Ver* Temazepam
Retardada, eyaculación, 456-457, 686
Retrógrada, eyaculación, 201, 686
Rett, trastorno de, 528
Reumatoide, artritis, 421-422, 423
Revex. *Ver* Nalmefene
ReVia. *Ver* Naltrexona
Revisión de vida con paciente adulto mayor, 604
Riboflavina, 221c
Risperidal. *Ver* Risperidone
Risperidone, 200c
 demencia, 200c
 efectos colaterales de, 185c, 198c, 202c,
 326c, 365c
 esquizofrenia, 326, 326c
 fármaco estabilizador del ánimo, 197c, 364,
 365c
 mecanismo de acción de, 185c
 síndrome de Tourette, 550
Ritalin. *Ver* Metilfenidato
Ritualista, comportamiento, 4, 395, 682
Rivastigmina, 254c, 255
Robinul. *Ver* Glicopirrolato
Rohypnol. *Ver* Flunitrazepam

S

Saciedad, técnica, 454
Sadismo, 453, 693
Salud, enseñanza, 25, 126, 128, 145, 146c
Salud, promoción de, 126, 128
SANÉ (enfermera examinadora de ataque sexual), 685
Sarafem. *Ver* Fluoxetina

- Scope and Standards of Psychiatric-Mental, Health Nursing Practice*, 141, 145, 157
- Secobarbital, 205c, 271c, 267c
- Secobarbital/amobarbital, 271c
- Seconal. *Ver* Secobarbital
- Secundaria, prevención, 612, 613-614, 620-623, 692
- crisis de madurez, 620-622
 - situaciones de crisis, 623
- Sedantes hipnóticos, 183, 205-206, 205c 209, 271c
- abstinencia de, 273-274, 288c
 - abuso y dependencia en, 271-274
 - aspectos históricos de, 271-272
 - patrones de, 272 - contraindicaciones/precauciones para el uso de, 205
 - efectos fisiológicos de, 272-273, 273f
 - en demencia, 254c, 256
 - indicaciones para, 205
 - interacciones de drogas con, 205
 - intoxicación con, 273, 288c
 - mecanismo de acción de, 205
 - nombres comunes para, 271f
 - para adultos mayores, 590
 - proceso de enfermería en terapia con, 205-206
- Selectiva, abstracción, 679
- Selectivos, inhibidores de recaptación de serotonina (SSRI), 190c, 209, 363, 364c
- comportamiento agresivo, 564
 - demencia, 254c, 255
 - dependencia de alcohol, 296-297
 - efectos colaterales de, 185c, 192c, 193
 - interacciones de drogas con, 191
 - mecanismo de acción de, 37, 185c
 - niños y adolescentes, 344
 - trastornos, alimentación, 479, 489
 - ansiedad, 44, 407, 408
 - obsesivo-compulsivo, 395
 - personalidad, 516-518
 - somatomorfos, 434
- Selenio, en la dieta, 223c
- Selye, Hans, 5-6, 12, 415, 563
- Senil(es), 694
- placas, 45, 243
- Sensato, enfoque, 465, 466, 694
- Sensibilidad gustativa, 588
- Sensibilización encubierta, 454, 694
- Sensorial(es), capacidades en adultos mayores, 588, 598
- percepción, alterada, esquizofrenia, 131, 316, 318c
 - pacientes adultos mayores, 599, 603c-604c
 - trastorno(s), bipolar, 356
 - disociativos, 437, 440c-441c
 - somatomorfos, 428, 431c-432c
- relación en el área del cerebro, 33f
- Separación, 415, 505
- individuación, fase del, desarrollo, 24-25, 24c
- trastorno de ansiedad por, 550-551
- criterios de diagnóstico para, 551
 - implicaciones etiológicas para, 550-551
 - plan de atención para, 552c, 553
 - proceso de enfermería en, 551-553
 - síntomas de, 551
- Septum pellucidum*, 34f, 35
- Ser, alteración de la vida media en percepción de, 617
- sentido de, 315
- Serax. *Ver* Oxazepam
- Seroconversión, 694
- Seroquel. *Ver* Quetiapina
- Serotoniná, 37
- agonistas de receptores, 421
 - comportamiento agresivo, 563, 564c
 - efectos de drogas psicotrópicas en, 184, 185c, 186, 189-190
 - síndrome, 193
 - trastorno(s), alimentación, 44-45, 479
 - ánimo, 44, 339, 340f, 353
 - ansiedad, 44
 - conducta, 540
 - déficit de atención/hiperactividad, 533
 - desafiante por oposición, 542
 - obsesivo-compulsivo, 395
 - personalidad límitrofe, 506
 - somatomorfos, 427-428
 - Tourette, 547
- Sertralina, 190c, 192c, 344, 364c, 434
- en demencia, 254c
 - para trastornos de ansiedad, 407, 408
- Sexo, cirugía de reasignación de, 469
- Sexual(es), abuso, de adultos mayores, 596, 597
- infantil, 453, 568-569
 - trastorno de, excitación sexual femenina y, 458
 - personalidad límitrofe y, 506
- ataque, 562, 570-571
- intervención en crisis por, 572, 575
 - perpetradores de, 570-571
 - victimas de, 571
- ciclo de respuesta, 455
- efectos de drogas, alcohol, 270
 - antipsicóticos, 201
 - cannabis, 285
 - estimulantes del sistema nervioso central, 276
 - inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, 193
 - opioides, 280
 - sedantes hipnóticos, 273
- enfermedades de transmisión (STD), 449, 450, 468, 470, 471c-472c
- enfermera examinadora de ataque (SANE), 685
- explotación infantil, 453, 568, 686
- historia, 459, 460-462
- orientación, 467-470
- terapia, 465-466
- trastornos, 448-467, 470-472
- aversión, 456, 458
 - tratamiento de, 465
- disfunciones sexuales, 455-467
- aspectos históricos y epidemiológicos de, 455-456, 456c
 - en pacientes adultos mayores, 600
 - implicaciones etiológicas para, 457-459
 - inducidas por sustancias, 457, 600
 - trastornos, deseo sexual, 456, 457, 458
 - dolor sexual, 457, 458, 459
 - excitación sexual, 456, 457, 458
 - orgásmicos, 456-459
 - tratamiento de, 462-467
- educación del paciente y familia en, 465
- parafilia, 449, 451-455
- plan de atención para, 462, 463c
- planificación de concepto, 464f
 - proceso de enfermería en, 459-462
- Sexualidad, a lo largo de la vida, 449-451
- envejecimiento y, 591-592, 593c, 605, 449,
 - patrones de, ineficientes, 459, 463c
 - en pacientes adultos mayores, 600
- Shiva*, 652, 694
- Sibutramina, 274c, 489
- Sifilis, 471c, 696
- Sildenafil, 466
- Silenciosa, reacción a la violación, 571, 693
- Simbiótica, fase del desarrollo, 24, 24c, 506
- relación, 694
- Símpatia, 98, 99, 694
- Simpático, sistema nervioso, 39
- Sinapsis, 35, 694
- Sináptica, brecha, 35, 184c
- Síndrome, amotivacional inducido por cannabis, 285
- de trauma por violación, 572, 573c
 - inmunodeficiencia adquirida, 468, 472c, 678. *Ver también* Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - vespertino (*sundowning*), 695
- “Síndrome del nido vacío”, 617-618
- Sinequan. *Ver* Doxepin
- Sistema nervioso central (SNC), 32-38, 32c
- cerebro, 32-35, 34f, 35f. *Ver también* Cerebro
 - efectos de drogas en, alcohol, 267
 - antidepresivos, 192c
 - cannabis, 285
 - estimulantes, 207, 276
 - inhalantes, 278
 - opioides, 280
 - estimulantes, 286c
 - abstinencia de, 277, 287c, 299, 540
 - abuso y dependencia en, 274-277, 274c
 - aspectos históricos de, 274-275
 - educación del paciente para preventión primaria de, 621c
 - patrones de, 275
- caféína, 274
- celular general, 274
- como supresores del apetito, 275

- contraindicaciones/precauciones para el uso de, 206-207
 dosis y administración de, 537-539
 drogas recreativas de, 208
 educación del paciente y familia sobre, 208
 efectos, colaterales de, 207-208, 537, 539-540
 fisiológicos de, 276
 interacciones de drogas con, 207, 540
 intoxicación con, 276-277, 287c, 298-299
 mecanismos de acción de, 186, 206, 274
 nicotina, 274
 para trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 206-208, 206c, 537-540
 en pacientes con trastorno bipolar, 354
 proceso de enfermería en terapia con, 206-208
 psicomotores, 274
 médula espinal, 38
 neurotransmisores de, 35-38. *Ver también* Neurotransmisores
 tejido nervioso de, 35. *Ver también* Neurona Sistemática, desensibilización, 406, 684
 en disfunciones sexuales, 465, 466, 467
 SNA (sistema nervioso autónomo), 39, 40f
 SNC. *Ver* Sistema nervioso central (SNC)
 SNP (sistema nervioso periférico), 32, 38-39
 SOAPIE, formato de documentación, 134
 Sobregeneralización, 695
 Sobresensibilización, 695
 Social(es), aislamiento, atención psiquiátrica en casa, 632c
 de pacientes adultos mayores, 600
 depresión, 192, 347
 esquizofrenia, 306, 311, 316, 317, 319c
 trastornos fóbicos, 391, 392c
 distancia, 68, 104
 entrenamiento de habilidades, 685
 esquizofrenia, 305, 323-324
 trastornos de personalidad, 516
 fobia, 387-388, 407-408, 691
 interacción alterada, autismo, 530, 531, 532c
 depresión, 347
 retraso mental, 528, 529c
 trastorno(s), ansiedad por separación, 551, 552c
 bipolar, 356, 358c
 conducta, 541, 542, 543c
 déficit de atención/hiperactividad, 534, 536c
 desafiente por oposición, 545, 547c
 personalidad, antisocial, 512
 límitrofe, 507, 509c
 Tourette, 548, 549c
 trabajador, 656
 Socioeconómico, estado, 619
 adultos mayores, 583
 atención a largo plazo y, 595
 comunicación y, 103
 después de la jubilación, 594
 enfermedad coronaria y, 417
 esquizofrenia y, 310
 obesidad y, 477
 personas sin hogar y, 634
 suicidio y, 367
 trastornos, de somatomorfos y, 416
 del ánimo y, 334
 Socrático, cuestionamiento, 683
 Somáticas, terapias, fármacos psicotrópicos, 182-209
 historia de, 183
 medicina complementaria, 212-226, 682
 terapia electroconvulsiva, 364-366, 696
 Somático, sistema nervioso, 39
 Somatización, trastorno, 8, 416, 426, 443
 Somatomorfos, trastornos, 8, 414-415, 426-434, 443
 aspectos históricos de, 415
 epidemiología de, 416
 hipocondriasis, 426-427
 implicaciones etiológicas para, 427-428
 plan de atención de, 429, 429c-432c
 planificación de concepto, 433f
 trastorno, conversión, 427
 dismórfico corporal, 427
 dolor, 426
 somatización, 426
 tratamiento de, 434
 Somatostatina, 38, 41, 45
 Somatotropina, 41
 Sonata. *Ver* Zaleplon
 SPECT (tomografía computarizada de emisión de fotón único), 45c, 46
 SSRI. *Ver* Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRI)
 STD (enfermedades de transmisión sexual), 449, 450, 468, 470, 471c-472c
 Stelazina. *Ver* Trifluoperazina
 STP (2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina), 281c, 282, 286t
 Straterra. *Ver* Atomoxetina
 Sublimación, 9c, 695
 Subluxación, 224, 695
 Subsistemas, 695
 Sueño(s), alteraciones, en demencia, 256
 entre personas adultas mayores, 590
 sedantes hipnóticos para, 205-206, 205c, 254c, 256
 análisis de, 227
 efectos de drogas, antidepresivos, 192c, 193
 estimulantes de sistema nervioso central, 207
 sedantes hipnóticos, 272-273
 patrón alterado del, ansiedad, 206
 depresión, 347
 pacientes, adultos mayores, 599
 que reciben estimulantes del sistema nervioso central, 207
 trastorno bipolar, 356
 Suicidio, 366-372, 373
 adolescentes, 343-344
 altruista, 695
 anómico, 695
 demografía de, 366-367, 373
 educación del paciente y familia sobre, 370-371
 egoísta, 684
 entre adultos mayores, 366, 590, 597-598
 epidemiología de, 366
 esquizofrenia y, 305
 estacionalidad de, 335
 factores de protección y de riesgo de, 368
 hechos y mitos sobre, 367
 ideas y actos de, 367-369
 intervenciones para sobrevivientes de víctimas de, 371-372
 manejo de pacientes externos de, 369-370
 postparto, 345
 procesos de enfermería en, 366-372
 programas de prevención de, 625
 recursos sobre, 372
 riesgo de, 369
 depresión, 191, 347, 348c
 durante abstinencia de sustancias, 290
 pacientes, adultos mayores, 599
 con tratamiento de estimulantes de sistema nervioso central, 207
 trastornos cognitivos, 251
 valoración de, 366-369, 368c
 trastorno(s), bipolar y, 354
 psiquiátricos relacionados con, 367
 Sujeción, 55, 59, 62, 63
 Sullivan, Harry Stack, etapas del desarrollo de la personalidad, 20-21, 20c, 27-28, 497c
 teoría interpersonal de, 19-20, 99
 Superyó, 16-18, 17c
 Supresión, 9c, 695
 Surmontil. *Ver* Trimipramina
 Sustancia(s), abuso de, 263, 299, 679
 dependencia de, 264, 299, 683
 alcohol, 267-270
 alucinógenos, 280-283
 cannabis, 283-285
 estimulantes del sistema nervioso central, 274-277
 física, 264
 inhalantes, 277-278
 opioides, 278-280
 psicológica, 264
 sedantes hipnóticos y ansiolíticos, 271-274
 tolerancia y, 264
 P, 38
 trastornos inducidos por, 264-265, *Ver también* Intoxicación; abstinencia de sustancia
 abstinencia de, 265, 299
 amnésico persistente, 247
 ansiedad, 404
 del ánimo, 338-339, 341
 delirio, 239
 demencia persistente, 245
 disfunción sexual, 457
 intoxicación, 264-265, 299
 psicótico, 313, 313c

Sustancia(s) (*cont.*)
 trastornos relacionados con, 262-299. *Ver también* Abuso de sustancias específicas
 alcohol, 267-270
 alucinógenos, 280-283, 281c
 cannabis, 283-285
 comórbido con enfermedad mental, 289-290
 educación del paciente y familia en, 292, 294
 para prevención primaria, 621c
 estimulantes de sistema nervioso central, 274-277, 274c
 implicaciones etiológicas para, 265-267
 inhalantes, 277-278
 opioides, 278-280, 279c
 personas sin hogar, 634
 plan de atención para, 291c-292c
 planificación de concepto, 293f
 proceso de enfermería, 285-294
 sedantes hipnóticos y ansiolíticos, 271-274, 271c
 tratamiento de, 294-299
 atención intermedia, 292
 desintoxicación, 292
 en pacientes con diagnóstico dual, 289-290
 farmacoterapia para, alcoholismo, 295-297
 intoxicación por abstinencia, 297-299
 grupos de autoayuda, 290, 292, 294-295, 296c, 297
 orientación, 297
 rehabilitación, 292
 terapia de grupo, 297
 Sustitución, terapia de, 292, 297-298, 696
 Sustituto, papel de la enfermera como, 25, 695
Symbax. Ver Olanzapina y fluoxetina
Symmetrel. Ver Amantadina

T

T_3 (tryidotironina), 41
 T_4 (tetrayodotironina), 41
 T-4 linfocito, 696
 Tacrina, 254, 254c
 Tacto, umbral, 588
 Tadalafil, 466
 Tálamo, 33f, 34f, 35, 340f
Talwin. Ver Pentazocina
 Tangencialidad, 315, 695
 Tareas, grupos de, 150
 Técnico experto, 25, 686
 Tecnología de diagnóstico, 45-46, 45c, 47
Tegretol. Ver Carbamazepina
 Temazepam, 205c, 254c, 256, 271c
 Temperamento, 16, 695
 fobias y, 390
 trastorno de, ansiedad por separación, 550
 conducta y, 540
 personalidad antisocial y, 512

Temporales, lóbulos del cerebro, 33f, 34
 Tenuate. *Ver Dietilpropion*
 Teoría(s), de Actividad del Envejecimiento, 586, 591
 envejecimiento de usar-y-tirar, 584
 éticas, 51-52, 62
 liberación, 585
 Terapéutica, comunidad, 140-146. *Ver también* Terapia ambiental
 condiciones que promueven, 142-143, 146
 educación del paciente en, 145, 146
 estado actual de, 141
 hipótesis básicas de, 141-142, 146
 papel de la enfermera en, 143, 145, 146
 poner límites en, 145
 programa de, 143, 146
 reuniones de, 142
 tratamiento interdisciplinario en, 143, 144c-145c, 146
 relación interpersonal, 96, 99. *Ver también* relación enfermera-paciente
 Terapéutico(s), eso del ser, 96, 97
 grupos, 151, 157, 696
 toque, 224-225
 Terapia, de mascotas, 225-226
 fármaco-convulsiva, 691
 Terciaria, prevención, 612, 614, 623-629, 692
 Territorialidad, 68, 104, 696
 Testamento en vida, 657
 Testosterona, 43
 envejecimiento y, 592
 para transexuales, 469
 trastorno(s), de conducta y, 540
 sexuales un, 454, 457, 462, 465, 469
 THC (delta-9-tetrahidrocannabinol), 283, 284. *Ver también* Cannabis uso
Thorazine. Ver Clorpromazina
 Tiamina, 221c
 deficiencia de, 269, 298
 Tics, 545-500. *Ver también* Tourette, síndrome
 Tiempo fuera, 696
 psicoterapia limitada, 227
 Tiopental sódico, 366
 Tioridazina, 200c, 202c, 326c
 Tiotixeno, 200c, 202c, 326c
 Tipo, A, personalidad, 418, 419, 692
 B, personalidad, 418, 692
 C, personalidad, 417, 692
 D, personalidad, 418, 692
 Tiramina, interacción con inhibidores de monoaminoxidasa, 191, 191c, 362, 696
 Tiroides, hormona estimulante (TSH; tirotropina), 6, 40, 41-42, 41c, 44, 341
 Tiroxina (T_4), 41
Tofranil. Ver Imipramina
 Tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT), 45c, 46
 Tomografía de emisión de positrones (PET), 45c, 46, 47, 251, 353, 506
Topamax. Ver Topiramato
 Topiramato, como fármaco estabilizador del ánimo, 196c, 363, 363c
 efectos colaterales de, 198c, 363c
 interacciones de fármacos con, 195
 para trastornos de alimentación, 489
 Topografía de la mente, 17
 Toque, como herramienta de comunicación, 104-105
 límites profesionales y, 102
 terapéutico, 224-225
Tourette, síndrome de, 545-550
 implicaciones etiológicas para, 547
 medicamentos para, 548-550
 plan de atención de, 548, 549c
 prevalencia relacionada con la edad, 547, 548
 procesos de enfermería en, 547-548
 Tradicional, medicina, 71-72, 73-74, 690
Tranquilizantes, mayores, 23-25, 24c, 497c, 506-507
 menores. *Ver Ansiolíticos, fármacos*
Transexualismo, 454, 469, 696
 Transferencia, 100
 Transmisión, precauciones basadas en, 692
Trasvéstico, fetichismo, 452, 469, 687
Tranxene. Ver Clorazepato
Tranilcipromina, 190c, 364c
Trastorno(s), ajuste, 678
 alimentación, 11, 476-490
 educación del paciente y familia en, 482, 488
 epidemiología de, 477
 implicaciones etiológicas para, 479-480
 plan de atención para, 482, 483c-485c
 planificación de concepto, 486f, 487f
 procesos de enfermería en, 478-488
 tratamiento de, 488-490
amnésicos, 245-247, 256
 debido a condición médica general, 246
 persistente inducida por sustancias, 247
 comer impulsivamente, 480
 conversión, 8, 416, 427, 443
 de comportamiento disruptivo, 539
 déficit de atención/hiperactividad, 531-540
 trastorno(s), de conducta, 540-544
 desafiente por oposición, 542-547
desintegrativo infantiles, 528
dismórfico corporal, 427, 434, 443
disociativos, 8, 414-415, 434-443
 aspectos históricos de, 415
 epidemiología de, 416
 implicaciones etiológicas para, 437
 plan de atención para, 438, 439c
 planificación de concepto, 442f
 tratamiento de, 438, 441, 443
dolor, 8, 426, 434, 443
 sexual, 457, 458, 459, 466-467
dominantes del desarrollo, 306, 528. *Ver también* Trastorno autista
eréctil, 456, 457
 tratamiento de, 465-466
ideas delirantes, 10, 312

identidad disociativa, 8, 416, 436, 441, 443
 personalidad, dependiente, 502-503
 límitrofe, 496, 500, 504-509, 697
 criterios de diagnóstico para, 504
 implicaciones etiológicas para, 506-507
 patrones de interacción en, 505-506
 plan de atención para, 507, 508c-509c
 planificación de concepto, 510f
 síntomas de, 505
 por evitación (evitativo), 502, 518
 psicótico breve, 311-312
 Tratamiento, alternativo de menor sujeción, 54-55
 rechazo de, 54, 183
 Trauma, cabeza, demencia debido a, 243, 244
 inicio de artritis reumatoide y, 422
 intervenciones prevención primaria para
 quienes experimentaron, 619
 proceso de enfermería para pacientes que
 experimentaron, 173-174,
 175c-178c
 riesgo de, acentos adultos mayores, 599,
 600, 601c
 trastornos cognitivos, 251, 251c
 trastorno(s), disociativo(s) y, 416, 437
 estrés postraumático después de exposición a, 398-404
 personalidad límitrofe y, 506
 Trazodona, 190c, 192c, 363, 364c
 efectos colaterales de, 185c
 en demencia, 254c, 255, 256
 mecanismo de acción de, 185c
 TRF (factor liberador de tirotropina), 41,
 44, 341
 Triángulos, 696
 Triazolam, 205c, 256, 271c
 Tricotilomanía, 696
 Trifluoperazina, 200c, 326c
 Trihexifenidil, 203c
 Trilafon. *Ver* Perfenazina
 Trileptal. *Ver* Oxcarbazepina
 Trimipramina, 190c, 192c, 364c
 "Tristeza" ("blues"), 333
 maternidad, 345
 Triyodotironina (T3), 41
 Trombocitopenia, inducida por alcohol, 270
 TSH (hormona estimulante de tiroides), 6, 40,
 41-42, 41c, 44, 341
 Tuinal. *Ver* Secobarbital/amobarbital

U

Ulcerativa, colitis, 422, 423
 Universales, precauciones, 697
 Universalidad, 697
 Urinaria, incontinencia, 587, 599
 retención, 599
 Uso del tabaco, fumar, 274-277, 274c
 abstinencia de nicotina, 277, 287c
 enfermedad coronaria y, 418
 hipertensión y, 420
 maternal, déficit de atención de niños/
 hiperactividad y, 533

mortalidad relacionada a, 275
 prevalencia de, 275
 úlceras pépticas y, 419
 Utilitarismo, 51-52, 62, 697

V

Vacuna, virus del papiloma humano, 450
 Vaginismo, 457, 459, 697
 tratamiento de, 466-467
 Valeriana, 218c
 Validación consensual, 28
 Valium. *Ver* Diazepam
 Valoración (proceso de enfermería), 116-117,
 128
 adultos mayores, 598-599
 atención psiquiátrica domiciliaria, 630
 depresión, 345-347
 esquizofrénica, 313-316
 estado mental, 676-677
 familia, 156
 herramientas para, de medicamentos, 186,
 187-188
 historia, de medicamentos y, 288
 sexual, 460-462
 implicaciones culturales para, 69-79
 intervención en crisis, 167-168
 necesidades espirituales y religiosas, 84-85
 paciente, sin hogar, 637
 suicida, 366-369, 368c
 procesos de duelo, 648-652
 riesgo de agresión, 169-170
 síndrome de Tourette, 547-548
 trastorno(s), autista, 530-531
 alimentación, 478-479
 ansiedad, generalizada, 382
 por separación, 551
 bipolar, 355-356
 conducta, 541-542
 déficit de atención/hiperactividad, 534
 disociativos, 434-437
 fóbicos, 387-389
 obsesivo-compulsivo, 391, 394
 pánico, 381-382
 personalidad antisocial, 509-512
 por estrés postraumático, 398
 psicofisiológicos, 416-422
 relacionados con sustancias, 285, 288-290
 safiente por oposición, 544-545
 sexuales, 459, 460-462
 somatomorfos, 426-428
 víctima de agresión o abuso, 565-571
 Valores, 51, 102-103, 697
 aclaración de, 51, 682
 Valproico, ácido, 196c
 comportamiento agresivo, 564
 convulsiones por abstinencia de alcohol,
 298
 efectos colaterales de, 198c, 363c
 interacciones de drogas con, 195
 manía, 363, 365c
 trastorno de estrés postraumático, 408

Vardenafil, 466
 Várices esofágicas, 270, 684
 Vascular, demencia, 243-244
 Vasoconstrictores, 419, 420
 Vasopresina (hormona antidiurética), 6, 39, 41c
 Velorio, 652, 697
 Venlafaxina, 190c, 192c, 344, 364c
 efectos colaterales de, 185c
 mecanismo de acción de, 185c
 para trastornos de ansiedad, 407, 408
 Veracidad, 54, 62
 Verapamil, como fármaco estabilizador del
 ánimo, 196c, 363, 365c
 educación del paciente y familia sobre, 199
 efectos colaterales de, 198c, 365c
 interacciones de drogas con, 195-197
 Vergüenza, 21, 21c
 Vestimenta, 104
 Veteranos de Vietnam, 398-400, 407
 Viagra. *Ver* Sildenafil
 Vías críticas de atención (CPC), 129-131,
 130c, 682
 Vicodin. *Ver* Hidrocodona
 Vietnamitas-americanos, 651
 VIH. *Ver* Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 demencia relacionada con, 683
 síndrome de desgaste por, 694
 Violación, 562, 570-571, 698
 de cita, 570, 683
 estatutaria, 570, 698
 intervención en crisis para, 572, 688
 marital, 570, 698
 patrón de respuesta, controlada a, 571, 691
 expresada a, 571, 691
 reacción, compleja a, 571, 693
 silenciosa a, 571, 693
 víctimas de, 571
 Violencia. *Ver también* Abuso; agresividad
 aprendida, 597
 ataque sexual, 570-571
 doméstica, 562, 565-567, 566f
 riesgo de
 esquizofrenia, 317, 319c
 pacientes en tratamiento con estabilizadores de ánimo, 197
 personas que expresan enojo de manera inapropiada, 170, 171c
 psicosis, 201
 trastorno(s), bipolar, 356, 357c
 cognitivos, 251
 conducta, 542, 543c
 personalidad antisocial, 512, 514c-515c
 Tourette, 548, 549c
 Vistaril. *Ver* Hidroxizina
 Visual, agudeza, 588
 área de asociación del cerebro, 33f
 para personas alcohólicas, 298
 área del cerebro, 33f
 Vivactil. *Ver* Propriptilina
 Vocales, claves, 104, 106
 Voluntaria, admisión, 59-60
 Voyerismo, 453, 697

W

Wellbutrin. *Ver* Bupropion
Wernicke, encefalopatía de, 269, 685
Wernicke-Korsakoff, síndrome, 269
Women's Health Initiative, 592
Worden, J. William, etapas de duelo, 645-646, 647, 658

Y

Yin y Yang, 73, 698
Yo, 8, 16-18, 17c, 698
Yo-ideal, 17
Yodo en la dieta, 223c
Yoga, 225, 225f, 698
Yohimbina, 465

X

Xanax. *Ver* Alprazolam
XYY, síndrome, 563

Z

Zaleplon, 205c, 254c, 256
Ziprasidona, 200c

como fármaco estabilizador del ánimo, 197c, 364, 365c
demencia, 255
efectos colaterales de, 185c, 198c, 202c, 326c, 365c, 550
esquizofrenia, 326, 326c
mecanismo de acción de, 185c
síndrome de Tourette, 550
Zoloft. *Ver* Sertralina
Zolpidem, 205c, 254c, 256
Zyban. *Ver* Bupropion
Zyprexa. *Ver* Olanzapina



Para Descargar más Libros Visita:

www.RinconMedico.me



www.facebook.com/rinconmedico.me