

Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas

Milvia Socorro Rojas Rodríguez

Editorial Ciencias Médicas

**Atención
de enfermería a pacientes
con afecciones psiquiátricas**

Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas

M.Sc. Milvia Socorro Rojas Rodríguez
Máster en Psiquiatría Comunitaria. Instructor
de Psiquiatría y Neurocirugía.



La Habana, 2007

Rojas Rodríguez, Milvia Socorro.

Atención de enfermería a pacientes con afecciones
psiquiátricas. / Milvia Socorro Rojas Rodríguez.

La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.

53 p. tab.

Bibliografía al final de la obra.

ISBN 978-959-212-265-9

Edición y emplane: Lic. Diana E. Prieto Acosta

Diseño y realización: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

©Lic. Milvia Socorro Rojas Rodríguez, 2007

©Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2007

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle I núm. 202, esquina a Línea, El Vedado,

La Habana, CP 10400, Cuba.

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 838 3375 y 832 5338

Mover un país, por pequeño que sea, es obra de gigantes. Y quien no se sienta gigante de amor, o de valor, o de pensamiento, o de paciencia, no debe emprenderla.

Mejor es evitar la enfermedad que curarla. La medicina verdadera es la que precave.

José Martí

A mis padres, con quienes siempre estaré en deudas.

A mi hija, mi esposo, mi hermana y mis sobrinos.

A mis compañeros de trabajo de la especialidad por la valiosa colaboración en la preparación y publicación de esta obra.

A mi compañera de estudios secundarios que hoy día me ha ayudado con sus conocimientos de filología.

La autora desea dejar constancia de su agradecimiento a todas las personas que viven y padecen afecciones psiquiátricas, pues ellos la inspiraron a escribir sobre este tema y a hacer que sus experiencias como profesional en esta especialidad lleguen a los estudiantes que roten por los servicios de psiquiatría. Igualmente agradece a quienes trabajan incansablemente para no ser parte del problema, sino de la solución.

Desea señalar expresamente a dos especialistas que contribuyeron con su digno y abnegado esfuerzo a la orientación y revisión de todo el manuscrito, y que también le ofrecieron valiosas sugerencias: el doctor José Manuel Castellón Mortero, Especialista de II Grado en Alergología y Profesor Auxiliar de Medicina Interna, y la doctora María Ramos Acosta, Especialista de I Grado en Psiquiatría.

Agradece al licenciado Enmanuel Pentón Bonilla, Especialista en Cibernética y Computación, la paciencia de leer el escrito y las sugerencias que hizo al respecto. Un reconocimiento especial a las colegas Olga Broche Esponda y Marilys Álvarez Broche, licenciadas en Español y Literatura, y también al ingeniero industrial David Muto Lubota, quien le brindó apoyo y recursos materiales para la elaboración de este libro.

En general, a todas las personas que de una forma u otra aportaron ideas y correcciones, que hicieron posible la terminación del libro.

Prólogo

Para nadie resulta una tarea fácil la de escribir un libro, independientemente de la materia de que trate. Muchas personas tienen el conocimiento necesario para hacerlo, pero les falta la capacidad y la tenacidad requeridas para emprender ese viaje que tiene como objetivo a un supuesto lector que haga buen uso de él.

Alguien refiriéndose al Quijote expresó: «o leyó en su infancia y le provocó risa; al ser adulto, una profunda reflexión y, al envejecer lo leyó nuevamente y lloró». Un libro de estudio y consulta debe llevar al educando a obtener el conocimiento inmediato que le permitirá, de primera instancia, vencer el plan de estudios. Una vez graduado deberá conservarlo en una losa especial para consultarlo cuando sea necesario.

Con este libro, la máster en psiquiatría comunitaria y profesora universitaria Milvia S. Rojas Rodríguez ha logrado concretar toda una información dispersa en la literatura médica y regalarnos un texto de gran utilidad práctica para el estudiante de Enfermería y una muy buena referencia para los graduados de esta especialidad, quienes seguramente necesitarán consultarlo. En su carácter polivalente, el libro tiene la propiedad de ajustarse al plan de estudio de las carreras de licenciatura en Enfermería y del técnico medio en esta especialidad.

Cuando emprenda el camino de su lectura, el lector podrá acceder a una serie de conceptos generales, y en cada capítulo observará el énfasis que realiza la autora en la labor de enfermería. Este libro toma como primera estación a la *salud mental* y como paradero final a la *rehabilitación social*. Su lectura trae a nuestro recuerdo la frase de quien fue, es y será siempre una fuente inagotable de enseñanza para todos los cubanos, José Martí, quien señaló: «Los que no tienen el valor de sacrificarse han de tener, a lo menos, el pudor de callar ante los que se sacrifican». Y un libro, en su concepción y escritura, siempre constituye un sacrificio y representa horas que no se dedicaron ni a la familia ni a la recreación. En este caso, la autora es un producto glorioso de nuestra sociedad actual, mujer de integridad profesional poco común, modesta, y caracterizada además por un ansia insaciable de superación individual que la lleva a movilizar grandes sacrificios. Para esta luchadora incansable, nuestra adoración y respeto.

Dra. Sila Castellón Mortera
Dr. José A. Rondón Ayala

Prefacio

Comencé a escribir este libro el 7 de noviembre de 1996, motivada por la ausencia de un texto que versara sobre la atención de enfermería a pacientes con afecciones psíquicas y que estuviese dirigido a los estudiantes que cursan nuestra especialidad, tanto en el nivel técnico medio como en la licenciatura en Enfermería.

Incluimos los cuidados de enfermería que se relacionan con las distintas afecciones psiquiátricas, los cuales están incluidos en los programas del plan de estudios de Enfermería General, correspondientes al segundo año del técnico medio en Enfermería y al tercero de la licenciatura en Enfermería. La descripción de estos está avalada por la necesidad de su conocimiento y por la importancia de que la formación de recursos humanos altamente calificados tenga una base profunda y científica.

He escrito este material con la finalidad de que los estudiantes dispongan de un libro que se ajuste a nuestros programas de estudio.

De la atención de enfermería se espera la identificación oportuna de las necesidades afectadas del paciente y diagnósticos de enfermería correctos, que eleven el nivel de salud de nuestro pueblo por medio de la aplicación de conocimientos teórico-prácticos, la toma de decisiones correcta y la actuación consecuente ante las diferentes situaciones.

Espero que el esfuerzo que hoy realizamos contribuya a la formación de los futuros enfermeros y licenciados, y que sirva de orientación a los más jóvenes especialistas en Enfermería Psiquiátrica.

Si lo logramos habremos contribuido en algo a alcanzar nuestra meta de ser una potencia médica, también en Psiquiatría.

Muchas gracias
La autora

Índice general

- I Salud mental/ 1**
 - Introducción a la salud mental/ 1
 - Funciones del personal de enfermería en el equipo de salud mental/ 1

- II Ideas delirantes y alucinaciones/ 3**
 - Sobre las ideas delirantes/ 3
 - Sobre las alucinaciones/ 3
 - Atención de enfermería a pacientes con ideas delirantes y alucinaciones/ 4
 - Fundamento científico de la atención de enfermería / 4

- III Terapéutica psiquiátrica/ 6**
 - Clasificación de los psicofármacos/ 6
 - Cuidados de enfermería en la administración de psicofármacos por vía oral y parenteral/ 6
 - Razonamiento científico de la atención de enfermería/ 8
 - Efectos colaterales o adversos de los psicofármacos/ 8
 - Algunas precauciones/ 9

- IV Terapéutica biológica/ 11**
 - Concepto de terapéutica biológica/ 11
 - Tratamiento/ 11
 - Tratamiento de electrosueño/ 16
 - Tratamiento de deshabitación alcohólica/ 18

- V Psicosis afectiva y depresión mayor/ 24**
 - Cuidados de enfermería en la manía/ 24
 - Cuidados de enfermería en la depresión/ 24
 - Razonamiento científico de los cuidados de enfermería tanto en la manía como en la depresión/ 25

VI Estupor/ 28

Atención de enfermería/ 28

Razonamiento científico de los cuidados de enfermería/ 28

Valoración de enfermería en el semiestupor/ 29

VII Trastornos neuróticos/ 31

Clasificación de la neurosis/ 31

Atención de enfermería/ 32

Atención de enfermería a pacientes neuróticos/ 33

Trastorno de personalidad/ 34

VIII Enfermería en la hospitalización parcial/ 35

Atención de enfermería en el hospital de día neurótico/ 35

Funciones del personal de enfermería en el servicio de hospital de día de psicótico o con pacientes de larga evaluación/ 36

Funciones del personal de enfermería en los servicios de corta y larga estadía (pacientes agudos y crónicos)/ 37

Cuidados de enfermería en el paciente en fase aguda o corta estadía/ 38

Cuidados de enfermería en el paciente de larga evolución o servicio de crónicos/ 39

IX Urgencia psiquiátrica/ 40

Atención de enfermería en el cuerpo de guardia de psiquiatría/ 40

Papel del enfermero en la urgencia psiquiátrica/ 40

Funciones del personal de enfermería en la unidad en intervención en crisis/ 41

Atención de enfermería frente a pacientes con crisis o excitación/ 41

Atención de enfermería en pacientes con ideas suicidas o intentos suicidas/ 42

X Tratamiento psicoterapéutico/ 43

Psicoterapia breve/ 43

Funciones del personal de enfermería en el tratamiento psicoterapéutico/ 43

XI Consultas especializadas/ 44

Labor de enfermería en la consulta con fluspirileno (Imap) o decanoato de flufenazina/ 44

Labor de enfermería en la consulta de tratamiento con litio/ 44

Labor del personal de enfermería en la consulta de psiquiatría/ 45

**XII Funciones de la enfermería psiquiátrica
en la atención primaria/ 46**

La enfermería psiquiátrica en la década de 1990/ 46

La enfermería psiquiátrica en el plan de atención a la familia/ 46

**XIII La reorientación de la atención psiquiátrica
en Cuba/ 48**

XIV Rehabilitación psicosocial/ 49

Psiquiatría de enlace/ 49

Intervenciones de enfermería en la rehabilitación psiquiátrica/ 50

Diagnósticos de enfermería/ 50

Bibliografía/ 52

I Salud mental

Introducción a la salud mental

La salud mental son todas aquellas actividades que realiza el equipo de salud mental. Este es un grupo multidisciplinario especializado en Psiquiatría, que se ocupa de realizar acciones de salud e intervenciones comunitarias para mantener al individuo en pleno equilibrio desde el punto de vista social, biológico y psicológico, y en el disfrute de su bienestar armónico y espiritual.

Cuba ha invertido cuantiosos recursos en la salud mental, llevando a cabo programas y actividades, que están encaminadas a la promoción y prevención de salud y que son realizadas por los mismos miembros de la comunidad y por los servicios primarios de salud, en beneficio de la propia comunidad y de los grupos con mayor riesgo de sufrimiento.

Funciones del personal de enfermería en el equipo de salud mental

La función del personal de enfermería en el equipo de salud mental está en correspondencia con el nivel de atención de salud donde se encuentre trabajando, pues este personal de la especialidad puede estar ubicado en:

1. Atención primaria:
 - a) centros comunitarios de salud mental,
 - b) equipos de salud mental.
2. Segundo nivel de atención:
 - a) sala, unidad de intervención en crisis (UIC),
 - b) servicio de agudo y larga evolución,
 - c) hospitalización parcial (con pacientes en corta y larga estadía).

Las funciones del primer nivel de atención primaria se sustentan en el modelo comunitario que consta de:

1. Principios:
 - a) atención integral y continuada,
 - b) diagnóstico comunitario y necesidades sentidas de la población,
 - c) coordinación intersectorial y transectorial,

- d) participación social,
- e) transferencia de tecnología y capacitación.
- 2. Componentes:
 - a) promoción-prevención,
 - b) curación-rehabilitación.
- 3. Perfiles:
 - a) clínico integral: acciones curativas (individuo, familia y colectivo sociocultural),
 - b) epidemiológico: diagnóstico de salud.
- 4. Centro gravitacional:
 - a) atención primaria,
 - b) comunidad.

El modelo comunitario consta de los perfiles y de las actividades específicas siguientes:

1. Docente: capacitación, formación de recursos humanos, educación continuada, transferencia de tecnología y educación popular.
2. Epidemiológico: estrategia de trabajo, diagnóstico de salud, determinantes psicosociales y prioridades.
3. Clínico: asistencia primaria integral, curativa y uso de los procedimientos legislados en la rehabilitación individual.
4. Administrativo: gerencial, descentralización, estratificación, cogestión, investigación y evaluación.
5. Social: participación comunitaria, necesidades sentidas, programación, promoción, prevención, rehabilitación y psicología.

Las funciones del personal de enfermería en el segundo nivel de atención (hospital) son fundamentalmente cuatro:

1. Asistenciales o de atención médica. Realizar todas las acciones de enfermería de acuerdo con las necesidades del paciente. Estas necesidades pueden ser naturales, biológicas y culturales, entre otras.
2. Brindar atención al alumnado de las diferentes especialidades en Enfermería (licenciatura y técnico medio), impartiendo clases según el programa y tiempo de rotación; atender a los enfermeros graduados en el programa de educación permanente según las necesidades señaladas en su ficha individual.
3. Administrativas. Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en concordancia con la carpeta metodológica.
4. Investigativo. Realizar investigaciones de su servicio, para elevar el nivel científico-técnico del servicio y el suyo propio. Participar y cumplir mensualmente con el programa de educación permanente. Participar y realizar exámenes de desempeño profesional y competencia.

Preguntas de autocontrol

1. Mencione las funciones del personal de enfermería en el equipo de salud mental, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención psiquiátrica.

II Ideas delirantes y alucinaciones

Sobre las ideas delirantes

Las ideas delirantes son ideas erróneas de carácter morboso, inmodificables por la experiencia, que tienen una fuerza inductora capaz de guiar la conducta del enfermo.

Se clasifican de acuerdo con su duración, sistematización, origen, estructuración, la naturaleza del estado que la engendra y la temática del delirio.

De acuerdo con su duración se dividen en agudas y crónicas, y con su sistematización, en bien sistematizadas o no. Según su origen, las ideas delirantes pueden ser primarias y secundarias.

Sobre las alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones sin estímulo que las provoque. Tienen las características siguientes:

1. se proyectan al exterior;
2. producen una impresión de realidad indiscutible y tienen un impacto sobre el paciente cualitativamente diferente y mucho mayor que las percepciones normales.

Clasificación. De acuerdo con su complejidad se clasifican en simples y complejas, y también se organizan en función de los a partir de los sentidos en que se producen. Se presentan en todas las alteraciones psiquiátricas que alcancen nivel psicótico.

Las alucinaciones pueden aparecer en enfermedades tales como:

1. Esquizofrenia.
2. Parafrenia.
2. Algunas psicosis orgánicas.
3. Epilepsia.
4. Anemia perniciosa.

Atención de enfermería a pacientes con ideas delirantes y alucinaciones

La actuación del personal de enfermería ha de encauzarse en correspondencia con las características de la enfermedad del paciente, que en estos casos está alucinado o delirante, por lo que el enfermero debe:

1. Mantener observación estricta del paciente y alejarlo del alcance de objetos punzantes y cortantes.
2. Acercarse a los pacientes mediante preparación psicológica.
3. Administrar el medicamento según la vía indicada.
4. Controlar el baño de aseo y el porte personal de los pacientes.
5. Ofrecer y controlar la alimentación.
6. Ante una conducta de excitación y agresividad el enfermero debe tomar precauciones para proteger al paciente y a sí mismo. Debe fijarlo si fuera necesario (con indicación médica), tratando de llegar a él con ayuda de la preparación psicológica, mediante palabras dulces y cariñosas, pero con firmeza.
7. Debe mantener una observación estricta con la deambulación del paciente.
8. En caso de que el paciente sufra estupor catatónico, el personal de enfermería brindará los cuidados teniendo presente los propios de un paciente encamado.
9. Ante cualquier alteración o complicación debe avisar al médico.
10. En caso de esquizofrenia afectiva, el enfermero juega el mismo papel que los demás profesionales que atienden a estos pacientes. Debe tener en cuenta la depresión de aquellos, ya que pueden intentar suicidarse.

Fundamento científico de la atención de enfermería

1. Observación estricta. Es importante la observación, ya que estos pacientes muestran conductas diferentes: pueden excitarse, pueden agredir a los demás o intentar suicidarse, o por lo contrario pueden caer en la depresión. Por ello es importante la observación estricta.
2. Preparación psicológica. Juega un papel fundamental ya que mediante ella logramos acercarnos al paciente y con ello, una comunicación mejor. Aún más, estos pacientes llegan a confiar en el personal de enfermería, con lo que logramos un mejor y adecuado manejo en sala.
3. Administración del medicamento. Sobre todo cuando los medicamentos se suministran por vía oral, el enfermero tiene que tener presente un cuidado fundamental: revisar la boca de los pacientes para asegurarse de que ingieren el medicamento, ya que, por su estado, estos pacientes a veces desconfían y creen que el medicamento los va a envenenar o hacer daño. Las ideas delirantes y alucinaciones les llevan a tratar de situar las pastillas debajo de la lengua, lo cual hacen a veces con el objetivo de botar las pastillas, y otras para acumularlas y autoagredirse.
4. Baño de aseo. Se debe controlar estrechamente el baño de aseo e incluso dirigirse con los pacientes hacia el baño, ya que en muchas ocasiones rechazan bañarse y no cuidan de su aseo y porte personal.

5. Alimentación. En los horarios de la alimentación, ya sea en el desayuno, almuerzo, comida y merienda, debemos estar presentes controlando si el paciente ingiere los alimentos, ya que a causa de sus ideas y alucinaciones creen que los alimentos están envenenados o que tienen olores desagradables, y no se alimentan. En ocasiones regalan los alimentos alegando no tener hambre o que no les hacen falta.
6. Observación de conducta. Ante este tipo de paciente se debe mantener una observación muy estrecha en los tres turnos de trabajo, pues ellos pueden excitarse de momento y llegar a daños peligrosos, ya sean a bienes materiales o a seres humanos. Por esta causa, ante cualquier alteración debe avisarse de inmediato al facultativo (ya sea al médico de guardia o al de asistencia).
7. Deambulación. En cuanto a la deambulación, es importante tener localizados a los pacientes, ya que en cualquier momento intentan una fuga, pues no tienen conocimiento crítico de su enfermedad ni del por qué están ingresados.
8. En caso de estupor catatónico. El personal de enfermería debe tener en cuenta los cuidados a un paciente encamado, ya que estos pacientes, por sus características, permanecen estáticos, sudorosos, no se alimentan y en ocasiones presentan globo vesical. En caso que el paciente presente cualquier alteración o complicación, el avisar al médico es de gran importancia para saber qué conducta seguir ante esta alteración.
9. En caso de esquizofrenia afectiva. El paciente se deprime e incluso puede intentar suicidarse. El personal de enfermería debe llegar a él por medio de la preparación psicológica y debe tratar de incorporarlo al grupo de actividades terapéuticas, así como de disuadirlos de sus ideas erróneas.

Preguntas de autocontrol

1. ¿Cómo se clasifican las ideas delirantes de acuerdo con su duración y origen?
2. Mencione las enfermedades en las que están presentes las ideas delirantes.
3. Mencione los cuidados de enfermería en pacientes con ideas delirantes y alucinaciones.

III Terapéutica psiquiátrica

Las modalidades terapéuticas que se utilizan con mayor frecuencia en la enfermería psiquiátrica son:

1. Tratamiento psicofarmacológico.
2. Tratamiento electroconvulsivo.
3. Otros:
 - a) electrosueño;
 - b) acupuntura, digitopresión y auriculoterapia;
 - c) psicoterapia;
 - d) abordaje integral en la comunidad.

Clasificación de los psicofármacos

1. Psicolépticos:
 - a) neurolépticos o antipsicóticos,
 - b) tranquilizantes o ansiolíticos,
 - c) hipnóticos y sedantes,
 - d) anticonvulsivos o antiepilépticos,
 - e) antiparkinsonianos o relajantes musculares centrales.
2. Psicoanalépticos:
 - a) psicotónicos o estimulantes psicomotores,
 - b) timolépticos,
 - c) timéricos o energizantes psíquicos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
3. Psicodislépticos o psicoticomiméticos:
 - a) drogas alucinógenas,
 - b) drogas catatonígenas.

Cuidados de enfermería en la administración de psicofármacos por vía oral y parenteral

La administración de medicamentos constituye una de las responsabilidades de mayor importancia asignadas al personal de enfermería. Para llevar a cabo

esta labor es necesario conocer la naturaleza de las drogas, su origen, las reacciones secundarias que pueden producir, las posibles contraindicaciones, su toxicidad, las dosis terapéuticas y los factores que las modifican, y la acción de las sustancias que las componen.

Este conocimiento es necesario para poder detectar síntomas de complicación o de sobredosis en caso de que existieran, con el fin de ayudar a la más rápida curación del paciente y de evitar complicaciones que, por simple que fueran, siempre atentan contra la incorporación rápida del paciente a la sociedad y en ocasiones pueden producirle la muerte por error en la administración del medicamento.

Por esta razón, para realizar esta labor en el campo de la enfermería, desde la preparación del medicamento hasta su administración al paciente, han de tenerse en cuenta las *diez reglas de oro* siguientes:

1. Administrar el fármaco correcto.
2. Administrar el fármaco al paciente correcto.
3. Administrar la dosis correcta.
4. Administrar el fármaco a la hora correcta.
5. Administrar el fármaco por la vía correcta.
6. Educar al paciente sobre el fármaco que se le va a administrar.
7. Verificar si el paciente es alérgico a algún medicamento.
8. Conocer el tipo y número de fármacos administrados.
9. Conocer posibles reacciones farmacológicas.
10. Anotar en la historia clínica cada medicamento administrado.

En el servicio de psiquiatría, al administrar medicamentos por vía oral, tenemos que tener presente lo siguiente:

1. Observar que el paciente ingiera el medicamento al ser administrado y, sobre todo, cuando sospechemos que tiene dificultad para ingerirlo, por el estado propio de su patología psíquica. Ha de priorizarse a los pacientes que, por características específicas de su patología, el médico indica tratar de modo especial.
2. Cuando se usa la vía parenteral, sobre todo la vía intramuscular, hay que tener presente una precaución que es propia de psiquiatría: al administrar mezcla lítica tenemos que tener en cuenta los ejemplos siguientes:
 - a) a un paciente se le indica haloperidol (5 mg) y benadrilina (20 mg), dos ampuladas por vía intramuscular, ahora o cada 8 h hasta que se sede; entonces se mide la tensión arterial (TA) antes de administrar el medicamento (si la TA se halla en 110/70 mm Hg o por encima de esta cifra, si se le administra el medicamento, pero si está por debajo de la cifra antes mencionada, no se le administra);
 - b) está indicado administrar un ampulada de clorpromazina (25 mg) más una de benadrilina (20 mg) por vía intramuscular cada 6 h (se toma previamente la TA y si es menor de 110/70 mm Hg, no se debe administrar el medicamento).

Razonamiento científico de la atención de enfermería

Es importante la observación de la ingestión de medicamentos, pues algunos pacientes no tienen conocimiento crítico de su enfermedad y rehúsan tomarlos. También, al estar alucinados, los pacientes creen que les van a hacer daño o tratar de envenenarlos, y no quieren ingerir los medicamentos. Otros tienen ideas suicidas y entonces hay que tener en cuenta este aspecto, ya que pueden acumular los medicamentos y cometer el acto suicida con los psicofármacos.

Al administrar una mezcla por vía parenteral es importante tener presente la precaución de medir la tensión arterial, pues el paciente puede encontrarse hipotenso y podemos causarle una complicación que lo lleve a un paro cardíaco o a la muerte.

Efectos colaterales o adversos de los psicofármacos

1. Neurolépticos:

- a) Psiquismo: somnolencia, insomnio, apatía, abulia, ansiedad, depresión, exacerbación del delirio.
- b) Síntomas catatónicos, conversión de manía en depresión, de agitación en depresión, y de agitación en estupor.
- c) Sistema nervioso: síndrome parkinsoniano, acatisia, discinesias agudas, discinesias tardías, convulsiones.
- d) Sistema respiratorio: congestión nasal, facilitación de crisis de asma bronquial.
- e) Sistema cardiovascular: arritmias, insuficiencias cardíacas, trombosis arterial por inyección intraarterial.
- f) Hipotensión postural, *shock*.
- g) Sistema digestivo: sequedad bucal, sialorrea, moniliasis oral, estreñimiento, íleo paralítico u obstructivo por fecaloma, ictericia colostática.
- h) Efectos sexuales: indiferencia sexual, inhibición de la eyaculación, trastorno de la erección.
- i) Sistema endocrino y metabolismo: amenorrea, hirsutismo, galactorrea, ginecomastia, hipoglucemia, hiperglucemia y obesidad.
- j) Sistema hematopoyético: leucopenia, agranulocitosis.

Referidos a los órganos, los efectos colaterales de los psicofármacos se observan en los ojos como retinopatía tóxica, y pigmentación del cristalino y la córnea. En la piel se observa como prurito, *rash* y urticaria. Otros efectos son la muerte súbita, síndrome de abstinencia, posible efecto teratógeno y toxicidad sobre el recién nacido.

2. Antidepresivos tricíclicos:

- a) Boca reseca, taquicardia, visión borrosa, vómitos, aumento de la presión intraocular, estreñimiento.
- b) Íleo paralítico (no suelen ser frecuentes), retención urinaria, hipotensión y otros.

- c) En dosis bajas el tricíclico puede ocasionar hipertensión (al reforzar los mecanismos adrenérgicos).
 - d) En el sistema cardiovascular pueden originar arritmias, bloqueos auriculoventriculares, insuficiencia cardíaca y alteraciones en electrocardiogramas (ECG).
 - e) Sistema nervioso: provoca con frecuencia insomnio y temblores.
3. Terapéutica de mantenimiento: es aplicada a los pacientes que han presentado una depresión y tuvieron recaída.
 4. Tratamiento con litio. En el caso de pacientes tratados con carbonato de litio tenemos que tener en cuenta las diferentes patologías en las cuales pueda estar contraindicado este medicamento. Ejemplo de ello son: insuficiencias cardíacas y renales, patologías del sistema nervioso y cualquier otro en que se altere el balance hidromineral. Entre los efectos secundarios más frecuentes se hallan los temblores, debilidad muscular, dolores abdominales, náuseas, vómitos, diarreas, fatigas, insomnio, poliuria, aumento de peso, alergias cutáneas y otros. El carbonato de litio generalmente aparece con niveles superiores a 1,2 mEq/L, aunque puede hacerlo con menos.
 5. Ansiolíticos. También han sido llamados tranquilizantes menores y sedantes; comprenden diferentes drogas que tienen como acción fundamental la disminución de la ansiedad en los cuadros de nivel neurótico. El principal efecto desagradable de las benzodiazepinas es la somnolencia, pero también pueden presentarse trastornos de la tensión y la memoria, estados de confusión (sobre todo en los ancianos), efectos paradójicos, impotencia y retardo de la eyaculación. Es muy raro, pero puede deprimir el centro respiratorio.
 6. Hipnóticos o barbitúricos. Veamos la familia de las benzodiazepinas que son los medicamentos más utilizados en nuestro servicio. Estas son los hipnóticos de elección por su efectividad, baja toxicidad y porque producen menos adaptación en los tratamientos prolongados (pérdida de su efecto hipnótico). En los cuadros de ansiedad las benzodiazepinas que, en general, pueden inducir el sueño son el nitrazepam y flurozepam. Los efectos adversos son similares a los de las otras benzodiazepinas, aunque se le agrega que en ocasiones producen somnolencia al día siguiente de la administración. Se contraindica en la insuficiencia respiratoria.

Algunas precauciones

El personal de enfermería debe tomar ciertas precauciones a la hora de administrar un psicofármaco e, igualmente, ante las reacciones adversas o los efectos colaterales que pueda presentar el paciente después de la administración del medicamento.

Cuando de tratamientos psiquiátricos se trata, lo primero que tiene que conocer el enfermero es las posibles reacciones según el grupo de psicofármacos que administra, lo que le ayudará a delimitar cuándo una reacción es propia o cuándo es

una reacción impropia o una complicación. De todos modos, tenemos que actuar de inmediato ante las reacciones extrapiramidales que son provocadas por los neurolépticos mayores. Algunas de estas son: torsión del cuello, sialorrea, protrusión de la lengua, temblores, parkinsonismo y globos oculares hacia arriba. También pueden aparecer otros síntomas con menos frecuencia.

Las acciones en estos casos son:

1. Llamar al médico de inmediato para que oriente el tratamiento ante dicha reacción y escribir esta observación en la historia clínica (HC).
2. Para asegurarse de que no hay peligro para el paciente, se debe vigilar de forma estrecha y anotar con exactitud cuál es su respuesta al medicamento –tales notas guían al médico en sus decisiones acerca de dosis futuras y cambios en la medicación.

Si el personal de enfermería quiere satisfacer las necesidades del enfermo mental, se piensa que la actitud y el enfoque que use conforme da los medicamentos es tan importante en el tratamiento como la medicación misma. Cuando se administra medicamentos a un grupo de pacientes, sin individualizarlo en correspondencia con el paciente en cuestión, se puede perder mucho del posible efecto terapéutico de la droga.

Gracias a la efectividad de las drogas, los enfermeros de los hospitales psiquiátricos se han liberado de gran parte de los problemas que solían ocupar la mayor parte de su tiempo, como era lidiar con las conductas destructivas y sin control de los enfermos.

IV Terapéutica biológica

Concepto de terapéutica biológica

Se consideran biológicas todas las formas terapéuticas que influyen o modifican el funcionamiento del sistema nervioso, como por ejemplo, el mecanismo de acción de los neurolépticos sobre los neurotransmisores cerebrales.

No obstante, existen hipótesis que plantean que el efecto de algunos de ellos se debe a su acción sobre la psiquis, como la regresión producida por las modificaciones de conciencias y otros.

Tratamiento

Entre las modalidades de terapéutica biológica se pueden citar el tratamiento electroconvulsivante con anestesia y relajante muscular (TECAR) y el tratamiento electroconvulsivante (TEC). En 1939, Cerletti y Beni introdujeron el método de inducción de convulsiones mediante un estímulo eléctrico, lo cual hacía la técnica más rápida, más precisa y con menos complicaciones.

En nuestro medio, el doctor R. Larragoiti fue pionero en esta terapéutica, y su contribución principal fueron los reportes de los creadores del método. El estudio de estos le permitió adelantarse a los equipos industriales que llegaron tiempo después.

Descripción del tratamiento

El electrochoque (*electroshock*) es un procedimiento relativamente sin peligros y con pocas contraindicaciones. Se puede aplicar a la mayoría de los pacientes ancianos, con más seguridad que muchos otros tratamientos somáticos. Su uso está contraindicado en:

1. La enfermedad cardiorenal hipertensiva.
2. La tuberculosis activa.
3. Los tumores cerebrales.
4. Las infecciones agudas y la debilidad grave.

Los electrochoques son fáciles de administrar. Se trata de producir una convulsión típica de gran mal (epilepsia) aplicando corriente eléctrica controlada, que entra en el lóbulo frontal del enfermo a través de electrodos colocados sobre sus sienes. Se aplican dos o tres tratamientos por semana, hasta completar más o menos 20 sesiones.

Se denomina TECAR a la aplicación de corriente a la masa encefálica a través de electrodos colocados en la región frontoparietal, previa administración de anestesia y relajantes. El objetivo es borrar ideas y síntomas al paciente, entre ellos: agresividad, ideas suicidas, delirantes, paranoides, u otras ideas que no son modificables con la administración de psicofármacos, como ocurre en diferentes enfermedades como la esquizofrenia, la psicosis maníaca depresiva (PMD) o la depresión psicótica.

Es importante obtener la aprobación de los familiares antes de aplicar este tipo de tratamiento. A éstos debe explicárseles en qué consiste el tratamiento y cuáles son sus resultados, así como las posibles complicaciones y los síntomas posteriores a la aplicación.

El tratamiento electroconvulsivante con anestesia y relajante muscular tiene las indicaciones médicas siguientes:

1. Depresión psicótica con peligro para la vida.
2. Esquizofrenia (primer brote).
3. Esquizofrenia catatónica.
4. Crisis de excitación,.
5. Otras.

Descripción de la técnica

1. Material y equipo necesario. Las instituciones hospitalarias (salas de psiquiatría) deben tener un local o departamento equipado que cumpla con la condición siguiente: ser un lugar agradable y tranquilo. Consideramos que es muy importante que los pacientes no observen como se aplica el tratamiento a otros enfermos ni que estén en contacto entre sí hasta que se hayan recuperado.
2. Equipos necesarios para esta técnica:
 - a) máquina de anestesia provista de todo su equipo de reanimación,
 - b) balón de oxígeno con su manómetro en buen estado,
 - c) aspiradora,
 - d) equipo de electrochoque con todos sus componentes (dos electrodos),
 - e) una cama especialmente utilizada en estos casos, bien acojinada y resistente, con almohada.
3. Material e instrumental:
 - a) equipo con agujas de calibre 20 y trocar,
 - b) jeringuillas de 20 mL y 5 mL (en su cubeta estéril con tapa estéril).
 - c) torundas de algodón,
 - d) depresores linguales montados,

- e) frasco con alcohol,
 - f) equipo y solución de venopunción,
 - g) ligadura,
 - h) sonda de aspiraciones nasogástrica,
 - i) esfigmomanómetro y estetoscopio,
 - j) riñoneras,
 - k) toalla,
 - l) jabón.
4. Medicamentos y soluciones que deben estar en el departamento:
- a) frasco con dextrosa al 5 %,
 - b) bicarbonato de sodio (ámpula) al 4 %,
 - c) aminofilina (ámpula), 250 mg,
 - d) tiopental (bulbo); 500 mg,
 - e) atropina (ámpula); 0,5 mg,
 - f) hidrocortisona (bulbo); 100 mg,
 - g) relajante muscular (bulbo),
 - h) epinefrina (ámpula); 1 mg,
 - i) furosemida (ámpula); 20 mg,
 - j) gluconato de calcio (ámpula de 10 mL); al 10 %,
 - k) isoprenalina (ámpula); 0,2 mg.
5. El equipo multidisciplinario para aplicar este tratamiento está compuesto por:
- a) médico psiquiatra,
 - b) enfermera especializada en psiquiatría o licenciada en enfermería,
 - c) médico anestesista o técnico,
 - d) personal asistencial al paciente.

Técnica y procedimiento

Es importante tener la aprobación de los familiares antes de aplicar al paciente este tipo de tratamiento. Debe explicarse a éstos en qué consiste el tratamiento y cuáles son sus resultados y posibles complicaciones.

1. Se coloca al paciente en decúbito supino en una mesa acojinada y, en caso de tener que aplicar el tratamiento en una cama corriente, se introducirá una tabla entre el colchón y el bastidor.
2. Se le coloca la almohada en la región sacrolumbar.
3. Se retiran las prótesis dentales, de tenerlas.
4. Se le introduce el depresor acolchonado (en el momento en que el anestesista lo ordene).
5. Se le sujeta el maxilar superior firmemente, así como los hombros, los brazos y las piernas.
6. Se colocan los electrodos en ambas regiones frontotemporales del paciente (previa aplicación de las pastas conductoras, solución salina o agua con sal añadida.)

7. Una vez preparado el paciente se aplica el tratamiento. Cuando esto se hace, el paciente pierde la conciencia y después de una contracción tónica que dura unos 10 s, pasa a la fase clónica, durante 3 o 4 s aproximadamente.
8. Si la convulsión sólo pasa por fase tónica, se debe aplicar nuevamente el estímulo.
9. Posteriormente se coloca al paciente ladoado, para evitar complicaciones como la aspiración bronquial (broncoaspiración).
10. Debe observarse al paciente entre 30 min a 1 h después de realizado el tratamiento para evitar caídas o las complicaciones antes dichas.

Cuidados de enfermería antes, durante y después del tratamiento

1. Cuidados de enfermería en el tratamiento médico previo:
 - a) El personal de enfermería debe verificar las indicaciones médicas.
 - b) Revisar igualmente si se realizaron los complementarios, tales como hemograma, electrocardiograma y rayos X de tórax.
 - c) Reportar al paciente para TECAR y ayunas.
 - d) Preparación psicológica amplia.
2. Cuidados de enfermería en el tratamiento previo inmediato:
 - a) Verificar si el paciente se mantiene en ayunas.
 - b) Observar si el paciente realizó su baño de aseo y mantenerlo con ropa adecuada y no ajustada.
 - c) Retirar prótesis y esmaltes de uñas.
 - d) Controlar que el paciente haya eliminado (evacuación de vejiga).
 - e) Enviar al paciente con su historia clínica hacia el departamento de tratamiento.
 - f) Preparar psicológicamente al paciente.
3. Cuidados de enfermería durante el tratamiento:
 - a) La enfermera del departamento de TECAR debe recibir al paciente con su historia clínica; verificar en ésta las indicaciones médicas y los complementarios realizados. Comprobar si el paciente se encuentra en ayunas y si evacuó la vejiga.
 - b) Observar que la ropa del paciente esté holgada.
 - c) Brindar apoyo psicológico en todo momento.
 - d) Acostar al paciente en decúbito supino.
 - e) Colocar una almohada en la región sacrolumbar para evitar contracciones fuertes que puedan ocasionar fracturas.
 - f) Instalar un depresor montado en la boca para evitar mordeduras en la lengua y los labios, así como luxaciones de la mandíbula.
 - g) Después de aplicada la anestesia, llevar las manos del paciente al pecho y sujetarlas sobre este, e igualmente sujetar las piernas para evitar que se produzcan fracturas con las convulsiones tónico-clónicas.
 - h) Aplicar los electrodos en la región frontoparietal y esperar hasta que pase el efecto producido por la corriente (convulsiones tónico-clónicas).

- i) Administrar oxígeno para reanimar al paciente.
 - j) Trasladar al paciente desde la mesa de tratamiento hacia la camilla y desde la camilla hacia la cama de recuperación.
4. Cuidados de enfermería después del tratamiento:
- a) Acostar al paciente en decúbito lateral, sin almohada, para evitar una broncoaspiración.
 - b) Medir los signos vitales y observar síntomas como palidez o cianosis, hasta que sea indudable la franca recuperación del paciente.
 - c) Anotar en la historia clínica lo cumplido y lo observado, así como en el control interno del departamento de TECAR.
 - d) Trasladar al paciente con su historia clínica hacia su sala de origen.
 - e) Ya en la sala, administrarle el desayuno y los medicamentos, si le corresponden en el horario.

Razonamiento científico de los cuidados de enfermería

Es importante verificar que el paciente se encuentre en ayunas antes de aplicar el tratamiento de electrochoque, pues el desayunar le provoca vómitos y tras estos, es posible una broncoaspiración, que puede ser fatal y llevarlo a la muerte por asfixia.

1. Es de suma importancia retirar las prótesis dentales antes de llegar al departamento de tratamiento, pues la prótesis puede partirse durante el tratamiento y tal accidente puede atentar contra la vida del paciente.
2. Controlar que el paciente haya evacuado vejiga antes de recibir el tratamiento. Si no ha evacuado la vejiga, puede producirse retención urinaria o globovesical, lo que puede conducir a una rotura de membrana o vejiga, lo cual es una urgencia quirúrgica.
3. La preparación psicológica debe ser amplia antes del tratamiento, para que el paciente coopere durante el procedimiento y se sienta más confiado en el personal de enfermería, lo cual le ayudará a perder plenamente el temor.
4. La colocación de la almohada en la región sacrolumbar es necesaria para evitar luxaciones en la columna vertebral e incluso fracturas o aplastamiento de vértebras.
5. Es importante comunicarle al paciente, días antes de ser aplicado el tratamiento, que si tiene esmalte en las uñas debe retirarlo, pues es importante observar una posible cianosis distal.

Estado del paciente después del tratamiento

1. Después del TEC, en el electroencefalograma se aprecian ondas lentas que pueden durar unos minutos. Pero cuando los tratamientos son muchos o muy frecuentes, éstas pueden durar semanas.
2. Los trastornos de memoria y el deterioro intelectual, aunque molestos y frecuentes, suelen ser pasajeros.

3. Al cabo de 5 o 6 electrochoques los enfermos suelen quejarse de confusión y pérdida de la memoria, especialmente en lo que respecta a acontecimientos recientes. Esta pérdida los preocupa y temen no recuperar la memoria nuevamente.
4. Conviene que los familiares y el paciente estén preparados para estas anomalías que aparecerán en el paciente, y que entiendan que éstas desaparecerán por completo una vez que el ciclo de tratamientos haya concluido.
5. Se puede asegurar a los familiares del enfermo que éste no sufrirá efectos indeseables colaterales debido a los electrochoques.

Preguntas de autocontrol

1. De la atención de enfermería antes, durante y después del tratamiento de electrochoque, diga el razonamiento científico de:
 - a) retirar prótesis dentales y esmalte de uñas;
 - b) controlar y verificar que el paciente haya evacuado la orina;
 - c) brindar amplio apoyo psicológico;
 - d) colocar una almohada en la región sacrolumbar;
 - e) que el paciente debe permanecer en ayunas antes del tratamiento.
2. Mencione 5 materiales e instrumentales que deben estar presentes en el departamento donde se aplica el TECAR.
3. Mencione 6 medicamentos que se usen en el departamento de TECAR.
4. Explique brevemente el estado en que se encuentra el paciente después de aplicado el tratamiento.
5. ¿Por qué es importante tener psicológicamente preparado al paciente para las anomalías que quedan presentarse después del tratamiento?

Tratamiento de electrosueño

El electrosueño (ES) fue utilizado por Guiliarovsky por primera vez en 1958. Consiste en la aplicación de una estimulación eléctrica rítmica de baja intensidad (de 0,1 a 0,3 mA) por medio de electrodos situados bajo los ojos, la base de la nariz y en las regiones occipitamastoideas.

Uso. Dicha estimulación suele inducir al sueño y se aplica entre 30 min y 2 h, de manera que el paciente sienta ligeras palpaciones sobre los ojos. Se utiliza como coadyuvante de otras indicaciones y está indicado en trastornos psicofisiológicos, neurosis, trastornos en el sueño, agotamiento y como método colateral en el tratamiento de muchas otras alteraciones.

Material y equipo necesarios para el tratamiento de electrosueño

Entre nuestras instituciones hospitalarias de psiquiatría se cuentan los hospitales de día y de tratamientos especializados, en los cuales se incluye un departamento donde se aplica el tratamiento de electrosueño (ES). Este lugar debe tener condiciones adecuadas, poseer un ambiente y decoración agradables, aire acondi-

cionado, cortinas preferentemente de colores o estampadas, iluminación adecuada, acorde con el momento del tratamiento, pues el cuarto o habitación estará en penumbra, para lograr el efecto deseado en el paciente que recibe el tratamiento.

Material y equipo:

1. Dos equipos de electrosueño en buen estado (habilitados con todo lo necesario).
2. Dos camas con plena comodidad de descanso y sueño,
3. Una butaca (para el personal de enfermería).

Componentes del equipo de electrosueño:

1. Espejuelos o mascarillas eléctricas.
2. Gotero.
3. Frasco con solución salina.
4. Torunda de algodón.

La enfermera debe permanecer dentro del departamento mientras se aplica el tratamiento. Debe velar porque se mantenga la habitación en silencio, y no debe permitir el acceso a personas ajenas al local.

Técnicas y procedimientos

1. Se coloca al paciente en su cama en decúbito supino con una almohada debajo de la nuca, de modo que tenga una posición cómoda para conciliar el sueño.
2. Se colocan los espejuelos con sus electrodos (para cerciorarnos de que esté funcionando correctamente todo esto se comprueba, al igual que el equipo, antes de colocarlo al paciente).
3. Después de colocados los espejuelos, se agrega solución salina por los orificios que poseen los electrodos, en ambos ojos, para lo cual se coloca previamente una torunda de algodón en cada orificio de los espejuelos, la base de la nariz y las regiones occipitomastoideas.
4. Seguidamente se conectan los equipos a la corriente y se calibran a una intensidad baja (de 0,1 a 0,3 mA) y se aplica el tratamiento entre 30 min y 2 h, según indicación médica.
5. Dicha estimulación suele inducir el sueño. Sus mecanismos de acción se fundamentan en el efecto de la electricidad sobre el cerebro y una hipnosis instrumental dada por la estimulación rítmica y monótona.

Cuidados de enfermería antes, durante y después del tratamiento de electrosueño

1. Antes del tratamiento:
 - a) Verificar la indicación médica.

- b) Preparar psicológicamente al paciente (explicarle en qué consiste el tratamiento y convencerlo de la efectividad del procedimiento que le será aplicado).
 - c) Preparar la habitación para el tratamiento.
 - d) Verificar que el equipo y sus componentes estén en buen estado y en correcto funcionamiento.
2. Durante el tratamiento:
- a) Colocar al paciente en la posición adecuada, de modo que se sienta cómodo (decúbito supino).
 - b) No ocasionar ruidos innecesarios en el departamento.
 - c) Mantener la habitación en penumbras.
 - d) El enfermero debe estar al lado del paciente durante el tratamiento y brindarle confianza y seguridad.
 - e) Observar el funcionamiento del equipo durante el tratamiento, para verificar que este se está aplicando con efectividad.
 - f) Observar el estado del paciente (si logra conciliar el sueño o no durante el tratamiento).
 - g) No permitir la entrada de personal ajeno mientras se apliquen las sesiones.
 - h) Aplicar el tratamiento durante los minutos u horas indicadas, sin excederse en el tiempo.
3. Después del tratamiento:
- a) Retirar todos los aditamentos y desconectar el equipo de la corriente.
 - b) Incorporar al paciente a sus actividades.
 - c) Anotar las sesiones en la historia clínica y realizar observaciones de enfermería.
 - d) Realizar desinfección mecánica al equipo (espejuelos o caretas).
 - e) Lavado de las manos.
 - f) Guardar el equipo de tratamiento en su estuche para que se conserve en buen estado.

Tratamiento de deshabituación alcohólica

Se denomina *alcohólico* a una persona cuando la ingestión de brebajes alcohólicos es tan grande que interfiere notoriamente con la ejecución de su trabajo y su funcionamiento como ciudadano responsable.

El alcoholismo puede tomar muchas formas y tiene muchas causas. Un individuo puede ser un alcohólico *crónico*, lo cual quiere decir que bebe en exceso y está incapacitado la mayor parte del tiempo. Otros se denominan alcohólicos *periódicos* o *cíclicos*, lo cual significa que beben en exceso durante ciertos períodos de su vida, pero son totalmente abstemios.

Un tercer tipo de alcoholismo es el del individuo que bebe grandes cantidades de alcohol durante varios años sin que parezca afectarlo, pero poco a poco su

estado físico, mental y emocional va decayendo hasta que el individuo muestra claros síntomas de deterioro alcohólico.

Se han ensayado diversos tratamientos en un intento de ayudar a los alcohólicos a abandonar la muleta emocional que han adoptado. Uno de estos se denomina *tratamiento por aversión* y consiste en permitir que el enfermo beba cierta cantidad de su brebaje alcohólico favorito y al cabo de unos minutos suministrarle una droga emética. Debemos señalar que este tipo de tratamiento ya hoy día no es utilizado en nuestro servicio, ya que existen otros métodos terapéuticos con los que se obtienen mejores resultados.

Como tratamiento de elección se está utilizando la psicoterapia alcohólica y la incorporación del paciente a grupos de ayuda mutua (GAM). En pacientes que llegan al punto del ingreso en una institución hospitalaria, también se está utilizando el tratamiento de desintoxicación alcohólica por medio de vitaminoterapia, administración de sedantes y otros. Este tratamiento se aplica dos o tres veces por semana, hasta que el individuo desarrolla tal aversión al alcohol que comienza a arquear con sólo ver el brebaje. Algunos de los psiquiatras lo combinan con psicoterapia.

En el tratamiento actual se hace uso de las drogas. El disulfiram (en tabletas de 500 mg), droga que ha tenido éxito en el tratamiento de algunos alcohólicos, funciona más o menos como el tratamiento por aversión; ya que el individuo que toma diariamente una cantidad específica de esta droga, experimenta náuseas cuando ingiere aunque sea una cantidad pequeña de alcohol.

A pesar de que el alcoholismo es uno de los grandes problemas actuales de la salud mental, no se han encontrado muchas formas específicas de ayudar a los pacientes que sufren este mal. Todo alcohólico bebe por una razón, fundamentalmente, por incapacidad para adaptarse a ciertas demandas de la vida normal o por un defecto básico de la personalidad.

En conclusión, el principal tratamiento contra el alcoholismo es la ayuda a enfrentar o a encarar las responsabilidades de la vida sin utilizar el alcohol como motivo de escape. Esto en general implica un largo período de reeducación, cuyo éxito depende en gran parte de la motivación personal del enfermo.

Cuidados de enfermería

1. Antes del tratamiento:
 - a) Revisión de la historia clínica, chequeando complementarios indicados (hemograma, transaminasa glutámico pirubica, electrocardiograma y rayos X de tórax).
 - b) Medición de parámetros vitales.
2. Durante el tratamiento:
 - a) Aplicación de las dosis terapéuticas de la bebida.
 - b) Observación estricta de signos y síntomas que se puedan presentar en todo el sistema.
 - c) Cumplimiento de farmacoterapia (si hay indicación médica: vitaminoterapia, hidratación u otro tratamiento médico).
 - d) Medición de todos los parámetros vitales.

3. Después del tratamiento:
- a) Administración de alimentos, después de la recuperación (leche: 120 mL o 240 mL por vía oral).
 - b) Aplicación del baño de aseo.
 - c) Anotación en la historia clínica de todo el tratamiento realizado, así como de los signos y síntomas presentados durante el tratamiento y después de éste.
 - d) Educación para la salud, realizada con la aplicación de la terapéutica medicamentosa en el hogar, así como la educación sobre las precauciones y las contraindicaciones del tratamiento, las reacciones adversas después del tratamiento o la medicación con disulfiram (500 mg) o metronidazol (250 mg).

Etapa de reforzamiento

Después de realizar el tratamiento de deshabituación, que es la primera etapa de los 21 días, se pasa a la etapa de reforzamiento, durante la cual el paciente asiste al departamento el día señalado por el médico y la enfermera a recibir la dosis indicada de ron, en una cantidad mínima de 20 a 30 mL, según criterio médico. Igualmente recibe la psicoterapia de grupo, participa en charlas educativas, obtiene psicoterapia individual, de familia.

Nos auxiliamos de estas técnicas que son netamente educativas y que crean una verdadera conciencia acerca del tratamiento y de la importancia de no dejar de recibirlo. Se crea conciencia al alcohólico sobre la acción negativa que este vicio ejerce en él y en la sociedad, y se le muestra que esta es una enfermedad como tal.

Importancia de los cuidados de enfermería

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental, al igual que el resto de los integrantes del equipo de este departamento: el médico, el psicólogo o el trabajador social, pues en esta etapa, por lo regular, el paciente se siente curado y deja de asistir a la institución hospitalaria.

Aquí entra en juego el equipo multidisciplinario, que debe salir en su búsqueda al área o centro de trabajo y hacer que continúe el tratamiento, el cual se hará mensualmente hasta llegar a una frecuencia anual. Luego es necesario realizar el seguimiento, cuando verdaderamente se encuentre en la fase de rehabilitación.

El personal de enfermería hace visitas periódicas a los centros de trabajo de sus pacientes y a sus hogares, y establece la interrelación necesaria con la familia con respecto al comportamiento social y familiar de aquellos. Asimismo debe crear una estrecha relación con las organizaciones de masas vinculadas con el paciente.

El enfermero (a) debe brindar amplia psicoterapia de apoyo al paciente con respecto a:

1. Asistir sistemáticamente a la consulta de seguimiento.
2. Asistir a la psicoterapia de grupo señalada.
3. Administrarse la terapéutica medicamentosa indicada por el médico, según dosis y horarios.

4. No ingerir bebidas alcohólicas.
5. Las reacciones adversas que le ocasionaría ingerir bebidas cuando está tomando las tabletas de disulfiram (500 mg): trastornos circulatorios (hipotensión e hipertensión), vómitos, cefalea, taquicardia, palpitaciones, etc., por citar algunos ejemplos, pues pueden aparecer muchos más signos y síntomas en todos los sistemas.

Interrelación del personal de enfermería

El personal de enfermería que trabaja en este departamento debe mantener una estrecha relación con el médico, el psicólogo y el trabajador social, ya que de este equipo y de la unión que exista entre todos sus miembros dependerá el resultado de un buen trabajo, lo cual conllevaría a la rehabilitación y recuperación de un grupo de pacientes que esperan ansiosamente la rehabilitación. Por esta razón, nos atreveríamos a expresar que un enfermero excelente en este lugar sería el eslabón fundamental o la piedra angular, ya que el personal de enfermería se ha caracterizado siempre por ser un educador por excelencia, que cumple y hace cumplir todo lo que está normado o establecido en un departamento, sala, etcétera.

Cualquier actividad que esté prevista o planificada por cualquiera de los integrantes del equipo salud mental da al traste con el éxito de la actividad esperada cuando se deja de realizar o no se realiza con la calidad establecida. Estas pueden ser una psicoterapia de grupo, un terreno al centro de trabajo de determinado paciente, una visita a su hogar, encuentros con los organismos de masas o una actividad de cine-debate.

El alcoholismo y su influencia en la familia

El alcoholismo se ha definido de diferentes formas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo concibe como un trastorno conductual crónico, caracterizado por excesiva y frecuente ingesta de alcohol que afecta el desempeño familiar, laboral y social del consumidor.

En busca de una definición abarcadora del problema, P. Hernández concibe el alcoholismo como un trastorno de la conducta crónico, lento y progresivo. Según Hernández, está caracterizado por la ingestión excesiva y repetida de alcohol y por otras reacciones que incluyen tolerancia en aumento, adaptación celular metabólica y un impulso irreprimible de tomar alcohol con el fin de experimentar sus efectos psíquicos placenteros, inmediatos y fugaces, o para evitar el malestar producido por la privación. Conlleva a complicaciones psíquicas, sociales y biológicas que pueden conducir hasta la muerte social o física, si el enfermo no se abstiene total y permanentemente del consumo del tóxico.

Todas las definiciones coinciden en que se trata de una enfermedad que afecta no sólo a la salud del individuo, sino que trasciende a la sociedad y la familia. Por

tanto su atención va más allá de los límites de la clínica individual, hacia lo familiar y social.

La convivencia con el alcoholismo genera determinados cambios en la dinámica familiar. Esto sucede debido a los ajustes que se realizan en la familia para suplir las responsabilidades no asumidas por el alcohólico, para llenar el vacío afectivo de los hijos y del cónyuge no alcohólico, para garantizar el sustento económico de la familia, la educación de los hijos y su propia existencia como grupo.

Se ha considerado que la familia del alcohólico que actúa como propiciadora de la adicción, como amortiguadora en muchos casos de las consecuencias de los actos del adicto, como receptora de esas consecuencias y como factor fundamental en la negación de la enfermedad, se caracteriza, además, por el surgimiento y consolidación de roles atribuidos, por un estilo peculiar de comunicación y aislamiento del sistema familiar de las relaciones sociales.

Es aquí donde precisamente la familia entra en una situación en extremo difícil de manejar, pues no cuenta con los patrones de conducta y actitudes adecuados para instaurar una nueva dinámica relacional, y frecuentemente ni siquiera conoce la importancia y la necesidad del cambio. Se manifiesta una tendencia a manejar la nueva situación con las habituales formas de actuación y pensamiento, lo que genera contradicciones y atenta contra la rehabilitación, de lo que se infiere la necesidad del cambio y del desarrollo de las condiciones adecuadas para organizar la vida de la familia, según las nuevas condiciones.

Por los aspectos valorados hasta el momento consideramos de vital importancia el papel de la familia en la rehabilitación del alcohólico y la preparación de esta para lograr ese fin.

Internacionalmente se tiene muy en cuenta el papel de la familia en el tratamiento de las adicciones, no sólo en la fase aguda de la enfermedad sino también en la rehabilitación, y se han establecido diferentes modalidades para este propósito:

1. Grupos de autoayuda de alcohólicos y sus respectivos grupos de familia.
2. Grupos de autoayuda de familiares (pueden hacerse específicos para esposas, esposos e hijos).
3. Comunidades terapéuticas para alcohólicos.
4. Programas multimodales.

Para el tratamiento de las adicciones, existen en nuestro país servicios que se desarrollan a nivel hospitalario y ambulatorio. Paralelamente al tratamiento del adicto, se considera importante el tratamiento de la familia. Por lo general éste se inicia en la institución hospitalaria y está limitado al tratamiento y no dirigido hacia la rehabilitación.

Teniendo en cuenta esta situación es que consideramos necesaria la intervención familiar, después de que el paciente egresa y se reincorpora a su familia, a la comunidad y a la vida social.

Las funciones del personal de enfermería en el tratamiento familiar del alcoholismo son:

1. Participar como agente de educación social en la prevención y promoción de salud.
2. Actuar como agente educador a nivel familiar por mediación del modelo cubano del médico-enfermero de familia y el programa de rehabilitación comunitario en salud mental.
3. Dispensarizar al paciente alcohólico.
4. Identificar las familias en riesgo.
5. Funcionar como componente activo en el equipo interventor en problemas de alcoholismo.
6. Realizar seguimiento a la familia en cuanto a evolución, psicoeducación y observación directa, para definir nuevas intervenciones.

Conclusiones:

- a) El sistema familiar del alcohólico constituye un sistema familiar adictivo, el cual asume determinadas características que lo tipifican.
- b) El alcoholismo como problema de salud demanda intervenciones múltiples, con sus objetivos y estructuras que van desde la psicoterapia de familia hasta el perfil educativo familia-comunidad.
- c) El personal de enfermería desempeña una labor decisiva en el tratamiento familiar del alcoholismo como agente educador mediante el modelo cubano del médico-enfermero de familia y el programa de rehabilitación comunitario en salud mental.

V Psicosis afectiva y depresión mayor

Los trastornos afectivos son padecimientos en los que la alteración primaria radica en la afectividad. No se incluyen otros que, aunque presentan alteraciones en la esfera afectiva, estas no son primordiales en el cuadro clínico.

La clasificación vigente sitúa estos trastornos en las categorías siguientes:

1. Psicosis afectiva, en la que incluyen las diferentes formas de psicosis maníaca depresiva (PMD).
2. En la clasificación de los trastornos afectivos se encuentra la depresión mayor. En esta categoría se consideran la PMD de forma depresiva, la reacción depresiva psicótica y la melancolía involutiva.

Cuidados de enfermería en la manía

1. Mantener una buena relación enfermero-paciente.
2. Brindar apoyo emocional.
3. Ofrecer y controlar la alimentación indicada.
4. Controlar y mantener estrecha observación en la ingestión de medicamentos.
5. Mantener al paciente con una higiene adecuada.
6. Controlar la deambulacion improductiva.
7. Velar por el cumplimiento de indicaciones médicas (en ocasiones hay que aplicar esquemas de sedación).
8. Mantener observación estrecha del paciente por peligros de fugas y agresión.
9. Observar el sueño en horarios nocturnos.
10. Mantener a los pacientes en labores de ergoterapia o terapia ocupacional.

Cuidados de enfermería en la depresión

1. Lograr establecer la interrelación enfermero-paciente.
2. Brindar apoyo emocional o psicoterapia de apoyo.
3. Controlar la ingestión de alimentos.
4. Observar y controlar el baño de aseo y porte personal de los pacientes.
5. Incorporar a los pacientes a la laborterapia.
6. Velar por el cumplimiento de las indicaciones médicas.

7. Observar la ingestión de psicofármacos.
8. Observar estrechamente la conducta del paciente (por peligro suicida).
9. Incorporar al paciente a las actividades para evitar aislamiento.

Razonamiento científico de los cuidados de enfermería tanto en la manía como en la depresión

En la crisis de manía. El paciente se siente invadido de gran bienestar y felicidad. Expresa un optimismo exagerado y un exceso de energía que lo llevan a la hiperactividad y a concebir planes exagerados. Se mueve y habla constantemente, hace bromas y chistes en una alegría que contagia quienes lo rodean.

En estos momentos el paciente no tiene conocimiento crítico de su enfermedad y muchas veces quienes lo rodean tampoco perciben su estado como una alteración.

Razonamiento científico:

1. El enfermero (a) debe lograr una buena relación con el paciente en esta fase, ya que en ocasión éste suele excitarse, por lo que debemos hablarle con voz firme y amable, pues si gritamos o el tono de voz es alto, la excitación será mayor. Igualmente no debemos traslucir miedo, pues nos sería imposible controlarlos. No tendríamos otra solución que aceptar pacientemente las ofensas y formas groseras que nos dirigen.
2. El apoyo emocional a este paciente es fundamental. Por sus características, trataremos de brindarle confianza y seguridad.
3. Alimentación, higiene y deambulación. Se debe vigilar estado físico de los pacientes, pues en ocasiones éstos tienden a llegar a la deshidratación fácilmente a causa de la gran excitación que presentan y de las pérdidas insensibles a través de la respiración, la piel y las mucosas. Además, debemos estar atentos a la ingestión de agua, puesto que es necesario lograr que ingieran agua y líquidos suficientes. Se debe controlar la deambulación ya que por sus características caminan mucho y pueden agotarse mucho o hasta intentar fugarse.
4. Entre los hábitos higiénicos hay que controlar el baño de aseo y el porte personal, pues descuidan de su higiene como resultado de la gran agitación que presentan.
5. Es necesario seguir estrictamente las indicaciones médicas para asegurar una evolución favorable.
6. Observar la ingestión de medicamentos por el estado de intranquilidad que presentan estos pacientes. Debemos constatar que ingiera los medicamentos, pues si nos descuidamos los botan y no los toman, pues no se creen enfermos.
7. Observar estrechamente por posible fuga o peligro de fugas, alteración de orden y agresión. Estos pacientes, por la gran agitación que presentan, tienden a

fugarse, por lo que debemos tener cuidado con la fuga así como con las agresiones a otras personas. No deben quedarse solos, sino bajo control del personal de enfermería y el asistencial a pacientes. Se debe evitar que tengan acceso a instrumentos y objetos que puedan romper o utilizar como armas.

En la crisis depresiva. Éste tipo de crisis se presenta en pacientes que generalmente tienen antecedentes familiares de trastornos afectivos unipolares y, posiblemente, una historia personal de crisis depresiva con períodos de normalidad entre ellas.

La crisis suele instalarse en forma lenta y se inicia con un período más o menos largo en el que los enfermos se quejan de fatigas, de falta de interés y de disminución en su capacidad de trabajo. Además, padecen cefaleas y otras molestias somáticas, irritabilidad, falta de deseos sexuales, impotencia, frigidez u otros trastornos sexuales y pérdida del apetito.

Razonamiento científico:

1. Relación enfermero-paciente. Con estos pacientes es preciso establecer una adecuada relación enfermero-paciente, tratarlo con respeto y afecto con el fin de ganarnos su confianza y poder contribuir más afectivamente a su tratamiento y recuperación.
2. Apoyo emocional. Es fundamental brindarle apoyo emocional; deben tratarse con afecto y consideración. El solo hecho de atender con simpatía a sus problemas hace que el paciente se sienta mejor.
3. Alimentación, higiene y deambulaci3n. Deben seguirse de cerca los cuidados en la higiene personal y la alimentaci3n de los pacientes, porque en ocasiones estos dejan de comer con ánimo suicida o como consecuencia de alguna idea delirante.
4. Cumplimiento de indicaciones médicas. Es importante el cumplimiento riguroso de las indicaciones médicas, ya que la inobservancia del tratamiento traería como consecuencia una evoluci3n desfavorable al paciente.
5. Observaci3n estrecha por peligro suicida. En el caso de los pacientes deprimidos lo más importante es la vigilancia, ya que todos ellos son suicidas potenciales. Esta vigilancia debe hacerse de manera discreta, para que el paciente no se sienta preso, perseguido o molesto, pero han de ser días y días de acecho para evitar el más pequeño descuido que les permita realizar su intento suicida, el cual es serio y está acompañado de verdaderos deseos de morir.
6. Incorporar al paciente a las actividades para evitar aislamientos. Debe ser estimulado a incorporarse a las labores de la sala, laborterapia y distracciones para con lograr que se sienta productivo, ocupado. De esta forma contribuimos a que no se aisle y a que se sienta útil.
7. Vigilar y controlar que el paciente ingiera los medicamentos. Es importante cerciorarse de que ingiera los medicamentos, pues por su estado depresivo a veces no quiere tomarlos o, por el contrario, los acumula para después ingerir altas dosis en intentos suicidas.

Preguntas de autocontrol:

1. Explique brevemente las características de las crisis de manía.
2. Explique brevemente las de la crisis depresiva.
3. Mencione cinco de los cuidados de enfermería en la crisis de manía.
4. Justifique científicamente estos tres cuidados de enfermería en la crisis depresiva:
 - a) cumplimiento de indicaciones médicas;
 - b) observación estrecha;
 - c) vigilar y controlar que el paciente ingiera el medicamento.

VI Estupor

El estupor se caracteriza por una gran disminución o más propiamente, por la abolición de la actividad motora. Reviste diferentes peculiaridades, de acuerdo con las entidades que lo provocan, las que expondremos a continuación.

Algunas clases de estupor son:

1. Estupor depresivo: el enfermo manifiesta una total inmovilidad y mutismo y no presenta alteraciones cuantitativas de la conciencia.
2. Estupor catatónico: se inicia bruscamente; el paciente no responde ni a estímulos dolorosos. Se acompaña de una intensa actividad alucinatoria auditiva, cenestésica y delirante.
3. Estupor orgánico: puede ser muy similar al anterior, del cual es muchas veces difícil de diferenciar clínicamente.
4. Estupor histérico: se aprecia, por lo general, en pacientes histéricos, ante un gran disgusto o estrés.

Atención de enfermería

1. Observación estricta.
2. Mantener la higiene personal del paciente y de su cama.
3. Movilizar al paciente en diferentes decúbitos.
4. Realizar técnica de cateterismo vesical.
5. Mantener evacuados los intestinos mediante el control de su patrón de eliminación.
6. Ofrecer y garantizar la alimentación, en ocasiones hay que pasar sonda nasogástrica.
7. Proteger los ojos de la luz para evitar úlceras corneales.

Razonamiento científico de los cuidados de enfermería

El paciente que sufre estupor catatónico requiere una estrecha observación, pues presenta ciertos signos y síntomas ante los que es necesario mantenerse alerta. Algunos de estos son: no responde a estímulos dolorosos; presenta gran actividad alucinatoria auditiva cenestésica y delirante y; presenta negativismo, retención urinaria y fecal y en ocasiones se produce ruptura vesical.

1. Se debe observar una la higiene adecuada del paciente, tanto personal como de su cama o unidad, pues se mantiene estático en su lecho y requiere de una buena atención de enfermería para satisfacer esta necesidad afectada (realizar el baño en cama).
2. Hay que movilizar al paciente en diferentes decúbitos, pues en ocasiones están varios días encamados, con su estado estuporoso, y debemos evitar úlceras por decúbitos o lesiones en la piel. Además, con la movilización activamos la circulación, y debemos realizar ejercicios activos y pasivos en los miembros tanto superiores como inferiores.
3. Debemos aplicar técnicas de cateterismo vesical, ya que por el estado del paciente existe una gran retención urinaria, a causa de lo cual presenta una excesiva distensión vesical o global vesical, y de esta forma evitamos una complicación como la ruptura de vejiga o estallido de ésta.
4. Es necesario realizar la estimulación intestinal con sonda rectal, pues muchos de estos pacientes padecen íleo paralítico por su encamamiento prolongado y poca movilidad. Presentan fecalomas que a veces hay que extraer manualmente, pues les es difícil expulsar las heces solo con la administración de laxantes y enemas evacuantes.
5. Debemos garantizar la alimentación, para aportarles todos los requerimientos nutritivos, proteicos y calóricos, de la dieta indicada, pues ellos rehúsan comer por el negativismo que presentan y hay que alimentarlos mediante gavaje para evitar deshidratación y garantizar satisfacer la necesidad afectada de nutrientes y agua.
6. Debemos proteger los ojos del paciente cerrándolos con apósitos y aplicando gotas (colirios) para evitar úlceras corneales, ya que ellos guardan posición decúbito supina y el reflejo de la luz les afecta los ojos. Por ello es importante el cambio de posición frecuente.

Valoración de enfermería en el semiestupor

1. Se describieron ya en los cuidados al paciente con estupor catatónico, pero además pueden tenerse en cuenta los cuidados a los que haremos referencia a continuación.
2. Debe llamarse al paciente por su nombre con frecuencia, ya que ellos responden y se encuentran conscientes, estimulando a éste a que obedezca a mandatos de enfermería, tales como:
 - a) que ingiera el alimento ayudado por la enfermera;
 - b) que coopere en la movilización del lecho en las diferentes posiciones y hasta que deambule;
 - c) que realice el baño de aseo ayudado por la enfermera y el familiar;
 - d) que coopere en las entrevistas o interrogatorios.

El personal de enfermería se mantendrá atento de ayudar a satisfacer las necesidades afectadas de estos pacientes, así como hará una amplia anota-

ción en la evaluación de enfermería basada en la observación de signos y síntomas presentados que hayan mejorado en su cuadro clínico o que se hayan agudizado aún más.

Preguntas de autocontrol:

1. Mencione cinco cuidados de enfermería en el estupor catatónico.
2. Explique brevemente el razonamiento científico de la atención de enfermería de:
 - a) realizar cateterismo vesical;
 - b) ofrecer y garantizar la alimentación.
3. Mencione tres de los tipos de estupor y explique uno de ellos.

VII Trastornos neuróticos

Definimos la neurosis como un grupo de trastornos de la personalidad con alteraciones predominantes en la esfera afectiva, cuya característica fundamental es la presencia de la ansiedad.

Clasificación de la neurosis

Los trastornos psiconeuróticos se clasifican de la forma siguiente:

1. Neurosis de ansiedad.
2. Neurosis histéricas
3. Neurosis fóbica
4. Neurosis obsesiva compulsiva
5. Neurosis depresiva

Descripción: La *neurosis de ansiedad* se instala generalmente en una personalidad con manifestaciones ansiosas permanentes y se manifiesta en el desarrollo de su carácter y en su infraestructura neuronegativa. El sujeto ha podido manifestar, desde la infancia, una tendencia a la inquietud, a las posiciones de «replique» y a demandar protección y afecto.

El estudio de la *neurosis histérica* tiene una gran tradición histórica en el desarrollo de la psiquiatría. La estructura de la personalidad histérica contiene virtualmente bajo forma latente las mismas manifestaciones. Señalaremos algunos de sus rasgos principales, pero es bueno conocer que se insiste en tres aspectos principales del llamado «carácter histérico»:

- a) la sugestibilidad;
- b) la mitomanía;
- c) la inadecuación sexual.

Ello confiere a la personalidad histérica las características siguientes: la tendencia a reclamar la atención de los demás con actitud ególatra y la consabida «teatralidad histérica»; la inmadurez y la inestabilidad emocional, con la notoria superficialidad y volubilidad en las relaciones sociales, de amistad y amorosas; la fácil sugestibilidad, utilizable en el tratamiento y manejo de los síntomas.

La *neurosis fóbica* se caracteriza por la sistematización de la ansiedad y su proyección sobre objetos personales, animales o situaciones que se convierten en

estímulos de una reacción de terror paralizante. El paciente siente como un inminente peligro desconocido, lo materializa. La fobia como síntoma es el temor específico intenso cuyo estímulo se proyecta al mundo exterior para disminuir la angustia.

La *neurosis obsesiva compulsiva* es un trastorno de naturaleza neurótica, cuya principal característica clínica es la presencia de obsesiones y compulsiones. Se define esta neurosis por el carácter forzado (compulsivo) de las ideas, los sentimientos o la conducta que «se imponen» al sujeto sin que él mismo pueda considerar sus síntomas como absurdos, y tenga, por lo tanto, conciencia y crítica de su enfermedad.

La *neurosis depresiva* es aquella en la que predominan síntomas depresivos. Como señalamos anteriormente, la depresión es un componente casi constante de los cuadros ansiosos y cuando ella ocupa el primer plano constituye el síndrome depresivo-ansioso. En una escala cuantitativa, la depresión va desde la frustración por la separación de objetos perdidos, fracasos, etc., hasta las profundas depresiones psicóticas que veremos en el capítulo correspondiente (síndrome depresivo).

Atención de enfermería

1. El enfermero (a) debe reconocer la naturaleza del conflicto del paciente y el significado de sus síntomas (para poder elaborar un plan de cuidado inteligente y terapéutico).
2. Realizar una amplia entrevista para que pueda comprender al paciente por medio de la información social y psicológica que se obtiene del paciente mismo.
3. Elaborar un plan de cuidado con la ayuda del psiquiatra que está tratando al paciente al igual que otros miembros del equipo salud mental, de acuerdo con el tipo de tratamiento que se va a proporcionar y los objetivos terapéuticos que se persiguen y se esfuerzan por alcanzar.
4. Se necesita que el personal de enfermería sea afable, amistoso y simpatizante, que acepte a los pacientes como individuos enfermos y que les brinde amplia preparación y apoyo psicológico.
5. Atender a los planteamientos de los pacientes. Es útil escuchar con toda atención y asumir una actitud de aceptación.
6. Hay que mantener la ética médica y el secreto profesional (evitar comentarios relacionados con la problemática del paciente).
7. Encontrar una forma positiva de comportarse cuando habla al paciente. Nunca preguntar «¿cómo se siente hoy?», ya que para los individuos neuróticos esto equivale a una invitación para dar rienda suelta a sus quejas físicas.
8. Debe iniciarse una conversación con un comentario sobre algún tópico neutral, de interés tanto para el enfermo como para el enfermero (a). (Es mucho más útil esta forma).
9. Cuando se realice cualquier tipo de actividad hay que dirigirse al grupo de la forma siguiente: «hoy corresponde deporte, por lo que todo nuestro grupo va a participar» y nunca decir: «¿le gustaría participar en la actividad deportiva?».

10. Debemos estimular al paciente en sus éxitos del juego o actividad, ya que necesita ayuda para aumentar su autoestima y confianza en sí mismo.
11. Se debe elogiar y reconocer sus méritos cuando se lo merezca. Es decir, cuando lo merece esta es otra forma de tranquilizarlo y estimularlo.
12. El personal de enfermería que trabaja con este tipo de pacientes debe hablar o tratar diversos temas, ya que por lo regular estos pacientes son personas que han leído mucho y que son bien educados, y si los intereses del enfermero son limitados, le será difícil ayudar a sus pacientes.

Atención de enfermería en la neurosis histérica

1. Brindar psicoterapia de apoyo, apoyándonos en los aspectos positivos, y debatir fuertemente los aspectos negativos sin llegar a lastimar u ofender a los pacientes, pues son muy susceptibles a la crítica.
2. Administrar tratamiento médico enfatizando en el uso de otros tratamientos, como son el electrosueño, la laborterapia y el cine-debate.
3. Descubrir la causa básica del problema por medio de la relación enfermero-paciente para poderlo ayudar a entender la fuente real de sus síntomas.
4. Participar en los pases de visita médicos para valorar la evolución del cuadro clínico en correspondencia con los signos y síntomas presentes.

Cuidados de enfermería en la neurosis ansiosa

1. Brindar apoyo psicológico logrando establecer una amplia relación enfermero-paciente, y hacer que éste sienta confianza para poder determinar la causa de su afección.
2. Aplicar el tratamiento según indicación médica observando las reacciones adversas de los ansiolíticos.
3. Incorporar a los pacientes a las labores de laborterapia, cine-debate, ludoterapia, pictografía, juegos de mesas y otras.
4. Observar estrictamente la conducta de los pacientes, pues muestran intranquilidad, desesperación, etc.

Atención de enfermería a pacientes neuróticos

Los pacientes neuróticos no pierden el contacto con la realidad objetiva y tienen conocimiento de su enfermedad, por lo que piden ayuda generalmente en busca de una ganancia secundaria. Por esta razón, hay que tratarlos con sumo cuidado y exigencia.

Cuidados de enfermería:

1. Apoyo psicológico.
2. Vigilancia de cambios conductuales.

3. Participación como coterapeuta en el equipo de salud mental, ya que es el enfermero (a) quien mejor conoce a los pacientes.
4. Participación en las actividades terapéuticas, como cine-debate, psicoterapia de grupo, musicoterapia, psicografía, etc.
5. Cumplir estrictamente las indicaciones médicas.
6. Participar en los pases de visita médicos.
7. Controlar y hacer cumplir las actividades de ludoterapia, gimnasia, etc.
8. Mantener una conducta adecuada ante el paciente; no demostrar cambios de ánimo ni traer los problemas personales al área de trabajo, pues ello hace que los pacientes pierdan la seguridad y confianza que les debe inspirar cada miembro del equipo.

Trastorno de personalidad

Los trastornos de la personalidad son alteraciones en la estructura y funcionamiento de la personalidad que atiende a su eficiencia conductas, éticas, morales, afectividad control de impulsos y sus relaciones con sus semejantes.

Atención del personal de enfermería a los pacientes con trastornos de la personalidad

1. El personal de enfermería debe lograr establecer buenas relaciones interpersonales con los pacientes que tienen estas afectaciones y debe ofrecerles confianza y apoyo.
2. Ofrecer amplia psicoterapia de apoyo para lograr adecuar al enfermo al medio y al régimen hospitalario, ya sea de hospitalización parcial o interna.
3. Hacer uso de la psicoterapia racional para lograr desestructurar los mecanismos de defensa de su ambiente o de los sentimientos que le resultan inaceptables o perturbadores.
4. Incorporar al paciente al grupo y a las actividades de la sala, y resaltar los logros y los aspectos negativos, para hacerles comprender cuáles fueron sus errores en dichos juegos o actividad.
5. Enseñar al paciente, ante un conflicto, a desplazar la ira que le provocan sus sentimientos inaceptables reprimidos, a resolverlo de la mejor forma posible y en el momento oportuno y no agredir a los demás, que no tienen culpa de su conflicto.

VIII Enfermería en la hospitalización parcial

La *hospitalización parcial* es uno de los métodos surgidos en la lucha contra los desórdenes de la alimentación, en los pacientes con trastornos mentales, producidos por las formas clásicas de hospitalización. Fue la hospitalización parcial la que reunía las ventajas de mantener al paciente en su medio habitual mientras recibía el tratamiento que, por otra parte, era más activo que en las instituciones clásicas. Estos tratamientos se inician en la URSS en la década de 1920 y en nuestro país se inicia esta terapéutica en el año 1962, cuando el profesor A. Córdova inaugura el primer hospital de día, en la sala de psiquiatría del Hospital «Comandante Manuel Fajardo».

Esta hospitalización tiene su programa de actividades de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., y cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por profesionales, técnicos y personal paramédico. Esta hospitalización tiene sus ventajas «económicas y terapéuticas», así como sus objetivos.

Atención de enfermería en el hospital de día neurótico

Esta actividad va encaminada a satisfacer las necesidades identificadas y diagnosticadas en nuestros pacientes con el objetivo de rehabilitarlos y reincorporarlos a la sociedad en las mejores u óptimas condiciones de salud mental, ya que este tipo de paciente se apoya mucho en el personal de salud, pide ayuda para que sus signos y síntomas desaparezcan lo antes posible, y muestran gran interés y dedicación a su rápida curación. Tienen conocimiento crítico de su enfermedad o signos y síntomas, por lo que el personal de enfermería de este departamento ofrecerá los cuidados de enfermería o acciones siguientes:

1. Brindar amplia psicoterapia de apoyo.
2. Observar cambios de conducta.
3. Participar como coterapeuta en el equipo de salud mental.
4. Participar en las actividades terapéuticas, como son:
 - a) cine-debate,
 - b) psicoterapia de grupo,
 - c) musicoterapia,
 - d) pictografía;

5. Velar por el cumplimiento de las indicaciones médicas.
6. Participar activamente en los pases de visitas médicos.
7. Controlar y exigir porque se cumplan las actividades de ludoterapia, deportivas y gimnasia.
8. Mantener una conducta adecuada ante el paciente y no demostrándole cambios de estado de ánimo ni traer sus problemas al área de trabajo. Este tipo de hospitalización tiene diversas actividades que cumplimentar como parte del reglamento de la institución, la cual forma parte del tratamiento, independientemente de la administración de psicofármacos, tales como:
 - a) psicoterapéutica:
 - fundamentales:
 - psicoterapia rectora;
 - psicoterapia complementaria (entrenamiento autógeno);
 - auxiliares de la terapia rectora:
 - cine-debate,
 - musicoterapia,
 - análisis literario,
 - psicograma,
 - pictografía;
 - psicoterapia de familia;
 - b) actividades en las que se manifiesta el desenvolvimiento del paciente en diferentes facetas de su actitud:
 - ergoterapia,
 - actividades deportivas,
 - actividades recreativas;
 - c) actividades mixtas: la reunión de la comunidad terapéutica, en la que se mide al paciente en su integridad, desde la evolución en su patología hasta la participación en las diferentes actividades mencionadas.

El hospital de día cuenta con un equipo de trabajo compuesto por: dos médicos psiquiatras y residentes, este último puede ser por tiempo parcial; un psicólogo; un enfermero; dos trabajadores sociales; un ergoterapeuta y un auxiliar y un psicometrista (optativa).

La estadía hospitalaria del paciente forma parte del reglamento del hospital de día. Ésta se define sobre la base de la gran demanda de atención en estos centros, del aspecto económico y de la posibilidad siempre existente de que ella se eleve, aunque se tomen las medidas correctas.

Funciones del personal de enfermería en el servicio de hospital de día de psicótico o con pacientes de larga evaluación

La actividad fundamental en el caso de estos pacientes es, entre otras, la laborterapia, pues es en esta actividad donde nosotros como integrantes del equipo

de salud mental podemos hacer uso de las habilidades y capacidades de estos pacientes en las labores socialmente útiles, estimularlos a que se sientan con participación activa en el hospital, y a su vez prepararlos con vistas al alta hospitalaria y a la reinserción a su medio familiar.

El hospital de día o de pacientes de larga evaluación, en hospitalización parcial, tiene una estadía de tres meses y más. El régimen es seminternado, en horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., durante el cual el enfermo es atendido por personal calificado desde el punto de vista científico-técnico (equipo multidisciplinario), integrado por:

1. Médico psiquiatra.
2. Psicólogo.
3. Enfermero especialista en psiquiatría o licenciado en enfermería.
4. Trabajador social.
5. Ergoterapeuta.
6. Psicometrista.

Las funciones del personal de enfermería en este servicio son:

1. Atención médica (funciones puramente asistenciales).
2. Administrativas.
3. Investigativas.
4. Docentes.

En la labor de atención médica tenemos la aplicación de terapéutica medicamentosa, que es uno de los pilares principales de la atención de enfermería, ya que la administración del psicofármaco indicado teniendo en cuenta las precauciones correspondientes –o sea, haciendo cumplir las *diez reglas de oro*–, es fundamental en la recuperación, evolución y rehabilitación del paciente.

El personal de enfermería en este servicio desempeña un papel primordial, ya que no solo evoluciona y cumple las indicaciones médicas de forma contemplativa, sino que debe ser activo y participar en calidad de coterapeuta en el equipo de salud mental, pues es el personal de enfermería quien conoce de forma más directa al paciente.

En las diferentes actividades que realiza en este servicio (laborterapia, ludoterapia, recreación, comunidad terapéutica, psicoterapia de grupo), el personal de enfermería debe dar opiniones, orientar y evaluar a los pacientes, para poder informar al médico del servicio sobre los cambios en la conducta de sus pacientes y con ello lograr los objetivos trazados de devolverlos a la sociedad y a la comunidad como personas capaces de contribuir a mantener las conquistas del Socialismo.

Funciones del personal de enfermería en los servicios de corta y larga estadía (pacientes agudos y crónicos)

Las funciones del personal de enfermería en estos servicios difieren poco de las de los anteriormente descritos, pues la labor se resume en las mismas activida-

des y funciones del equipo de salud mental y, sobre todo, del enfermero, quien trabaja muchas más horas frente al enfermo. Entre el *paciente en servicio de aguda o de corta estadía* y el *paciente en servicio de crónica o larga estadía* existe una marcada diferencia en cuanto a la evolución de la enfermedad, y ésta es la que marca las diferencias de los cuidados de enfermería:

1. Paciente en servicio de aguda o corta estadía. La evolución de estos pacientes puede ser rápida, en una estadía corta, y sus síntomas agudos mejoran en tiempo breve.
2. Paciente en servicio de crónica o larga estadía. Se requiere mayor número de días de hospitalización para mejorar la sintomatología y buscar la posible incorporación del paciente a sus actividades y deberes, por lo que se trabaja en la rehabilitación.

Cuidados de enfermería en el paciente en fase aguda o de corta estadía

1. Observación estricta de la conducta de los pacientes en la sala.
2. Administración de psicofármacos (recordar las precauciones de la administración de la terapéutica medicamentosa teniendo en cuenta los aspectos siguientes:
 - a) dosis, vías y reacciones adversas;
 - b) observar y controlar la dieta indicada, así como la ingestión y tolerancia a los alimentos;
 - c) garantizar y controlar el aseo personal y la higiene de la unidad [baño de aseo, porte y aspecto personal del paciente y arreglo de la cama];
 - d) revisar la unidad del paciente y no permitir objetos punzantes ni cortantes, tampoco bandas de telas ni tirillas, etc.;
 - e) incorporar al paciente a las actividades de la sala, laborterapia, actividades deportivas, recreativas, comunidad terapéutica y otros;
 - f) garantizar la incorporación al grupo, estimulando la comunicación con los demás pacientes y la interrelación entre el personal de enfermería y los familiares;
 - g) participar activamente en los pases de visita médicos, exponiendo datos positivos o negativos de la conducta del paciente;
 - h) observar estrictamente a los pacientes con riesgo suicida o riesgo de fugas;
 - i) aplicar el proceso de atención de enfermería [PAE];
 - j) trabajar con el paciente, así como con sus familiares de convivencia, en cuanto a su conducta y preparación para el alta;
 - k) orientar el alta al paciente y al familiar para la próxima consulta y seguimiento en el área de salud;
 - l) enviar la historia clínica del paciente al departamento de archivo, en tiempo y forma).

Cuidados de enfermería en el paciente de larga evolución o servicio de crónicos

Se realizan todos los cuidados de enfermería que se brindan a pacientes agudos, agregándole los cuidados más específicos, pues gran número de estos pacientes, a causa del prolongado tiempo de evolución de su enfermedad, han perdido muchos hábitos, habilidades y capacidades. Por esta razón, el equipo de salud, y muy específicamente el personal de enfermería, deberá:

1. Enfatizar en el baño de aseo, la higiene y el cuidado en el porte y aspecto personal (hay descuidos en sus hábitos).
2. Prestar marcado cuidado a la alimentación y nutrición de los pacientes.
3. Estimular la comunicación con los demás pacientes (se mantienen aislados).
4. Cuidar la integridad de la piel (lesiones, heridas, rasguños, erupciones, etcétera).
5. Garantizar la participación en las labores de ergoterapia y rehabilitación, pues es necesario ir preparando a los pacientes para que regresen a su medio social y familiar, tras una larga hospitalización, a veces de años.

IX Urgencia psiquiátrica

Atención de enfermería en el cuerpo de guardia de psiquiatría

Se considera *urgencia psiquiátrica* a determinadas alteraciones psicopatológicas y enfermedades mentales diversas que ponen en peligro la vida de los pacientes o de sus semejantes, y son capaces de alterar las relaciones armónicas del individuo.

Las urgencias psiquiátricas pueden funcionar a nivel psicótico y nivel neurótico. Las más frecuentes son:

1. Esquizofrenia, en todas las formas clínicas.
2. Trastorno de la personalidad.
3. Síndrome depresivo.
4. Disociación y conversión histérica.
5. Psicosis maníaca depresiva (PMD).
6. Reacción situacional.

Papel del enfermero en la urgencia psiquiátrica

El papel de la enfermería es muy importante ya que el enfermero, además de cumplir inmediatamente las indicaciones médicas, brinda confianza y seguridad al paciente mediante la preparación psicológica. En caso de que el paciente esté muy excitado, el enfermero (a) debe tratar de llegar a él de la forma más adecuada, protegerlo y protegerlos, pues estos pacientes están afectados a nivel psicótico y la excitación aumenta debido a sus alteraciones del pensamiento (ej., ideas delirantes, ideas deliroides, pensamientos autistas) y pueden tornarse agresivos. Si es necesario, hay que fijarlos.

Si el paciente está deprimido, tratemos de llegar a él, animarlo y estimularlo y además protegerlo de cualquier intento suicida. Cuando el paciente presenta crisis o disociación histérica, debemos igualmente brindarle toda preparación psicológica, pero con estos pacientes es importante mantenerse cariñoso pero fuerte, tratarlos con firmeza y seguridad, pues son de difícil manejo.

Después de cumplir las indicaciones médicas y prestar las atenciones requeridas, observamos al paciente. Si ha mejorado o no lo ha hecho, debemos comuni-

carlo al médico. Si el médico decide el ingreso, tratamos de convencer al paciente, por medio de psicoterapia, y trasladarlo con su historia clínica hacia la sala, junto con su familiar.

Funciones del personal de enfermería en la unidad de intervención en crisis

Las unidades de intervención en crisis (UIC) son unidades dedicadas principalmente a la atención de urgencias y han demostrado mayores ventajas que el modelo clásico. Se encuentran estrechamente relacionadas con la asistencia ambulatoria y su objetivo fundamental es realizar una atención intensiva y polivalente en los pacientes en crisis, de manera que el enfermo pueda recuperarse rápidamente y reincorporarse a la sociedad, lo cual evita complicaciones. El concepto *crisis* tiene en cuenta lo que se produce por causas sociales psicológicas y biológicas. El personal de enfermería, junto al equipo de salud, tiene las siguientes funciones:

1. brindar amplio apoyo psicológico al paciente y atención a los familiares para que cooperen en el manejo y tratamiento del paciente;
2. cooperar con el médico de la unidad, mediante la observación y la interrelación paciente-enfermero (a), para realizar el diagnóstico de la enfermedad de base y determinar las causas de la crisis, en el menor tiempo posible;
3. aplicar la terapéutica medicamentosa (tratamiento intensivo) –es más frecuente el uso de la vía parenteral–;
4. realizar intervenciones psicosociales, caracterizadas por rápidas acciones sobre el paciente y su medio;
5. participar en el equipo en entrevistas terapéuticas y técnicas de psicoterapias breves;
6. participar en dinámicas familiares y de pareja;
7. visitar el centro de trabajo, a los vecinos, etc.;
8. participar activamente en el equipo, por si hay que tomar la decisión de un cambio laboral, traslado del paciente de su centro de trabajo o de cambios ambientales;
9. colaborar en el ingreso del paciente en caso de que las gestiones anteriores demoren, pues el tiempo será de uno a cuatro días, nunca más de una semana;
10. valorar un traslado al servicio de corta estadía, en caso de que la crisis no pueda ser yugulada o abordada, y el paciente evoluciona hacia una agravación mayor;
11. si el paciente elimina la crisis se someterá al servicio de hospital de día para continuar el tratamiento de manera ambulatoria, en su área de salud (equipo de salud mental).

Atención de enfermería frente a pacientes con crisis o excitación

1. Establecer una buena relación enfermero-paciente.
2. Brindar una atención hábil y prudente.

3. Controlar la deambulación improductiva.
4. Observar que mantenga el patrón de descanso y sueño.
5. Apoyo emocional encaminado a que disminuya la hiperactividad del enfermo.
6. Establecer comunicación y empatía con este paciente excitado, mediante tono de voz firme y amable, pero persuasivo.
7. En el momento de la excitación no haga uso del tono de voz alto y exigente, pues hace que el paciente se muestre hostil y agresivo.
8. Mantener una estricta vigilancia por peligro de fuga, agresión y alteración del orden. Administrar la terapéutica medicamentosa según vía, hora y dosis indicada, observando acción medicamentosa y reacciones adversas.
9. Controlar el patrón nutricional del paciente.
10. Observar el patrón de eliminación (vesical e intestinal).
11. Aplicar el programa de atención de enfermería haciendo anotaciones en cada turno, o sea con la frecuencia y la sistematicidad que lo requiere.
12. Garantizar y controlar la higiene personal del paciente y ambiental de su lecho.

Atención de enfermería en pacientes con ideas suicidas o intentos suicidas

1. Observar al paciente. Vigilar estrictamente al paciente y mantener un ambiente libre de peligros para cuidar la integridad física de éste.
2. Durante la madrugada debe aumentarse esta observación, ya que este tipo de paciente vela la oportunidad para llevar a cabo el intento de suicida y en este horario disminuye la circulación del personal de la sala.
3. Observar y controlar el patrón nutricional.
4. Garantizar y controlar la higiene personal del paciente y de su unidad, ofrecerle ropa limpia, y ayudarlo a vestirse de forma apropiada.
5. Evitar preguntas como: «¿quieres bañarte?». Hay que usar el enfoque más positivo: «el baño está listo, voy a ayudarlo».
6. Ofrecer gran apoyo psicológico para elevar su autoestima.
7. Evolución de enfermería en todos los turnos aplicando el proceso de atención de enfermería.
8. Realizar cura de lesiones y heridas cuando el método empleado por el paciente para el intento de suicida lo requiera (sección de venas, quemaduras, heridas con armas de fuego, armas blancas, etc.).
9. Mantener las medidas y normas de asepsia y antisepsia indicadas.

X Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia es un método terapéutico que se dirige a la enfermedad. La psicoterapia en la comunidad es aquella que aplica sus técnicas en cualquiera de los factores de riesgos, en lo psicológico, biológico, social y espiritual.

Psicoterapia breve

La psicoterapia breve es el procedimiento psicoterapéutico que emplea técnicas múltiples para aliviar síntomas y problemas de la adaptación del individuo a su medio, a fin de modificar actitudes que entorpecen esa adaptación. Se realiza siempre en el menor tiempo posible para evitar que se prolongue la desadaptación y para ayudar a que se establezcan hábitos que la favorezcan.

Funciones del personal de enfermería en el tratamiento psicoterapéutico

1. Organizar el local donde se realizará el tratamiento.
2. Garantizar la ambientación del local y limitar el acceso de personas ajenas al departamento.
3. Participar activamente en la disciplina y control de los pacientes.
4. Colaborar como coterapeuta junto al médico.
5. Observar la conducta de los pacientes durante la aplicación de la técnica.
6. Incorporar y participar con los pacientes en la sección de ejercicios de relajación.

XI Consultas especializadas

Entre las consultas especializadas se cuentan: las consultas de tratamiento con fluspirileno (Imap) o decanoato de flufenazina, la consulta de tratamiento con litio y la consulta de psicogeriatría.

Labor de enfermería en la consulta con fluspirileno (Imap) o decanoato de flufenazina

1. Control del paciente dispensarizado mediante tarjetas o historia clínica.
2. Administración del ampolla, según dosis, aplicando la técnica correcta y sus precauciones.
3. Pedido a farmacia de la cantidad de medicamentos según pacientes dispensarizados del área de salud.
4. Junto al trabajador social, hacer visitas de terreno al paciente inasistente a la consulta.
5. El enfermero del equipo de salud mental del área o centro comunitario debe mantener estrecha relación con el de atención primaria de la consultoría a que el paciente pertenece para garantizar la sistematicidad del cumplimiento del medicamento.
6. Entregar a pacientes o familiares los próximos turnos de la consulta.
7. Junto al médico evaluar y detectar los signos y síntomas del paciente y la efectividad o no del tratamiento.
8. Brindar apoyo psicológico y orientación a pacientes y familiares, haciendo comprender la importancia de éste.
9. Mantener la privacidad e individualidad del paciente.
10. Lograr que el paciente y sus familiares queden complacidos de la atención brindada por el equipo de salud mental.

Labor de enfermería en la consulta de tratamiento con litio

1. Medir el peso del paciente en cada consulta.
2. Medir la tensión arterial en cada consulta.
3. Detectar, junto con el médico, los síntomas y signos presentes (edemas en miembros inferiores, retención urinaria, color amarilla de piel y mucosas, etcétera).

4. Interpretar resultados de los análisis de laboratorio (litemia, urea, creatinina, etcétera).
5. Interesarse por la comparación de resultados de litemia actual con los resultados de consultas anteriores.
6. Brindar amplio apoyo psicológico en todo momento (sobre todo a aquellos que abandonan el tratamiento o son inasistentes a los tratamientos con litio).
7. Realizar junto al trabajador social visitas de terreno en caso de inasistencias u otras causas.
8. Llevar control de turnos conjuntamente con el trabajador social, así como el control de tabletas entregadas a cada paciente o familiar.
9. En caso de intoxicación cumplir con las orientaciones médicas.
10. En caso de ser ingresado el paciente, orientarle y ayudarlo a que le confeccionen su historia clínica y archivo de las litemias y la fecha próxima a su consulta.
11. Explicarle la forma del cumplimiento del tratamiento indicado por el médico.
12. El personal de la sala donde permanezca ingresado el paciente debe llevar el control de las anotaciones en la historia clínica. Observaciones de enfermería mediante el PAE y cumplimiento de indicaciones médicas.

Labor del personal de enfermería en la consulta de psiquiatría

1. Mantener organizado el local de consulta, equipado con el material e instrumental necesario.
2. Llevar control de los pacientes dispensarizados.
3. Brindar amplio apoyo a los pacientes de la tercera edad que sientan poca afectividad de los demás.
4. Participar activamente junto al médico en la evaluación del paciente, así como en su evolución.
5. Orientar las actividades comunitarias programadas con vistas al programa del adulto mayor.
6. Entregar turnos de control para la próxima consulta.
7. Aplicar el proceso de atención de enfermería a la comunidad.

XII Funciones de la enfermería psiquiátrica en la atención primaria

A partir de 1985, con la introducción en el sistema de salud del modelo de atención del médico y la enfermera de familia y teniendo en cuenta el nivel de desarrollo alcanzado en la atención psiquiátrica así como los recursos humanos disponibles, se facilitan las condiciones objetivas y subjetivas que permitieron enfrentar la reorientación de los servicios psiquiátricos, buscando dar un salto cualitativo a la vez que un mayor grado de eficiencia. El equipo de salud mental, y dentro de él el enfermero (a) psiquiátrico (a), debe desempeñar un papel protagónico en este nuevo escenario.

La enfermería psiquiátrica en la década de 1990

En la década de 1990, el enfermero necesita hacer un inventario de su práctica, su educación y su investigación. Se requiere estar bien preparado para los cambios que se avecinan en el cuidado del enfermo mental y como los psiquiátricos, tendremos que iniciar la búsqueda de nuevos módulos de enfermería que sean factibles en el sistema de salud prevaleciente, orientados en los nuevos descubrimientos de las neurociencias, donde el papel del enfermero sea el de proporcionar cuidados de eficiencias y calidad, especialmente para aquellos pacientes con trastornos mentales de larga evolución.

En el siglo XXI hay que pensar en el papel de la enfermera psiquiátrica o de salud mental en los tres niveles de atención y la responsabilidad en cada uno de ellos para prevenir, diagnosticar y rehabilitar, no solo al paciente con trastornos mentales, sino a la familia y por ende a la comunidad; teniendo presente que el escuchar humaniza la deshumanización.

La enfermería siempre ha sido vista como una profesión ingeniosa y debemos luchar por mantener tal éxito. Podemos decir que el futuro cercano de la enfermería está lleno de retos.

La enfermería psiquiátrica en el plan de atención a la familia

La atención primaria se ha convertido en la estrategia fundamental para lograr los propósitos de extender los beneficios de la salud pública a toda la

población. Para la salud mental esta línea del pensamiento también es válida. En nuestro país, el Estado invierte cuantiosos recursos en la protección de la salud. Los lineamientos sociales de nuestro Partido y Gobierno están encaminados a proporcionar a la población las condiciones más favorables para la protección de su salud.

En la actualidad contamos con la creación de las comisiones de salud mental a nivel provincial y municipal, cuyo equipo está formado por diversos miembros, entre los cuales se encuentran el enfermero (a), quien desempeña un papel protagónico, así como los equipos de salud mental en áreas de salud y centros comunitarios. Este personal de enfermería que se encuentra en las áreas mantiene un estrecho vínculo con la enfermera que labora en la atención primaria, pues el universo de trabajo (la comunidad) de ambas se corresponde. Por ello se trabaja fundamentalmente en la promoción, prevención, tratamiento o reparación al daño y en la rehabilitación del enfermo, todo esto en la vertiente comunitaria biológica, psicológica y social de los programas priorizados por la especialidad.

XIII La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba

Las últimas tres décadas han sido testigos de un movimiento que ha impulsado la realización de profundos cambios en la atención psiquiátrica.

La reforma italiana, a partir de la década de 1970, con la figura significativa de Franco Basaglia, ha sido un buen ejemplo de lo anterior. Este movimiento en Italia ha tenido un desarrollo sostenido y hoy puede exhibir todo un resultado de trabajo. Más recientemente, en 1990, la Declaración de Caracas, con auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantea la adopción de una política regional de reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud.

Nuestro país constituye un caso particular en el área latinoamericana. El desarrollo de la salud pública cubana, que hoy muestra envidiables indicadores de salud, también produjo en el campo de la psiquiatría un avance sostenido durante los últimos años.

La proyección comunitaria ha sido un elemento básico en los fundamentos de nuestro sistema de salud, lo cual se concatena adecuadamente con la estrategia de trabajo en el área de salud mental.

Los cambios profundos que produce la Revolución modifican desde el primer momento la práctica de la psiquiatría. Se reconoce el derecho del individuo a la salud y el deber del estado de garantizarlo. La psiquiatría, como psiquiatría pública, se integra al sistema único de salud. Su objetivo es lograr la cobertura asistencial a toda la población con *equidad*, sin distingo alguno. La proyección estratégica es hacia la comunidad.

La aplicación del modelo comunitario en salud mental favorece una actuación integrada en la comunidad sin duplicar esfuerzos, coordinando con otros programas en la estructura horizontal y trabajando en el nivel primario con los grupos vulnerables.

Los servicios hospitalarios de psiquiatría deben convertirse progresivamente en centros de nuevo tipo en función de las necesidades comunitarias de la salud mental; se evaluará la reducción paulatina de camas en hospitales psiquiátricos, reduciendo así los internamientos; se favorecerá el desarrollo de los centros comunitarios de salud mental y se trabajará en las modalidades de hospitalización parcial y unidades de intervención en crisis (UIC).

Hay que brindar especial atención al paciente psiquiátrico de larga evolución, desarrollando la rehabilitación comunitaria del mismo, estudiando e implementando modalidades de incorporación laborales y sociales del paciente psiquiátrico.

XIV Rehabilitación psicosocial

Las necesidades actuales de la salud mental son de tal magnitud que demandan la formulación de estrategias y programas más eficientes que aseguren una respuesta adecuada y satisfactoria, tanto en los aspectos asistenciales como con los de promoción, prevención y rehabilitación de los desórdenes mentales.

La rehabilitación psicosocial se debe estructurar en el seno de la comunidad y no en el contexto hospitalario, lo que favorecerá la reinserción social del individuo evitando su desarraigo y marginación institucional. Se vienen realizando planes de capacitación y entrenamiento al personal técnico y profesional mediante cursos y maestrías, haciendo énfasis en los aspectos comunitarios y en la rehabilitación psicosocial y no en el marco institucional.

Psiquiatría de enlace

Recientemente se le llamó a esta subespecialidad «psiquiatría de enlace» y es aquella que se ocupa de los problemas psiquiátricos del enfermo en hospitales no psiquiátricos, reconociendo la importancia del papel que desempeñan los factores psicológicos y sociales en los trastornos somáticos. Esta subespecialidad nace en los Estados Unidos de América, en la década de 1950, con la finalidad de detectar problemas emocionales en el paciente básicamente enfermo y brindarle apoyo y atención a él y a su familia, en correspondencia con su padecimiento y con la respuesta emocional que presenta.

De esta manera se establece un puente entre la medicina y la psiquiatría y disminuye la barrera que existe entre ambas. Los objetivos de la psiquiatría de enlace son:

1. apoyar al paciente a enfrentar y aceptar su nuevo estado;
2. orientar al enfermero (a) a tener una actitud terapéutica ante las conductas inesperadas que el paciente presente;
3. identificar problemas psiquiátricos agregados para su atención oportuna o canalización hacia una institución especializada. Pero estos objetivos no podrán cumplirse sin estar presente tres elementos clave para su operatividad, los cuales se sustentan en:
 - a) el establecimiento de una estrecha relación entre el médico psiquiátrico, el médico tratante y el enfermero (a);
 - b) en involucrar al equipo de salud para el plan de tratamiento, respetando la participación del enfermero (a), pues es el personal de enfermería quien en

- tiempo y espacio más prolongado permanece en contacto con el paciente, y quien con más frecuencia y oportunidad detecta los cambios conductuales que presenta el paciente como una respuesta a sus emociones y la enfermedad;
- c) por último y más importante, enfatizar en el humanismo y en la conciencia por la dignidad del paciente e intentar disminuir la burocracia del uso de la tecnología existente en el hospital.

Intervenciones de enfermería en la rehabilitación psiquiátrica

1. En la educación del paciente.
2. En la educación de la familia.
3. En las acciones de educación para la salud a desarrollar en la Comunidad.
4. En la sensibilización de los factores de la comunidad para la aceptación del enfermo.
5. En el desarrollo de motivaciones adecuadas de los pacientes hacia el tratamiento, lo cual redundará en una mejor adherencia terapéutica.
6. En la administración de neurolépticos de depósitos sin tener que trasladar al paciente hacia la institución.
7. En la vinculación de la atención primaria con la atención secundaria y su seguimiento.
8. En la evolución del estado de salud del paciente en el centro de rehabilitación.
9. En la aplicación del proceso de atención de enfermería a pacientes incorporados al programa.

La familia desempeña un papel fundamental en la rehabilitación del paciente que sufre una enfermedad mental crónica, dadas sus posibilidades de educación, asunción de roles y transmisión de la afectividad. La reinserción familiar y laboral del paciente facilita el desarrollo de cualidades de personalidad, estilos de vida saludables y conductas de salud.

Diagnósticos de enfermería

En esta lista se presentan los diagnósticos de enfermería aprobados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA; ‘North American Nursing Diagnosis Association’) para uso en salud mental (1994).

Cuadro. Diagnósticos de enfermería aprobados por la *Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería*

Necesidad	Diagnóstico de enfermería
Sexo	Disfunción sexual relacionada con molestias secundarias a disminución de las secreciones vaginales.
Actividad	Déficit de actividades recreativas relacionado con los efectos de la hospitalización.
Novedad	Alteración sensorceptiva relacionada con la privación de estímulos secundarios al aislamiento.

Seguridad	Dificultad para el mantenimiento del hogar relacionada con recursos económicos insuficientes.
Invulnerabilidad	Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conocimientos de los peligros del entorno.
Protección	Alto riesgo de violencia: dirigida hacia uno mismo en relación con sentimientos de desesperanza.
Proximidad	Aislamientos sociales relacionados con una hospitalización prolongada.
Autorrealización	Alteración de los procesos de pensamiento, relacionada con los efectos del consumo de alcohol.
Supervivencia	Alto riesgo de violencia dirigida hacia los demás, relacionado con la incapacidad para controlar la conducta.
Invulnerabilidad	Alteración de los patrones respiratorios relacionada con disminución de la expansión pulmonar, temor.
Seguridad	Alto riesgo de infección relacionado con un padecimiento invasivo, historia de infecciones anteriores.
Invulnerabilidad/Seguridad	Temor relacionado con el objetivo de la aplicación de tratamientos biológicos (TECAR, electroshock).
Estima	Alto riesgo de violencia dirigido a los demás, relacionado con los efectos de las alucinaciones.
Amor y pertenencia	Alteraciones en el desempeño del rol relacionadas con los efectos del deterioro psíquico.
Fisiológicas(supervivencias)	Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante, relacionado con desavenencias matrimoniales recurrentes.
Autorrealización	Trastorno del patrón del sueño relacionado con sobrecarga sensorial, alucinaciones auditivas o visuales.
Amor y pertenencia	Sufrimiento espiritual relacionado con la incapacidad para practicar los ritos religiosos.
Autorrealización	Alto riesgo de afrontamiento individual inefectivo relacionado con los efectos de una enfermedad aguda, crónica y ausencia de sistemas de apoyo.
Amor y pertenencia	Déficit de autocuidados (baño, aseo personal y apariencia física), relacionado con la incapacidad de realizar la actividad.
Fisiológicas (supervivencia)	Conflicto del rol parenteral relacionado con la separación de los hijos secundaria a la enfermedad aguda o crónica
Estima	Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la no ingestión de alimentos.
Invulnerabilidad	Trastorno del patrón de la eliminación (orina y heces fecales, relacionado con estreñimiento, diarreas, relajación vesical o retención urinaria.
Seguridad	Impotencia relacionada con la falta subjetiva de sistemas de apoyo.
	Duelo disfuncional relacionado con el cambio de la imagen corporal secundaria la pérdida de órganos (ojo, pierna, mastectomía y quemaduras)
	Trastornos de la identidad profesional relacionado con una presión constante de los compañeros.
	Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la disminución de la movilidad o alteración de la conducta del paciente (negativismo, estupor o alteración psicomotriz)
	Desesperanza relacionada con la falta subjetiva de alternativas.

Bibliografía

- Arencibia Pérez H. (1995): El trabajo de rehabilitación psicosocial en el marco de una política integral de salud mental en Ciudad de La Habana. En: *Memorias. Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria*. Ed. Cooperazione Italiana, La Habana, pp. 149-152.
- Barrientos Llano G., Rodríguez Sánchez J., Valdés Mier M., Martínez C. (1995): La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. Atención psicogerítrica. En: *Memorias. Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria*. Ed. Cooperazione Italiana, La Habana, pp. 23-35.
- Fernández Ortiz P. (1995): «Elaboración y validación de un programa de intervención educativo para familias de alcohólicos» [inédito], tesis de maestría de Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública ISCM, La Habana, pp. 25-45.
- González M. R. (1988): *Compilación de artículos acerca del alcoholismo y su prevención*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, pp. 25-30.
- _____ (1992): *El alcoholismo y su atención específica*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, pp. 15-25.
- Greus Cortina P., González Llopis A. (1988): Ecología y Salud Humana. En: Piednola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 8va ed., Salvat, Barcelona, pp. 137-146.
- Hernández H., González Pérez R., Sánchez Rodríguez I. A., Santa Espinosa M. C. (1995): Atención primaria en salud y psiquiatría. Experiencia de Pinar del Río. En: *Memorias. Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria*. Ed. Cooperazione Italiana, La Habana, pp. 97-101.
- Minoletti S. A. (1992): *Estrategias de atención primaria en el bebedor problema y el alcoholismo*. IV Congreso Chileno de alcohol y drogas. Mutual de Seguridad. Editora Santiago de Chile, Temuco, pp. 40-54.
- Organización Panamericana Salud. (1993): Manual de psicoterapia para trabajadores de atención primaria. Serie PALTEX para técnicos, médicos y auxiliares. OPS, pp. 147-185.
- Valdés Mier M. (1995): Atención Psicogerítrica. En: *Memorias. Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria*. Ed. Cooperazione Italiana, La Habana, pp. 32-34.

