

José Luis Galiana Roch

ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

booksmedicos.org



Enfermería psiquiátrica

José Luis Galiana Roch

Psicólogo Clínico, Unidad de Salud Mental, Centro de Salud de Altabix, Elche (Alicante)

Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

booksmedicos.org



ELSEVIER

Ámsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto

Página de créditos



© 2016 Elsevier España, S.L.U.
Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º
08029 Barcelona

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN (versión impresa): 978-84-9022-681-0

ISBN (versión electrónica): 978-84-9022-709-1

Depósito legal: B 27625-2015

Servicios editoriales: A. Parras

Impreso en Polonia

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros

conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar las dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El Editor



Índice de capítulos

Cubierta

Portada

Página de créditos

Colaboradores

Prefacio

Parte I: Introducción a la enfermería psiquiátrica y salud mental

Capítulo 1: Historia de los cuidados de salud mental

Introducción

De la custodia al cuidado del enfermo mental

Custodia y enajenados o poseídos en el marco del paradigma teológico

Custodia y cuidados en el marco histórico y cultural del paradigma racional tecnológico

Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma hermenéutico

Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma sociocrítico

Conclusiones

Capítulo 2: Concepto de salud mental y epidemiología psiquiátrica

Salud mental y enfermedad mental

Modelos en psicología y psiquiatría. Etiología de la enfermedad mental

Epidemiología de la enfermedad mental

Promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental

Capítulo 3: El proceso de atención de enfermería en salud mental

Principales modelos de enfermería en salud mental

Aplicación del proceso de atención de enfermería en los cuidados de enfermería en psiquiatría y salud mental

Capítulo 4: La relación de ayuda con el paciente que sufre de enfermedad mental

Introducción

Principios generales

Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente

Durante la relación con el paciente

Importancia de practicar el resumen

Cómo actuar ante las preguntas

Saber desconectar y no llevarse consigo los problemas de los pacientes

Cierre y despedida

Parte II: Enfermería psiquiátrica y principales trastornos de salud mental, psicopatología y clínica psiquiátrica

Capítulo 5: Nosografías y sistemas de clasificación enfermeras (NANDA, NIC, NOC, CIPE) aplicadas en la enfermería de salud mental

Introducción

Diagnósticos NANDA más comunes en personas que presentan trastornos mentales

Capítulo 6: Procesos psicopatológicos básicos

Introducción

Psicopatología de la conciencia

Psicopatología de la sensopercepción

Psicopatología de la atención y orientación

Psicopatología del pensamiento y del lenguaje

Psicopatología de la memoria

Psicopatología de la afectividad

Psicopatología de la psicomotricidad

Resumen

Sección 2.1: Demencias

Capítulo 7: Trastorno mental orgánico

Introducción: concepto de trastorno mental orgánico

Proceso enfermero en el trastorno mental orgánico

Capítulo 8: Psicogeriatría: trastornos mentales en la vejez

Introducción

Trastornos asociados a la vejez

Trastornos mentales más frecuentes en la vejez

Ansiedad secundaria a procesos somáticos

Ansiedad y depresión

Ansiedad y demencia

Trastornos afectivos en el anciano

Distimia

Trastorno adaptativo

Trastornos cognitivos

Trastornos psicóticos

Valoración, atención, intervención de enfermería

Aspectos éticos y legales

Sección 2.2: Trastornos mentales infanto-juveniles

Capítulo 9: Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia

Introducción

Retraso mental

Trastornos de la comunicación

Trastornos de la eliminación

Trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria

Trastornos de las habilidades motoras

Trastornos de tics

Trastornos del aprendizaje

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

Plan de cuidados enfermeros en los trastornos mentales infanto-juveniles

Sección 2.3: Trastornos psicóticos

Capítulo 10: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Etiología, epidemiología, sintomatología y tratamiento. Valoración y cuidados de enfermería

Esquizofrenia

Subtipos de esquizofrenia

Trastorno delirante

Síndromes poco usuales

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Trastorno inducido por sustancias

Trastorno psicótico breve

Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*)

Tratamientos

Intervenciones familiares

Terapia integrada para la esquizofrenia (IPT)

Marco conceptual de actuación enfermera

Ambiente terapéutico

Cuidados de enfermería

Valoración de la ideación suicida

Psicoeducación para aumentar la adherencia al tratamiento

Sección 2.4: Trastornos afectivos

Capítulo 11: Trastornos del estado de ánimo

Introducción

Aspectos históricos de los trastornos del estado de ánimo

Epidemiología y factores del riesgo de los trastornos del estado de ánimo

Clínica de los trastornos del estado de ánimo

Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo

Enfoque de género sobre los trastornos del estado de ánimo

Proceso enfermero de la persona con trastornos del estado de ánimo

Sección 2.5: Trastornos neuróticos

Capítulo 12: Trastornos de ansiedad

Introducción

Aspectos generales

Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Plan de cuidados de diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería

Ejercicio propuesto

Enlaces de interés

Capítulo 13: Trastornos somatomorfos y disociativos

Preámbulo

Trastornos somatomorfos

Trastornos disociativos

Sección 2.6: Trastornos psicofisiológicos

Capítulo 14: Trastornos de la conducta alimentaria

Introducción

Aspectos generales

Manifestaciones de cada trastorno

Clasificación

Teorías explicativas

Tratamiento

Plan de cuidados, diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería

Capítulo 15: Trastornos del sueño

Introducción

Definición y etiopatogenia

Fisiología del sueño

Epidemiología

Clasificación de los trastornos del sueño

Tratamiento

Papel de enfermería

Capítulo 16: Disfunciones sexuales y trastornos de la identidad sexual

Introducción

¿Por qué estudiar la sexualidad?

Fases de la respuesta sexual humana

Dimensiones de la respuesta sexual

Neurofisiología de la respuesta sexual

Factores que influyen en la existencia de disfunciones sexuales

Clasificación de las disfunciones

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Diagnósticos de enfermería. NANDA

Proceso de atención de enfermería en las alteraciones de la sexualidad

Sección 2.7: Trastornos de la personalidad y control de impulsos

Capítulo 17: Trastornos de la personalidad

Etiología

Epidemiología

Sintomatología

Tratamiento

Valoración y cuidados de enfermería

Capítulo 18: Trastorno del control de los impulsos

¿Qué es un trastorno?

¿Qué es un impulso?

F63.8 Trastorno explosivo intermitente

F63.2 Cleptomanía

F63.1 Piromanía

F63.0 Juego patológico

F63.3 Tricolomanía

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

Definición y criterios diagnósticos, según el DSM-IV-TR

Sección 2.8: Adicciones

Capítulo 19: Trastornos relacionados con el consumo de sustancias

Introducción

Concepto y clasificación en las drogodependencias

Historia natural del consumo de sustancias

Actuaciones de enfermería en las intervenciones preventivas y terapéuticas en drogodependencias

Recursos asistenciales en drogodependencias

Sección 2.9: Urgencias psiquiátricas

Capítulo 20: Urgencias psiquiátricas e intervención en crisis

Introducción

Generalidades de las urgencias psiquiátricas

Principales síndromes en urgencias psiquiátricas

Intervención en crisis

Aspectos fundamentales de la urgencia psiquiátrica

Capítulo 21: Comportamientos autolíticos

Comportamiento autolítico

Factores asociados al riesgo de suicidio

Factores protectores

Evaluación del riesgo suicida

Cuidados de enfermería para el paciente con riesgo de suicidio

Parte III: Modalidades de tratamiento terapéutico en salud mental y actuación enfermera

Capítulo 22: Terapias de psicofarmacología y otros tratamientos somáticos

Conceptos básicos de psicofarmacología

Clasificación de psicofármacos

Situaciones especiales

Cuidados de enfermería en el paciente en tratamiento con psicofármacos: interacciones y efectos adversos

Capítulo 23: Cuidados de enfermería y tratamientos psicológicos

Introducción. Concepto de psicoterapia y psicoterapia inespecífica

Clasificación de las psicoterapias

Aspectos psicoterapéuticos en el proceso enfermero

Capítulo 24: Tratamientos psicológicos basados en la evidencia y las tecnologías de la información y comunicación

Introducción

Tratamientos psicológicos basados en la evidencia

Tecnologías de la información y comunicación

Recursos tecnológicos y aplicaciones

Conclusiones y acciones futuras

Parte IV: Enfermería de salud mental comunitaria

Capítulo 25: Enfermería en la asistencia psiquiátrica hospitalaria

Introducción

La Unidad de hospitalización psiquiátrica

El proceso de cuidados en la Unidad de hospitalización psiquiátrica

Capítulo 26: Enfermería psiquiátrica comunitaria

Introducción

Conceptos básicos de salud mental comunitaria

La Enfermería en salud mental comunitaria

Conclusiones

Capítulo 27: Enfermería psiquiátrica. Rehabilitación e integración social

Rehabilitación psicosocial

El objeto de la rehabilitación psicosocial (RPS)

La persona con enfermedad mental severa

Objetivos de la RPS

Aspectos metodológicos de la rehabilitación psicosocial

Recursos sociosanitarios en la rehabilitación psiquiátrica

La atención de enfermería en la RHB

Competencias profesionales del personal de enfermería en rehabilitación

Planificación de la intervención en RHS con TMS

Programas de intervención

Programas de mantenimiento en la comunidad

Conclusiones

Capítulo 28: Educación para la salud. Programas asistenciales en salud mental

Introducción

Definición y concepto de educación para la salud

Áreas de aplicación de la educación para la salud

Diseño de un programa de educación para la salud

Calidad de los programas de educación para la salud

Parte V: Administración, ética y legislación en salud mental

Capítulo 29: Estructura, organización y administración de los servicios de salud mental. Derechos y deberes de los usuarios. Responsabilidad profesional del personal sanitario

Introducción

Legislación aplicable a los servicios de salud mental, adicciones y sociosanitarios

Estructura y organización funcional de los servicios de salud mental y adicciones

Administración en salud mental

Ordenación y desarrollo de los servicios de salud mental

Derechos y deberes de los usuarios

Responsabilidad profesional

Parte VI: Investigación de enfermería en salud mental

Capítulo 30: La investigación y el método científico en las ciencias de enfermería

Investigación en enfermería: el método científico

Fases generales de la investigación

Identificación de la pregunta de investigación

Diseño del estudio

Población de estudio

Variables de estudio. diseño de cuestionarios

Aspectos estadísticos

Limitaciones del estudio

Consideraciones éticas

Publicación científica: el artículo original

Apéndice: Preguntas de autoevaluación

Apéndice: Respuestas

Índice alfabético





Colaboradores

María Albuerne Juanco, Enfermera Especialista en Salud Mental, Centro de Atención Integral, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Oviedo, Asturias

Rocío Albuixech García

Enfermera Especialista en Salud Mental, Centre d'Atenció Primària Raval Nord, Barcelona, Generalitat de Catalunya

Enfermera Especialista en Salud Mental, Unidad Docente para la Especialidad de Enfermería en Salud Mental de la Comunitat Valenciana, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, Valencia

Cristina Botella Arbona, Catedrática, Psicología Básica I, Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad Jaume I, Castellón

Irma Casas García

Médico Adjunto, Medicina Preventiva, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona
Profesora Asociada, Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología,
Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona

Luis Cibanal Juan, Catedrático de Enfermería Psiquiátrica, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

Josefa Costa Domínguez, Enfermera Especialista, Máster en Sexología y Planificación Familiar, Centro de Salud Benimamet, Valencia

M.^a Asunción de la Fuente Córdoba, Profesora Titular, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Madrid

José Antonio de la Torre Brasas, Profesor Titular de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo, Universidad de Castilla-La Mancha

Javier Doménech Tortosa

Farmacéutico; Enfermero Especialista en Salud Mental, Responsable de Seguimiento Domiciliario en Pacientes de Salud Mental del Departamento 21, Unidad de Salud Mental, Hospital de Orihuela, Alicante
Profesor Asociado, Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio de Murcia

Ángela Elías-Marroquín, Profesora Emérita, Universidad de El Salvador, El Salvador

Rosario Fernández Flórez

Enfermera Especialista en Salud Mental, Servicio de Sistemas, Dirección General de Innovación Sanitaria, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias
Colaboradora Docente, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Enfermería, Universidad de Oviedo, Asturias

Cristina Francisco del Rey, Profesora Titular, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Madrid

José Luis Galiana Roch

Psicólogo Clínico, Unidad de Salud Mental, Centro de Salud de Altabix, Elche, Alicante

Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

María Paz García-Portilla González

Psiquiatra; Coordinadora del Centro de Salud Mental de La Corredoria, Oviedo, Asturias

Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Enfermería, Universidad de Oviedo, Asturias

Cristina Gavira Fernández, Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Cádiz

Josep Giné Berenguer, Enfermero Especialista en Salud Mental, Coordinador de Enfermería, Hospital Sagrat Cor, Martorell, Barcelona

Juan Gómez-Salgado

Profesor Titular, Enfermería y Ciencias del Trabajo, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva

Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva
Universidade Atlântica de Lisboa, Portugal

Alexandra Gualdrón Romero

Enfermera Especialista de Salud Mental, Servicio Cántabro de Salud
Profesora Asociada de Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela Universitaria de Enfermería, Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria

Verónica Guillén Botella

Psicóloga Clínica, Centro Clínico Previ, Valencia

Profesora Asociada, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología,
Universidad Jaume I, Castellón

María José Hidalgo Quiles, Médico, Unidad de Conductas Adictivas, Centro
de Salud de Altabix, Elche, Alicante

Jesús Alberto Jara Arias

Enfermero Especialista en Salud Mental

Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la
Salud, Universidad de Jaén

Raquel Junquera Fernández

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Centro de Atención Integral, Oviedo,
Asturias

Colaboradora Docente, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Enfermería,
Universidad de Oviedo

M.^a del Mar Lleixà Fortuño, Profesora Titular, Departamento de Enfermería,
Facultad de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

M.^a Teresa Lluch Canut, Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud
Mental, Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-
Infantil, Escuela Universitaria de Enfermería, Universitat de Barcelona,
Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Daniel López Arteche, Inspector Médico, Valencia

Isabel López Arteche, Psiquiatra; Jefe de Servicio, Unidad Hospitalización
Psiquiátrica, Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante

Ana Carmen Lucha López, Profesora Colaboradora, Departamento de
Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza

Isabel Martín Peiro, Enfermera, Unidad de Conductas Adictivas, Centro de
Salud de Altabix, Elche, Alicante

Concepción Martínez Martínez, Enfermera Especialista en Salud Mental,
Unidad de Agudos, Hospital Clínico Universitario de Valencia; Profesora,
Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Valencia

Pilar Melero Almau, Psiquiatra Adjunto, Unidad Hospitalización
Psiquiátrica, Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante

Alberto Moragriega Gorriz, Psicólogo Clínico, Centros de Rehabilitación e

Integración Social, Orihuela, Alicante

María Morante Hernández, Farmacéutica, Especialista en Farmacia Hospitalaria; Jefa de Farmacia del Hospital IMED Elche, Alicante

Ana Navea Martín, Enfermera Especialista en Salud Mental; Doctora en Educación, Licenciada en Psicología; Profesora Asociada, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de San Rafael Nebrija, Madrid

Nuria Pascual Bellido, Enfermera, Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza

Esteban Pérez-García, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Ciencias del Trabajo; Enfermero del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva; Profesor invitado de posgrado, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva

Juan Diego Ramos-Pichardo, Profesor Contratado Doctor, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

Juan Francisco Roldán Merino, Profesor Titular, Departamento Enfermería, Campus Docent San Joan de Déu, Fundació Privada, Escola Universitaria d'Infermeria, Esplugues de Llobregat, Barcelona; Profesor Asociado, Universitat Autònoma de Barcelona; Profesor Asociado, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Pilar Ruiz de Loizaga, Médico, Unidad de Alcoholología, Centro de Salud de Altabix, Elche, Alicante

Rafael Sales Orts, Enfermero Especialista en Salud Mental, Hospital Clínico Universitario de Valencia; Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia

Manuel Sánchez García, Psicólogo Clínico, Unidad de Salud Mental, Centro de Salud de Campoamor, Hospital General Universitario de Alicante

Vanesa Sánchez Martínez, Enfermera Especialista en Salud Mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve, Hospital General Universitario de Valencia; Profesora Asociada, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia

Pilar Santos Abaunza, Profesora Emérita, Escuela Universitaria de Enfermería, Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria

Ana M.^a Santos Herrero, Enfermera Especialista en Salud Mental, Unidad de Media Estancia, Hospital Padre Jofré, Valencia

Berenice Serrano Zárate, Psicóloga Clínica, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Fisiología y Nutrición, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Profesora, Psicología Básica I, Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad Jaume I, Castellón; Personal Investigador Doctor, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universidad Jaume I, Castellón

José Siles González, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

Viviana Tartakowsky Pezoa, Psicóloga; Decana, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad UCinf, Santiago de Chile

M.^a Jesús Tejedor García, Enfermera Especialista en Salud Mental

Paula Zurrón Madera, Enfermera Especialista en Salud Mental, Centro de Atención Integral, Oviedo; Colaboradora Docente, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Enfermería, Universidad de Oviedo

Revisión externa

Cristina Gisbert Aguilar, Psiquiatra; Jefe de Servicio de Rehabilitación, Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt, Girona

Mariela Martínez Cabanes, Enfermera; Monitora de Educación Sexual, Centro de Salud Doctor Sapena, Elche, Alicante



Prefacio

Este libro nace con el propósito de ser un libro de referencia y aprendizaje, que recoge en un solo volumen múltiples aspectos que se encuentran dispersos en otras obras. El libro incluye conceptos básicos, planes de cuidado y estrategias que ayudan a identificar problemas en situaciones clínicas, establecer prioridades, implementar acciones y evaluar el cuidado de enfermería.

Por ello, cada capítulo incorpora objetivos de aprendizaje y esquema, que introducen los conceptos básicos y la organización; preguntas de repaso, que ayudan a dominar el contenido; puntos fuertes, que resaltan los conceptos fundamentales y los términos clave. Se incluye información y contenidos de psicofarmacología, efectos de los medicamentos e intervenciones.

Este libro quiere ser de utilidad para los estudiantes de salud mental y clínica, así como de enfermería, que están aprendiendo las técnicas relacionadas con la provisión de cuidados y diagnósticos de enfermería. Como libro de texto trata de adaptarse a los contenidos del programa de estudio de la asignatura de enfermería psiquiátrica del grado de enfermería, así como en las competencias específicas de la especialidad enfermería interno residente.

Para los profesionales de enfermería de salud mental y psiquiátrica el libro provee una guía para ordenar sus conocimientos desde una perspectiva enfermera. Para ambos, estudiantes y profesionales, la obra proporciona el marco de trabajo que va desde los patrones funcionales de salud para realizar la valoración, hasta los aspectos básicos de psicopatología que permita entender los trastornos mentales, sus posibles causas, curso y tratamiento.

La obra consta de seis partes esenciales y bien diferenciadas en las que se abordan aspectos básicos, clínicos y de investigación

La primera parte, Introducción a la enfermería psiquiátrica y salud mental, nos permite identificar, integrar y relacionar el concepto de salud mental y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería, conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces en el ámbito de la enfermería. Se incluyen capítulos sobre la historia de los cuidados en enfermería, los conceptos de salud mental y epidemiología psiquiátrica y el proceso de atención con especial énfasis en la comunicación.

La segunda parte, Enfermería psiquiátrica y principales trastornos de salud mental, incorpora los conceptos de psicopatología y clínica psiquiátrica con una descripción exhaustiva de numerosos trastornos desde la ansiedad, el sueño, la personalidad hasta los trastornos de la conducta alimentaria o el manejo de las crisis de autolisis por mencionar algunos.

La tercera parte se dedica a los diferentes abordajes terapéuticos desde la

psicofarmacología a las terapias no farmacológicas, y la cuarta parte recoge los temas de enfermería en salud mental comunitaria para distinguir los diferentes ámbitos de trabajo desde el hospital a la consulta en centros de salud, los procesos de rehabilitación y reinserción social y los programas educativos en los que interviene enfermería.

La quinta parte cubre los aspectos legislativos y el código ético y deontológico y finalmente la sexta parte se centra en las metodologías de investigación de enfermería en salud mental.

Cabe destacar que para completar una obra que incorpora tantas facetas diferentes ha sido necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que han aportado sus diferentes perspectivas lo que creemos dota al texto de una mayor riqueza y aporta una oportunidad de establecer equipos de trabajo conjunto. Se ha seleccionado a los autores de los diferentes capítulos tratando de integrar a expertos con excelencia en aspectos básicos, clínicos y de investigación.

Esperamos que esta obra se convierta en un referente en la enfermería psiquiátrica que dado el dinamismo de la profesión actual requerirá actualizaciones a las que nos comprometemos desde esta primera edición.

José Luis Galiana Roch

PARTE I

Introducción a la enfermería psiquiátrica y salud mental

Capítulo 1: Historia de los cuidados de salud mental

Capítulo 2: Concepto de salud mental y epidemiología psiquiátrica

Capítulo 3: El proceso de atención de enfermería en salud mental

Capítulo 4: La relación de ayuda con el paciente que sufre de enfermedad mental

CAPÍTULO 1

Historia de los cuidados de salud mental

José Siles González

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 3

De la custodia al cuidado del enfermo mental 6

Custodia y enajenados o poseídos en el marco del paradigma teológico 7

Custodia y cuidados en el marco histórico y cultural del paradigma racional tecnológico 8

La reforma de la enfermería mental: practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricos durante el primer tercio del siglo ^{xx} 9

Los cuidados de enfermería en salud mental tras la guerra civil 10

Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma hermenéutico 10

Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma sociocrítico 11

Conclusiones 11

Introducción

El objetivo esencial de este capítulo consiste en describir la historia de los cuidados de salud mental desde la perspectiva de la enfermería. Tarea ardua y casi utópica si no se renuncia al reduccionismo de la enfermedad mental y sus cuidados; es decir, a una visión fragmentada y parcial de una cuestión tan compleja y llana de matices históricos y culturales como la enfermedad mental.

¿Cómo afrontar con ciertas garantías el propósito de conocer y comprender un fenómeno tan complejo como la enfermedad mental y los cuidados que ésta ha demandado a lo largo de la historia? ¿Qué factores han incidido en la interpretación de la enfermedad mental, sus tratamientos y cuidados desde la perspectiva de la enfermería?

La estrategia que se va a emplear para presentar la historia de los cuidados de enfermería en salud mental parte de la premisa de valorar, esencialmente, todos los factores que convergen en la forma de interpretar las causas, los tratamientos y los cuidados de la enfermedad mental. Los modelos explicativos nos permiten analizar esta variedad/complejidad de elementos y factores esenciales que conforman la realidad de esta enfermedad y sus cuidados en cada fase histórica. La locura, demencia o alienación ha sido interpretada como un fenómeno caracterizado por una asimetría especialmente impactante respecto a las creencias, valores, sentimientos y, finalmente, conductas dominantes a lo largo de la historia. Es decir, el enfermo mental se interpreta como tal por diversos motivos: capacidades perceptivas alteradas (vivencias en la irrealidad), creencias y valores (alteración de los principios y supuestos sobre los que se establece la base de la convivencia y la coherencia social). El demente no se ajustaba en su comportamiento a las normas que rigen la convivencia en un contexto social dado y, en consecuencia, ha sido sujeto de apartamiento o marginación social de diversas formas. Esto no siempre quiere decir que el individuo que mantiene una postura moral y estética que choca con la sociedad sea un enfermo mental, pues en más ocasiones de las que se pudiera imaginar es la sociedad la que se halla sumida en una decadencia moral y ética que puede equipararse en muchos aspectos a la enfermedad, como es el caso de los totalitarismos caracterizados por equiparar el disentimiento o libre albedrío con la demencia¹.

La manera en que las personas (pacientes, profesionales de la salud) intentan comprender las enfermedades mentales se vertebra a través de modelos explicativos arraigados cultural e históricamente. Kleinman sostiene que el modelo explicativo consiste en una serie de nociones compartidas socialmente que contribuyen a comprender los procesos de salud/enfermedad más sus tratamientos y cuidados². Los modelos explicativos resultan particularmente útiles para la comprensión de un tipo de enfermedad muy difícil de asimilar y que a lo largo de la historia ha provocado pavor, confusión y, sobre todo, estigmatización: la enfermedad mental. El miedo, la confusión y la estigmatización que provoca la

incapacidad para entender la enfermedad mental también han acompañado desde la prehistoria los tratamientos y cuidados demandados por estos procesos. Asimismo, las causas, los tratamientos y los cuidados de los enfermos mentales se han cimentado en nociones que han sido avaladas por la magia, la religión, la ciencia o las tradiciones populares. Este conjunto de supuestos, ideas acerca de la enfermedad mental y sus cuidados, constituyen la arcilla que ha servido para moldear el tipo de atención dado a las personas afectadas por algún tipo de enfermedad mental y que, históricamente, ha evolucionado desde un tipo de atención-custodia a los cuidados de enfermería.

En consecuencia, se aporta una visión de la enfermedad mental y sus cuidados desde la perspectiva de la historia cultural, entendida por Siles como la especialidad de la ciencia histórica que tiene por objeto el estudio del ser humano inmerso en su cultura a través del tiempo, considerando todos aquellos comportamientos, ideas, sentimientos, símbolos y significados acontecidos en un contexto social, económico familiar y laboral determinado y que están implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de salud de un grupo humano³.

La enfermedad mental y sus cuidados han estado vinculados a procesos de construcción simbólica, a las representaciones sociales y a los valores. Entre la simbología destacan aquellos que hacen referencia a castigo, cadenas, represión, cárcel, manicomio, sifilicomio, frenopático, marginación, ocultamiento, pecado, infierno, demonio, etc. Esta simbología da idea de la dificultad que ha tenido el ser humano para interpretar con normalidad una enfermedad que ha provocado tanta desazón como la mental.

Para conocer las diferentes nociones sobre las que se han construido los modelos explicativos de la enfermedad mental en las distintas fases históricas se puede recurrir al concepto de paradigma debidamente contextualizado. Siguiendo a Kuhn, un paradigma se puede interpretar como un conjunto de principios, supuestos, creencias y valores que son asumidos colectivamente por un grupo humano de carácter social, político, profesional o científico⁴. Los paradigmas, por tanto, potencian una perspectiva hegemónica respecto al tema que se trate en una comunidad dada. Por tanto, pueden servir para conocer lo que, de forma mayoritaria, se ha entendido por enfermedad mental y sus tratamientos y cuidados en cada fase histórica.

El paradigma a través de la historia contiene, regula y transmite las creencias, valores, conocimientos y sentimientos^{5,6} que sirven para construir las ideas acerca de la enfermedad mental y, consecuentemente, sus tratamientos y cuidados. Es decir, los paradigmas contribuyen a la clarificación y a la comprensión de lo que se puede entender por enfermedad mental, así como sus tratamientos y cuidados en cada momento histórico y cultural. A lo largo de la historia de la humanidad se distinguen, esencialmente, cuatro paradigmas: teológico, racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico (cuadros 1-1 y 1-2). Para dotar de esencialidad este empeño histórico sin caer en reduccionismos es preciso adoptar los paradigmas de

una visión estructural que nos permita no perdernos en el detalle, lo puntual o lo anecdótico. Para ello se emplean tres estructuras en cada uno de ellos: unidad funcional, marco funcional y elemento funcional³.

1. *Por unidad funcional entendemos la estructura social básica de convivencia y socialización transmisora de los conocimientos, creencias, valores, sentimientos, prejuicios, etc., que en cada momento histórico han servido de base conceptual y estética para entender la enfermedad mental y conferirle una lógica terapéutica a sus cuidados.* Prácticamente, todas las actividades del ser humano están reguladas por sistemas de creencias (desde al animismo a las religiones y hasta la ciencia actual) que proyectan sus referentes estéticos en lugares, actores sociales, imaginario social de la enfermedad mental (pintura, arquitectura, escultura, etc.).
2. El marco funcional constituye el espacio en el que se acogía y se cuidaba a los enfermos mentales en cada fase histórica. Estos escenarios estaban vinculados, lógica y estéticamente, a la red conceptual de valores y creencias propiciados por cada unidad funcional. Desde atender al enfermo mental alrededor del fuego en la cueva (prehistoria) hasta los modernos hospitales de hormigón y repletos de simbología tecnológica, pasando por los templos de religiones politeístas o monoteístas.
3. El elemento funcional es el actor social encargado de organizar y dispensar los cuidados a los enfermos mentales. También está conectado lógica y estéticamente a la unidad funcional: hechiceros, monjes, médicos, cuidadores, enfermeras, curanderos, etc.

Cuadro 1-1 Los cuidados de salud mental en los paradigmas teológico y racional tecnológico

EL PARADIGMA TEOLÓGICO (modelo explicativo predominante: folk)

HECHICERO-CURANDERO-CHAMÁN-BRUJA-SACERDOTE (elemento funcional)

- Agente controlador del proceso de enfermedad mental: diagnóstico-tratamiento-cuidados.
- Interpretador de las causas de la enfermedad.
- Manipulador externo y subjetivo respecto del estado de salud mental del paciente.
- Maestro de ceremonias y aplicador de prescripciones en el transcurso ritos mágico-religiosos con la finalidad de expulsar demonio, espíritu maligno provocador de la locura.

LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)

- Alrededor fuego, cueva, abrigo rocoso, templo, hospital religioso, etc.

PACIENTE

- Pecador, impuro, endemoniado o poseído por los espíritus. Objeto de control y marginación social. Destinatario de prescripciones terapéuticas mágico-religiosas.

TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)

- Magia empírica mágico-religiosa experimental.
- Animismo y/o religiones.
- Elaboración de concepciones de la locura, demencia como pecado, castigo de los espíritus, demonio, etc.

CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)

- Concepto sobrenatural: explicación animista, religiosa.

PARADIGMA RACIONAL TECNOLÓGICO (modelo explicativo predominante: preprofesional y profesional técnico)

PROFESIONAL TÉCNICO DE LA SALUD MENTAL (elemento funcional)

- Agente controlador del proceso.
- Manipulador externo y objetivo respecto del estado de salud del paciente y sus necesidades.
- Aplicador de prescripciones.

LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)

- Manicomio, frenopático, hospital psiquiátrico, casa de reposo, etc.

CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)

- Concepto negativo/vacío: salud como ausencia de algo, omisión de manifestaciones clínicas o privación de sintomatología.
- Empirismo racional (objeto extraño en el cerebro: piedra).
- Ciencia natural heredera del neopositivismo.
- Carácter objetivo de la actividad científica y de la causa de la enfermedad.
- Control externo del proceso.
- Investigación experimental (búsqueda del objeto perturbador de la salud mental: piedra, tumor, malformación, pruebas estandarizadas, test, encuestas).

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)

- Loco como consecuencia de un elemento de la mecánica corporal que no

funciona (cerebro, piedra, electroshock, lobotomías, etc.).

- Elaboración científico-técnica concepto de enfermedad mental.

Cuadro 1-2 Los cuidados de salud mental en los paradigmas hermenéutico y sociocrítico

PARADIGMA HERMENÉUTICO (modelo explicativo dominante: profesional-humanista)

PROFESIONAL DE LA SALUD: ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL (elemento funcional)

- Agente de comunicación comprensiva e interactiva del proceso de salud-enfermedad mental.
- Interpretador de la realidad del paciente.

LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)

- Hogar del paciente, centro de atención primaria, hospital psiquiátrico, clínica de salud mental, etc.

CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)

- Concepto situacional elaborado interactivamente (paciente-enfermero).
- Enfermería como construcción personal.
- Sociología interaccionista.
- Hermenéutica y fenomenología de los cuidados.
- Antropología cultural.
- Investigación etnográfica.
- Estudio de significados en sus contextos (métodos y técnicas fenomenológicas, narrativas y biográficas-autobiográficas).

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)

- Resultado de la práctica interpretativa. Acto de comprensión individual y subjetiva.
- Salud-enfermedad mental interpretados según pautas establecidas mediante ideologías, creencias, valores y sentimientos.
- No existe un concepto exclusivo de salud-enfermedad mental, dado que varía según realidades situacionales y culturales.

PARADIGMA SOCIOCRÍTICO (modelo explicativo dominante: profesional-antropológico-humanista)

PROFESIONAL DE LA SALUD: ENFERMERO ESPECIALISTA EN

SALUD MENTAL (elemento funcional)

- Agente de cambio respecto del estado de salud-enfermedad del sujeto.

LUGAR DONDE SE DESARROLLAN LOS CUIDADOS (marco funcional)

- Hogar del paciente, centro de atención primaria, hospital psiquiátrico, clínica de salud mental, escenarios comunitarios comunes habilitados adecuadamente (locales de asociaciones de salud mental), etc.

CONCEPTO DE SALUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO CONSTRUIDO (unidad funcional)

- Concepto positivo (no exclusivamente la ausencia de síntomas o conductas atípicas).
- Reelaboración del mismo por parte del sujeto.
- Enfermería de salud mental (cuidados) como construcción social.
- Dialéctica-subjetividad-objetividad.
- Potencial de deconstruir-construir nuevas realidades.
- Investigación crítica y socioantropológica. Deconstruccionismo. Psicoanálisis.
- Estudios de contextos personales y sociales.
- Cuidados de enfermería en salud-enfermedad mental enfocados como intervención en práctica social y antropológica del sujeto, la familia y la comunidad.

CONCEPTOS DE ENFERMEDAD MENTAL (unidad funcional)

- Resultado de la práctica interpretativa. Acto de comprensión y acción individual y subjetiva.
- Concepto derivado de psicoanálisis y narrativas del sujeto (participa en su construcción).
- Multidimensionalidad sustentada en radicales antropológicos o antropocosmológicos (Morin): producción (Marx), psique (Freud), amor (cristianismo), ciencia moderna, poesía.

Los cuidados varían según la unidad funcional se construya mediante creencias sobrenaturales (animismo, religiones o sucedáneos de las mismas) o se articule en torno a creencias y supuestos racionales de índole laicosolidarios. En asunto de locos o alienados, si la interpretación de las causas se sostiene en argumentos sobrenaturales, los cuidados se adaptan a un ideario que se corresponde con ese imaginario.

A pesar de la globalización, hoy día sigue prevaleciendo la forma diferente de organizar los cuidados de salud mental según la unidad funcional hegemónica (conocimientos, creencias, valores, símbolos, sentimientos), y estará vigente un tipo u otro de modelo explicativo en cada fase histórica. La unidad funcional ha regulado la motivación y cuidados de salud mental según sectores: popular, folk y

profesional².

El sector popular o profano es el más amplio y variado y está estrechamente vinculado a lo doméstico, lo cotidiano y a las tradiciones regionales. En este contexto, los enfermos mentales se consideran un asunto privado, reciben un cuidado de tipo doméstico y no pierden contacto con la comunidad, dado que el espacio donde tienen lugar suele ser el hogar, y el elemento funcional una persona de la familia, la red social o la comunidad. Los enfermos mentales que no tenían familia ni quien les atendiera, si no tenían conductas que comprometieran la ley o la moral públicas, vagaban por las calles; en cambio, si tenían conductas alteradas podían ser internados en cárceles o centros asilares con fines estrictamente de apartamiento de la sociedad. Una persona podía *perder la razón* por culpa de un mal de ojo u otro conjuro y era alguien de la propia vecindad — generalmente una mujer mayor — la encargada de deshacer el conjuro y restablecer la cordura del enajenado. Cuando la cosa pasaba a mayores y el *demente* cometía alguna tropelía de difícil reparación, generalmente, se traspasaba el límite del sector popular, dada la dificultad para la convivencia con el alienado y la estigmatización que conllevaba la misma, y se iniciaba una nueva fase en el ámbito de lo folk o lo profesional (ámbitos de mayor nivel de especialización). También corresponde a este sector doméstico o popular el patrimonio constituido por el conjunto de conocimientos profanos, creencias, valores, símbolos y tradiciones acerca de los locos/dementes y sus cuidados, que han sido transmitidos generacionalmente y son compartidos por un grupo de personas y familias. El sector popular, aunque minoritario en Occidente, sigue vigente, conjuntamente con el folk, en culturas donde se han desarrollado poco las tecnologías y las ciencias medicosanitarias.

El sector folk se corresponde con la prevalencia de una unidad funcional en la que los conocimientos, valores, símbolos, etc., se especializan, adoptando una forma no científica, pero que tienen sus rituales, liturgias, escenificaciones y procedimientos altamente vertebrados en un sistema teórico o dogma. Aunque se suelen solapar, podemos diferenciar el sector folk secular o laico (elemento funcional: curandero, sanador) y el sacro o religioso (elemento funcional: hechicero, monje, cura, etc.). Los cuidados mentales en este sector folk están mayoritariamente vinculados a la herboterapia, la acupuntura, los masajes con los que se pretende expulsar la causa del mal del cuerpo del demente (que en algunos casos se solapa con el sector profesional) o, también, las oraciones o rezos terapéuticos, los sacrificios, el ayuno, los baños purificadores o las distintas formas de castigar el cuerpo para fortalecer el alma. El marco funcional o lugar donde se dispensan los tratamientos y cuidados es el lugar consagrado al rito: cueva alrededor del fuego, templo, hospital o manicomio de ideario religioso, domicilio del curandero o sanador, etc.

El sector profesional en materia de cuidados de salud mental se desarrolla históricamente en las culturas en las que las diferentes ocupaciones encargadas de

la curación de las enfermedades y sus cuidados se han ido organizando burocrática y científicamente. Así, surgen colectivos profesionales que han sido socializados mediante una unidad funcional cuyos conocimientos, creencias, valores, símbolos, etc., se han construido a la luz de la ciencia. La especialización en la enfermería psiquiátrica y de salud mental tiene lugar en este sector y dentro de los paradigmas racionales tecnológicos; por tanto, los elementos funcionales son: practicantes psiquiátricos, enfermeras psiquiátricas, visitadoras psiquiátricas y de salud mental, enfermeras especializadas en salud mental, etc. El marco funcional puede ser el hospital psiquiátrico, el centro de salud, etc.

De la custodia al cuidado del enfermo mental

Es preciso clarificar las diferencias existentes entre los conceptos «custodiar» y «cuidar» con la finalidad de identificar y explicar las diferencias existentes entre un modelo de asistencia psiquiátrica represiva, y que se enmascaraba con el sistema penitenciario, y un modelo de asistencia psiquiátrica humanístico cuyo emblema conceptual es el «cuidado». La custodia de los alienados como sujetos a los que era preciso, en primer término, apartar de la sociedad mediante su reclusión en centros inespecíficos para que, en segundo lugar, se les «apaciguara» reprimiendo sus desordenadas conductas con los medios que fuera menester⁷.

La enorme diferencia entre los significados de «custodiar» y «cuidar» es que se pueden verificar etimológicamente con enorme claridad. Custodiar (custodio) implica cuidado, guardia, vigilancia. En el desempeño de esta función de custodia se utilizaban todo tipo de artilugios para sujetar, contener y reprimir la furia del alienado: grilletes, cepos, palos, baños de agua fría, jaulas, cuerdas, etc. Por otro lado, «cuidar» (*cogitare*), significa pensar, reflexionar sobre acontecimientos y problemas presentes y venideros. Sin embargo, la diferenciación entre ambos términos sólo se ha evidenciado cuando se han producido cambios científicos, desde luego (nacimiento y desarrollo de la psiquiatría desde el siglo XVIII), pero también profundas transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y mentales que con el tiempo harán posible una interpretación profesional y científica del concepto cuidado.

Para delimitar de forma nítida la existencia de factores ideológicos, culturales y científicos en el proceso de profesionalización de los cuidados de salud mental es preciso identificar los períodos correspondientes a los cuatro grandes paradigmas (teológico, racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico) que han ordenado y orientado el pensamiento, la producción científica y, sobre todo, la forma de interpretar la locura desde los tiempos de la custodia y el castigo corporal a los actuales, en los que impera la filosofía del cuidado profesional y humanizado.

De la utilización del término custodiar para referirse a la relación del personal sanitario con los enfermos surge una doble confusión que lamentablemente ha constituido una realidad histórica hasta tiempos muy recientes: el enfermo mental como sinónimo de pobre, inocente, furioso, preso, delincuente, vago, etc. Como consecuencia de esta primera deformación de la realidad, se ha producido históricamente un segundo error: la equiparación del sistema penitenciario con lo que debiera ser el sistema sanitario o, al menos, una parcela significativa del mismo. Durante mucho tiempo la asistencia a los dementes fue un apartado más de la asistencia de tipo asilar en la que se mezclaban en un auténtico tótem revolútem pobres, enfermos, inocentes y locos furiosos. Sin embargo, la mayor intensidad en la vigilancia y control de los internados era la dedicada a los locos, especialmente aquellos que expresaban su locura mediante la exteriorización de conductas furiosas que a menudo eran consideradas peligrosas sin demasiado

fundamento. El trasiego cárcel-manicomio era un asunto común debido a la dificultad que existía en ambos tipos de centros para controlar la escandalosa desmesura de los locos. Pero nadie se planteaba entonces —ni durante mucho tiempo— la necesidad de crear una nueva profesión cuyo cometido fuera el cuidado de estos enfermos, ya que el problema del cuidado psiquiátrico, a diferencia de la cuestión puramente médica, implica una presencia continua y un contacto directo con el enfermo y la intervención de un nuevo tipo de profesionales de enfermería psiquiátrica. Respecto a esta cuestión y desde planteamientos eminentemente críticos, hay que considerar las aportaciones de Foucault, que escribió mucho y de forma profunda acerca de la historia de la locura⁸, acerca de las relaciones de poder y la variada y amplia gama de políticas represivas en cuya aplicación se desarrollan estrategias tales como la ambigüedad entre cárcel y hospital, entre enfermo y delincuente, entre vigilar y castigar⁹. En definitiva, se podría aseverar que para que en una sociedad los enfermos mentales sean tratados exclusivamente como seres humanos con una enfermedad mental serían necesarias ciertas condiciones:

- La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto «cuidado» su principal objeto de reflexión teórica con finalidades eminentemente prácticas.
- Los factores políticos, sociales y el pensamiento científico predominante (paradigmas) determinan la existencia de un tipo de asistencia autoritaria y represiva (custodia).
- Los cuidados de salud mental sólo son posibles en el marco de una sociedad democrática socioeducativamente desarrollada.
- El nivel social y económico influye en la identificación de las auténticas causas de la problemática de salud mental y, asimismo, determina el proceso de profesionalización de los mismos.

Custodia y enajenados o poseídos en el marco del paradigma teológico

Desde la perspectiva del paradigma teológico (hegemónico hasta el siglo xviii), la locura se interpretaba como un fenómeno de posesión por parte del demonio al iluminado, hereje, hechizado o beata poseída. Gonzalo de Berceo, en la «Vida de san Millán de la Cogolla» (santo enterrado en el Monasterio de Silos), describe cómo se producen curaciones milagrosas de enfermos y locos ([cuadro 1-1](#)).

«Faziéli el demonio dezir grandes locuras avueltas de los dichos faze otras orruras; avié la maletia muchas malas naturas, ond fазie el enfermo muchas malas figuras.»

Gonzalo de Berceo

Desde estos supuestos de causa sobrenatural de la locura, el exorcismo era la técnica más habitual y el escándalo que suscitaba la conducta provocadora del enajenado era tal que muchos de ellos acabaron en la hoguera tras ser juzgados por la Inquisición. Fueron órdenes religiosas como las de los mercedarios, San Juan de Dios y las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús las encargadas de vigilar la vida y los actos de los enajenados.

Ante la dejadez y maltrato del que eran objeto los inocentes y furiosos, el mercedario fray Gilabert Jofré fundó en Valencia, a principios del siglo xv, el que ha sido considerado el primer centro específico para internamiento de locos o alienados. Desde la Edad Media hasta el primer tercio del siglo xx, los religiosos fueron los encargados de custodiar a los enfermos mentales inspirados en los principios cristianos recogidos en las obras de misericordia. Estos locos, junto con los pobres, peregrinos, enfermos y vagos, eran internados en los denominados «hospitales de pobres», los cuales proliferaron por toda la geografía española, caracterizándose por su carestía de recursos humanos y materiales. En dichos hospitales se identifican dos figuras esenciales en la supervisión del control y auxilio de los dementes: el «padre de los locos», que se ocupaba de los dementes varones, y la «madre de las locas», que hacía lo propio con las mujeres.

En esta época la pobreza podía causar el aislamiento de la sociedad, de los amigos y hasta de la familia, pudiendo el estado de extrema penuria contribuir a la aparición de enfermedades mentales. El poeta sevillano Ruy Pérez de Ribera describe en sus versos esta vinculación entre pobreza y locura, que también ha sido tratada por la historia social^{10,11}:

«Por ésta se pierde toda la cordura aquesta destruye e roba la fama el alma e cuerpo lo quema sin llama e fase buen seso tornar en locura.»

En este paradigma teológico se humaniza el cuidado de «los locos» durante el Renacimiento en la Europa católica y en Latinoamérica: «La filosofía humanística o antropológica de la enfermería, en la perspectiva mencionada, implicaba potenciar la atención holística en el proceso de satisfacción de necesidades de los pacientes considerando el binomio hospitalidad-humanización de la asistencia»¹².

Juan Ciudad, fundador de la orden de San Juan de Dios, se dedicó al cuidado de pobres, enfermos, prostitutas y locos en Granada durante el Renacimiento. Su caso es ejemplar para entender el solapamiento entre paradigmas tan aparentemente distantes como el teológico y el sociocrítico, dado que Juan estuvo internado por perder la razón en un manicomio en el que experimentó el tipo de atención recibida por los locos en la época. Es decir, Juan formó parte del estigmatizado grupo de locos a los que luego, en gran medida, dedicaría su obra, una de las premisas del paradigma sociocrítico. Comprendió el gran error que es pretender curar las enfermedades mentales a bases de golpes y desprecio y se propuso ayudarles. Para ello, alquiló una casa vieja en Granada para recibir a cualquier enfermo, mendigo, loco, anciano, huérfano o desamparado. Durante todo el día atendía a cada uno con el más exquisito cariño, haciendo de enfermero, cocinero, barrendero, mandadero, padre, amigo y hermano de todos.

En la década de 1860, la obra de San Juan de Dios (que tradicionalmente se había ocupado del cuidado de los enfermos mentales) experimentó una gran crisis, en consonancia con el fenómeno desamortizador y la crisis religiosa^{13,14}. El italiano Benito Menni, en el último cuarto de siglo, se encargó de revitalizar la enfermería psiquiátrica poniendo en funcionamiento una serie de centros dedicados a cuidados de enfermos mentales: puso en funcionamiento dos sanatorios en Ciempozuelos (1880); el sanatorio psiquiátrico provincial de Zaragoza (1888); el Instituto Mental de Santa Cruz en la villa de San Andrés (1889); el sanatorio psiquiátrico de San Baudilio en Barcelona (1895), y el psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Guipuzcoa, 1898). La enfermería mental, pues, tenía sus raíces fuertemente implantadas en el ámbito religioso, si bien se realizaron intentos de implantar un sistema sanitario inspirado en los ideales liberales en el que se integrarían los avances científicos de la época. Esto supone que, en la época de Benito Menni, se puede hablar de un inicio de racionalización de los cuidados de enfermería en salud mental. Consecuencia de este empeño fueron las leyes de beneficencia de 1822 y 1849, y la Ley de sanidad de 1855. Sin embargo, debido a la enorme inestabilidad política, social y económica en la que estuvo sumida España durante el siglo ^{xix}, el alcance de estas reformas fue muy limitado. Una muestra de la escasa repercusión reformista la constituye el hecho de que, a mediados del siglo ^{xix}, Juan Bautista Perales, a la sazón médico director del departamento de dementes del Hospital General de Valencia, y que, al parecer, destituyó al padre de los locos por su abuso y

desmesura en la aplicación de técnicas represivas, describe en su «Memoria teórico-práctica de las enajenaciones mentales» (1851) las lamentables condiciones en las que vivían los enajenados: jaulas, desorden, suciedad, cepos, cadenas, grilletes. Los cuidados de salud mental inspirados en reglamentos de órdenes como San Juan de Dios reflejan el gran contenido ético y el enfoque holístico del ideario o unidad funcional de estos cuidadores de motivación religiosa. En la Europa católica y Latinoamérica se ocuparon de los cuidados de los locos desde el Renacimiento hasta la actualidad. Los hermanos de San Juan de Dios están presentes en los cinco continentes y en 50 países.

Custodia y cuidados en el marco histórico y cultural del paradigma racional tecnológico

Con el inicio de la profesionalización en los países reformistas, que es donde existía el problema más acuciante de los cuidados de salud en general y de los enfermos mentales en particular, en el ámbito anglosajón se va a ir superando muy lentamente el gran problema de atender a los enfermos mentales como delincuentes y, de forma progresiva, se van a dejar de emplear las cárceles como marco funcional (espacio donde albergar y cuidar a los enfermos mentales) (cuadro 1-1).

El paradigma racional tecnológico parte de la ilustración del ^{xviii} y se continúa con el positivismo de Augusto Comte durante el ^{xix}. Aporta la perspectiva propia del positivismo científico. La causa de la locura era de naturaleza fisicomecánica y el cerebro desplaza al alma como centro de atención de los estudiosos del fenómeno. Los médicos alienistas —inspirados en el francés Philippe Pinel (1745-1826)— se esfuerzan por conocer cada vez mejor el cerebro. El problema de la visión mecánica de la enfermedad mental es que se mantiene una visión reduccionista que va a tener graves consecuencias en los tratamientos: lobotomías, electroterapia, etc.

El trato se humaniza, aunque en su mayor parte —la custodia directa— sigue dependiendo de las órdenes religiosas (especialmente de San Juan de Dios); dicho de otro modo, la profesionalización de la medicina psiquiátrica no va acompañada de un proceso paralelo de profesionalización de los responsables de la asistencia directa y continuada de los enfermos mentales.

En Latinoamérica y el resto de Europa, las órdenes religiosas van a seguir ocupándose de los cuidados de los enfermos mentales. La red hospitalaria de órdenes como la de San Juan de Dios siguen dedicándose a la atención especializada de los enfermos mentales en ambos continentes.

Poco a poco, la profesionalización de la medicina va a influir en los tratamientos de los enfermos mentales¹⁵, aunque la asistencia directa y continuada de los mismos sigue siendo un gran problema, pues en los asilos, manicomios, frenopáticos o sifilicomios no existía personal especializado en los cuidados. Este personal, incluso los primeros practicantes y enfermeras psiquiátricas especializadas, van a estar siempre vinculados a los médicos¹⁶. La unidad funcional en este paradigma, en lo esencial, es de tipo racional y científico. El mecanicismo va a influir tanto en la interpretación como en los tratamientos de la enfermedad mental. El marco funcional mayoritario lo constituyen espacios donde el enfermo mental es recludo (salvo el relativamente frustrante movimiento antipsiquiátrico o de desinstitucionalización de la década de 1960): sifilicomio, asilo, manicomio, hospital psiquiátrico, frenopático, etc. El elemento funcional va a estar representado por actores sociales, que van desde los

cuidadores sin formación ni motivación hasta las primeras enfermeras especializadas en Estados Unidos, Gran Bretaña, España (practicantes, enfermeros y ATS) y algunos países latinoamericanos.^{17,18} En el ámbito anglosajón, influenciados por autores como Foucault, a principios de la década de 1960 se desarrolla el movimiento de la enfermería antipsiquiátrica. El gran problema de este movimiento, de gran contenido humanístico en materia de cuidados, radica en la falta de sintonía con una sociedad que, regida por factores económicos, políticos o ideológicos, no contemplaba como una preferencia la creación de profesionales que permitieran, conjuntamente con la infraestructura necesaria, la dispensación de cuidados a enfermos mentales en sus propios hogares. Dejar a los enfermos mentales solos a cargo de sus familias no era la solución.

La reforma de la enfermería mental: practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricos durante el primer tercio del siglo xx

Es precisamente en el primer tercio del siglo xx cuando comenzó a desarrollarse la enfermería mental de carácter laico (tanto en los cuidados de los enfermos mentales como en la prevención de los procesos mentales).

Gracias al impulso reformador desarrollado por los krausistas y a los efectos del informe Vera respecto de las necesidades más perentorias del país, se crea, en 1903, el Instituto de Reformas Sociales, centro que se va a ocupar de diagnosticar los principales problemas de España, entre los que se encuentran la mortalidad infantil y, desde luego, la salud mental. Desde el siglo xviii los reformadores sociales estudian simultáneamente las cárceles y los hospitales para tratar de mejorar la asistencia a los locos: John Howard y Elizabeth Gourney Fry, en Inglaterra; Teodoro Fliedner, en Alemania; Dorotea Lynde Dix, en Estados Unidos, y Concepción Arenal y Gumersindo de Azcárate, en España, donde muchos enfermos mentales eran internados en las cárceles o en manicomios en los que se dispensaba un tratamiento, fundamentalmente, de tipo represivo; terrible realidad que ha sido inmortalizada por obras de pintores como Velázquez, Goya y Picasso (fig. 1-1).



FIGURA 1-1 «Casa de locos». Goya, 1812-1819.

Todavía a principios de siglo se sigue custodiando a los locos en los dos sistemas: el penitenciario y el sanitario. Es en el marco de las reformas impulsadas por el Instituto de Reformas Sociales, con la creación de la Escuela Nacional de Puericultura (1923) y la Escuela Nacional de Sanidad (1924), en el que hay que interpretar el intento de solucionar el problema del cuidado de los enfermos mentales.

En este contexto de proceso reformista de corte krausista se encomendó, en 1926, a una comisión el estudio del problema de los alienados en España, proponiéndose, como una de las principales medidas, la creación de una Escuela de Psiquiatría dotada de toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental y su tratamiento y curación. Dicha comisión también se encargaría de formular el plan organizativo del centro docente, selección de personal especializado que pudiera aconsejar sobre el tema y señalar las enseñanzas especiales que tuvieran que darse a los practicantes y enfermeros que quisieran dedicarse a la asistencia de alienados. Estos estudios se convertirían en requisito imprescindible para poder acceder legalmente a tales menesteres profesionales. Paralelamente, la Liga Española de Higiene Mental organizó unos comités locales, en 1928, para colaborar con los gobernadores civiles y los inspectores provinciales de Sanidad, con la finalidad de suministrar informes a las autoridades para crear dispensarios locales de higiene mental. Entre los informes figuraban los referentes al personal de enfermería preciso y las características que debería reunir el mismo para realizar una labor eficaz en el cuidado de los

enfermos mentales. En 1931 se creó el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de Sanidad. Entre sus componentes destacaba el delegado de la Liga de Higiene Mental, que debía ser el presidente del Consejo. Este organismo se reunía una vez al mes y estudiaba los problemas de salud mental de la colectividad. Entre sus funciones principales destacaban la adopción de estrategias, ofrecer ideas a la administración para el inicio y organización de actividades eficaces, proponiendo para ello la creación de los medios e instituciones adecuados. De manera que, en 1931, se instituyó, en cada Inspección Provincial de Sanidad, una sección de psiquiatría y enfermedades mentales, determinándose, asimismo, los deberes y funciones de los inspectores en la materia. La fundación, en 1932, del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica supuso un hito en la historia de la enfermería psiquiátrica contribuyendo a la profesionalización de la enfermería mental en España. El Patronato se ocupaba de la vigilancia posmanicomial de los enfermos mentales tratados en los establecimientos oficiales o particulares (que albergaran enfermos mentales de la beneficencia). Para la mayor eficacia práctica se disponía de un grupo de enfermeras psiquiátricas visitadoras, de un local de trabajo y de un archivo (normalmente integrado en las dependencias del dispensario de higiene mental de cada provincia dependiente de la Dirección General de Sanidad). El Patronato tenía funciones educativas en la comunidad tales como divulgar las normas de higiene mental. Para ello contaba con el importante dispositivo de las visitadoras psiquiátricas encargadas de cumplir funciones (reguladas mediante Orden Ministerial de 16 de abril de 1932) que pretendían mantener una visión global del problema mediante^{19,20}:

- Cumplimentar visitas a las familias con miembros afectos de enfermedades mentales.
- A los propios enfermos en los establecimientos en los que estaban internados.
- Actuar como nexo entre unos y otros (sirviendo de puente de comunicación entre la institución y la familia).
- Facilitar la adaptación social y familiar del enfermo.
- Colaborar con otros profesionales dentro y fuera del Patronato, tanto a nivel asistencial como docente e investigador.

En ese mismo año de 1932, que resultó clave para la enfermería psiquiátrica, se implantó la ordenación y regulación del personal sanitario que debía realizar su labor profesional en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. No se trataba de la reglamentación aislada de un grupo profesional concreto, sino que respondía a un proceso progresivo de vertebración general de la sanidad española que tuvo lugar en estos años y que alcanzó su punto álgido durante el período republicano. En este sentido, resulta significativa, respecto al cuidado de los enfermos mentales, la reorientación propugnada por la Dirección General de Sanidad:

«(...) exige resolver todo cuanto al cuidado directo del enfermo mental se refiere y ha de establecer cuáles han de ser los conocimientos necesarios para desempeñar el cargo de enfermero psiquiátrico (es preciso que desaparezcan de estos centros las personas sin preparación) (...) el enfermo mental es el que requiere cuidados más especializados (...)»

Orden Ministerial de 16 de mayo de 1932

Según la citada norma, el personal sanitario en los centros dedicados a enfermos mentales debía ser el siguiente: practicantes en medicina y cirugía con el diploma de enfermero psiquiátrico (para asegurar la práctica médica y quirúrgica de urgencia diurna y nocturna y auxiliar a los médicos), y enfermeros y enfermeras psiquiátricas que debían estar al cuidado directo del enfermo mental cumpliendo las indicaciones del médico (constituyeron el elemento auxiliar fundamental en asistencia psiquiátrica intramanejamiento).

Los cuidados de enfermería en salud mental tras la guerra civil

Tras la guerra civil se produjo una involución que afectó de lleno a la enfermería psiquiátrica, quedando, como el resto del colectivo profesional, vinculado a la Sección Femenina con el predominio ideológico de la religión y la Falange que relega a la mujer al espacio doméstico tradicional y al enfermo mental a un trato mucho menos contemplativo (vuelta al autoritarismo represivo). En este contexto, tiene gran auge el desarrollo de técnicas como la terapia electroconvulsiva y, aunque en menor medida, la lobotomía (fig. 1-2). El 14 de abril de 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, cuya principal función es el estudio de la problemática de los enfermos mentales en general y de su cuidado en particular. En esta dirección hay que interpretar la edición de una «Guía para auxiliares psiquiátricos» realizada por dicho patronato y que engloba a enfermeras y practicantes como tales auxiliares, ignorando la anterior reforma que durante la época republicana había diferenciado claramente entre enfermero psiquiátrico y practicante psiquiátrico. En 1962, se promulga la Ley general de hospitales que va a incidir en el proceso de asalarización y tecnificación del personal médico y sanitario. La especialidad de ayudante técnico sanitario psiquiátrico se creó en 1970 (Decreto de 22 de octubre) y constaba de dos cursos de ocho meses de duración.



FIGURA 1-2 Pintura de Elena Bonillo en la que se alude a la prevalencia de la tecnología y el mecanicismo en el tratamiento de la locura.

Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma hermenéutico

Tras la segunda guerra mundial, el desarrollismo dirigido y la potenciación de las políticas del bienestar van a introducir un nuevo enfoque de la locura. Desde el paradigma hermenéutico la enfermedad mental va a interpretarse como un fenómeno producido por causas internas y/o externas, pero que, en todo caso, requieren la comunicación entre el paciente y el profesional. Los psicoanalistas se van a afanar por comprender el significado de las conductas «desviadas», atendiendo al fenómeno en un contexto cultural y antropológico específico. La custodia se va a tecnificar mediante nuevos perfiles profesionales y, gracias al avance de los psicofármacos, se suaviza el control de los dementes.

En 1977, tras un largo período de deliberación facilitado por la Ley general de educación de Villar Palasí (1970), se produce el ingreso de la enfermería en la universidad. En esta carrera se van a impartir materias de salud mental, psicología, teoría de los cuidados, investigación, etc. Sin embargo, ni la sociedad en general, ni los enfermos mentales en particular, se pueden beneficiar del enorme potencial de unos profesionales que no encuentran en el sistema sanitario el medio adecuado para desarrollar todo lo que pueden dar de sí. Está pendiente todavía la adecuación a nivel normativo y práctico del ambiente laboral a las nuevas titulaciones incluidas en el sistema educativo.

Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma sociocrítico

La Ley general de sanidad de 1986 facilita la labor cuidadora de los enfermeros de forma transversal, sirviendo de puente entre el ámbito comunitario y el hospitalario. El título de «enfermería en salud mental» se creó en 1987 (Real Decreto del 3 de julio), aunque no empezó a impartirse en las universidades hasta 1998. En definitiva, los profesionales de los cuidados mentales, aquellos realmente capacitados para investigar y reflexionar sobre los mismos, nacen con el nuevo siglo. Poseen una formación que los capacita para interpretar los problemas de salud mental como parte integrante de una sociedad cada vez más compleja. El enfermo mental forma parte de una cultura que incide en el proceso de sus problemas de toda índole, incluyendo los conflictos psicológicos y mentales.

Las causas de la enfermedad mental pueden ser múltiples y hay que buscarlas empleando métodos antropológicos que consideren el factor cultural. Los cuidadores de salud mental deben desarrollar, además de los conocimientos técnicos precisos para la implementación exitosa de los cuidados, toda una serie de habilidades de comunicación que permitan no sólo el diálogo, sino la ayuda desde la perspectiva del psicoanálisis y el deconstruccionismo. Los enfermos participan en la reconstrucción de sus identidades como personas que han sido capaces de eliminar o neutralizar los problemas que afectaban a su salud mental.

Igualmente, los cuidados de salud mental deben aspirar a implicar a los individuos y a la sociedad en la solución de sus problemas de forma integral, participativa y lo más activamente posible. Uno de los ejemplos de este proceso de implicación de los pacientes y la sociedad lo constituye el creciente asociacionismo que se desarrolla entre los diferentes colectivos de enfermos mentales y, asimismo, la adopción de metodologías terapéuticas que son capaces de aprovechar el potencial terapéutico de la participatividad. Las asociaciones de enfermos mentales, familiares y allegados (y, en muchos casos, profesionales de la salud) constituyen un ejemplo del impacto de los principios del paradigma sociocrítico en la sociedad: la participación del enfermo mental y su entorno en la gestión de su problema de salud mental y la planificación de sus cuidados. Existen asociaciones de enfermos mentales por toda la geografía española y se han llegado a formar federaciones que las aglutinan con el fin de coordinar esfuerzos, estrategias, recursos y objetivos. Algunos ejemplos de estas entidades son: Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Alicante (AFEMA), creada en 1991; Asociación para Salud Integral del Enfermo Mental (ASIEM); enfermos, familiares y amigos, personal sanitario y otros profesionales; Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (FEAFES); Asociación Provincial de Allegados y Enfermos Mentales (APAEM); Asociación de

Familiares y Allegados de Personas con Esquizofrenia (AFAENES), etc. Todas ellas, en conjunto, persiguen la promoción del enfermo mental, el apoyo a su familia y la defensa de los derechos de ambos.

Conclusiones

A modo de conclusión, se puede afirmar que:

- La historia cultural permite un acercamiento real al fenómeno de la enfermedad mental y sus cuidados, dado que permite su observación histórica sin caer en el reduccionismo y permitiendo el análisis del complejo entramado de factores incidentales.
- El análisis de estructuras como la unidad funcional, el marco funcional y el elemento funcional, conjuntamente con la observancia de los modelos explicativos vigentes en cada época, contribuyen al conocimiento histórico de los cuidados de salud mental sin caer en visiones históricas reduccionistas o parciales.
- Se distinguen cuatro grandes períodos o paradigmas en la custodia y cuidado de los enfermos mentales: el teológico, el racional tecnológico, el hermenéutico y el sociocrítico.
- Los períodos teológico y racional tecnológico han preponderado durante la mayor parte de la historia de la enfermería, relegando ésta a una actividad vocacional religiosa (fase teológica) y auxiliar (fase racional tecnológica), constituyendo la salud mental un contexto especialmente difícil para el desarrollo científico y humanístico de los cuidados, sobre todo por la enorme dependencia de la medicina psiquiátrica.
- La existencia y evolución de los cuidados en psiquiatría está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto «cuidado» su principal objeto de reflexión teórica con finalidades eminentemente prácticas. En 1977, con el ingreso de enfermería en la universidad, se inicia el camino hacia la consolidación profesional de los cuidadores.
- La custodia, el control represivo y la marginación de los enfermos mentales constituye un fenómeno característico de regímenes autocráticos y de democracias exclusivamente políticas poco avanzadas social y educativamente.
- El cuidado de los enfermos mentales se desarrolla en ambientes democráticos avanzados social y educativamente y que mantienen una economía que permite el desarrollo de modelos progresistas de cuidados de salud mental.
- La Ley general de sanidad de 1986 facilita la labor cuidadora de los enfermeros de forma transversal, sirviendo de puente entre el ámbito comunitario y el hospitalario. El título de «enfermería en salud mental» se creó en 1987 (Real Decreto del 3 de julio), aunque no se llega a impartir en las universidades hasta 1998.

Bibliografía

1. From E. *Miedo a la libertad*. 2.^a ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2009.
2. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. 1.^a ed. Berkeley: University of California Press; 1981.
3. Siles J. *Historia de la enfermería*. 1.^a ed. Madrid: DAE; 2011.
4. Kuhn, TS. La estructura de las revoluciones científicas. 3.^a ed. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
5. Siles J, García E. «Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería.». *Enfermería Científica*. 1995;160/161:10–15.
6. Siles J. «Epistemología y enfermería. Por una fundamentación científica y profesional de la enfermería.». *Enfermería Clínica*. 1997;4(7):188–194.
7. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano C, García E, Gabaldón E. De la custodia a los cuidados. Una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Cultura de los Cuidados*. 2001;5(9):27–33.
8. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. 1.^a ed. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1976.
9. Foucault M. (2000) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. 2.^a ed. Madrid: Siglo; 2000: XXI.
10. López Alonso C. La pobreza en el pensamiento político en España primera mitad del siglo xix. *Historia Social*. 1992;l(13):139–156.
11. Porter R. *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica; 1989.
12. Fernandes de Freitas, G, Siles González J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index de Enfermería* 2008;17(2):144-148. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6534.php>
13. Eseverri C. *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. 2.^a ed. Madrid: Universitas; 1995.
14. Ventosa F. (2000) *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España*. 1.^a ed. Madrid: Díaz Santos; 2000.
15. González Duro E. *Historia de la locura en España*. 1.^a ed. Madrid: Temas de Hoy; 1994.
16. Nolan P. *A history of mental health nursing*. 1.^a ed. Cheltenham: Stanley Thornes; 1998.
17. Siles J, Oguisso T, Fernandes de Freitas G, De Souza Campos PF, eds. *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana*. 1.^a ed. Alicante: ECU; 2011.
18. Velandia AL. *Historia de la enfermería en Colombia*. 1.^a ed. Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia; 1995.
19. Siles González J, García Hernández E. Origen histórico de la

- profesionalización de los cuidados mentales: los practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricas. *Enferm Científ.* 1996;174/175:49–53.
20. Herrera Rodríguez F. La titulación de enfermero psiquiátrico en la II República española. *Minutos Meranini.* 1990;167:4–8.

Lecturas recomendadas

Arenal C. *Artículos de beneficencia y caridad*. 1.^a ed. Madrid: Victoriano Suárez; 1900.

González, Rothvoss M. *Anuario español de política social (1934-35)*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra; 1935.

Martínez Alcubilla, M. *Diccionario de la Administración española*. Compilación de la Novísima Legislación de España en todos sus ramos. Ed. Asilo de Huérfanos de Sagrado Corazón de Jesús, Madrid (época 10 1892-1935); (época 201939-1971).

Méndez Álvaro F. *Informe leído en la Sociedad Económica Matritense El Siglo Médico*. 1862:9.

Reglamento para el gobierno de establecimientos benéficos de Alicante, 1862, Alicante.

Reglamentos de establecimientos provinciales benéficos (Sección Beneficencia, leg/año: 1110/1909, 127/1925, 67-2/1913, 235-6/1941), Diputación Provincial de Alicante (ADPA).

Reglamento de Casas de Beneficencia, Maternidad y Expósitos de Alicante 1910, Sirvent, 1910.

CAPÍTULO 2

Concepto de salud mental y epidemiología psiquiátrica

Juan Diego Ramos-Pichardo

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Salud mental y enfermedad mental 13

Salud mental 13

Componentes e indicadores de salud mental 13

Factores que influyen en la salud mental 14

Enfermedad mental 14

Modelos en psicología y psiquiatría. Etiología de la enfermedad mental 15

Modelo biologicista 15

Modelo psicodinámico o psicoanálisis 15

Modelo conductual 16

Modelo cognitivo 16

Modelo sistémico familiar 16

Modelo social 17

Modelo integrador 17

Epidemiología de la enfermedad mental 18

Incidencia y prevalencia de los trastornos mentales 18

Incidencia y prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia 18

Impacto social y sanitario de los trastornos mentales 19

Promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental 19

Salud mental y enfermedad mental

Salud mental

El concepto de salud se ha relacionado históricamente con la ausencia de enfermedad o de padecimiento físico, sin que se tuvieran en cuenta los aspectos sociales o emocionales que afectan al bienestar de las personas. Es en 1947 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ define la salud como «un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición, aún vigente hoy, no deja de tener un importante componente utópico y supone un significativo avance en el concepto de salud, que pasa de centrarse en la ausencia de enfermedad para poner el foco en el aspecto positivo: el concepto de estado de bienestar.

Sin embargo, y a pesar del consenso general en torno a la definición de salud, no existe una definición de salud mental aceptada comúnmente. Menninger² la definió como «la adaptación de los seres humanos a los demás y al mundo que les rodea, con un máximo de eficacia y felicidad». Por su parte, la OMS³ habla de la salud mental como un «estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad».

Componentes e indicadores de salud mental

Desde esta perspectiva holística, se puede entender la salud mental como un estado en el que están implicados una serie de componentes: el *autoconcepto*, la *autopercepción* y la *autoestima*, contruidos sobre el conocimiento de las propias capacidades y limitaciones; el *autodominio*, que permite a la persona mostrar autonomía, independencia y tendencia a actuar en base a una serie de valores que persisten a lo largo de la vida; la *capacidad de adaptación* y el *dominio del entorno*, que permiten a la persona ser competente para adaptarse a las exigencias de su entorno, enfrentando de manera eficaz las situaciones de incertidumbre y experimentando los fracasos con flexibilidad y sin actitudes de autocastigo; las *relaciones sociales*, familiares y de amistad o la *orientación al crecimiento* y a la autorrealización a través de actividades sociales y laborales^{4,5}.

Así, son numerosos los aspectos de la vida de las personas que son indicativos de salud mental. El buen humor, la capacidad de dormir y descansar, la satisfacción ante las relaciones sociales, el optimismo, la toma de decisiones razonables aceptando la responsabilidad por ellas o la capacidad para expresar emociones y sentimientos intensos son algunos ejemplos.

Factores que influyen en la salud mental

Son numerosos los factores que pueden influir en alguno de estos componentes e indicadores, y, por tanto, en la salud mental. A pesar de ser muchos, podemos clasificarlos en dos grandes grupos: *factores socioculturales y del entorno*, y *factores individuales* (tabla 2-1).

Tabla 2-1

Factores que afectan a la salud mental

Factores del entorno	Entorno sociocultural	Valores morales y religiosos Acceso a vivienda y servicios básicos, sociales y sanitarios Grupo social o étnico de pertenencia
	Entorno familiar	Patrones educativos y relacionales en el seno familiar Estabilidad laboral y económica
	Entorno estresante	Conflictos bélicos Terrorismo Catástrofes naturales
Factores individuales	Factores biológicos	Factores genéticos Problemas pre y perinatales Anomalías anatomofisiológicas Enfermedades físicas
	Factores psicológicos	Capacidad de adaptación y afrontamiento Autoconcepto Relaciones sociales y familiares satisfactorias Madurez emocional

Factores socioculturales y del entorno

Entre los factores socioculturales se encuentran la propia cultura y costumbres de la sociedad en las que se desarrolla y vive el individuo (p. ej., valores morales y religiosos), su estabilidad familiar, laboral y económica, los patrones educativos, el acceso a la vivienda y servicios sociales y sanitarios o la pertenencia a grupos sociales minoritarios que sufren discriminación y estigma social. Entre los factores del entorno también se incluyen aquellas situaciones que afectan al individuo y que son vividas como estresantes, como pueden ser conflictos bélicos, terrorismo o catástrofes naturales.

Factores individuales

En cuanto a los factores individuales, podemos clasificarlos en *factores biológicos*, como las influencias genéticas, los problemas pre y perinatales, las anomalías en la anatomía o fisiología neuronal o la presencia de otras enfermedades físicas, y *factores psicológicos*, como la capacidad de mantener relaciones sociales y familiares satisfactorias, el autoconcepto o el grado de desarrollo y madurez emocional.

Un factor psicológico individual clave para la salud mental es la capacidad de adaptación a situaciones de crisis o estresantes. A lo largo de la vida, todas las

personas se enfrentan a circunstancias que exigen un gran esfuerzo de adaptación, tanto física como emocional. A ellas responde cada persona de manera diferente, en función de sus experiencias previas, sus valores y cultura y de sus recursos mentales de adaptación. De este modo, una situación vivida por un individuo como sumamente estresante o dolorosa puede no serlo tanto para otro. Así, algunos autores consideran que los trastornos mentales aparecen por la combinación de factores que hacen que la persona esté predispuesta a sufrir dicho trastorno (genéticos, biológicos o de personalidad) con eventos vitales estresantes que desencadenan la enfermedad (duelos, estrés laboral, diagnósticos de enfermedades, etc.)⁶.

Enfermedad mental

Del mismo modo que no existe un consenso entre los profesionales y los investigadores sobre el concepto de salud mental, tampoco hay una definición generalmente aceptada de enfermedad o trastorno mental. Dada la gran cantidad de componentes individuales y ambientales implicados en la salud mental, sigue habiendo un importante debate abierto sobre lo que es un trastorno mental: ¿es una desventaja biológica, con o sin la presencia de lesión o disfunción fisiológica? ¿O, por el contrario, se trata de una desviación estadística de la conducta respecto de la población general o una desviación del conjunto de normas y creencias socialmente aceptadas en un lugar y momento determinados?

De hecho, hay autores que critican el uso del término trastorno mental, ya que implica una visión cartesiana en la que cuerpo y mente están separados⁷, aunque, como se indicó en el apartado anterior, es amplio el consenso sobre la interdependencia de las áreas física, mental y social en la salud de las personas³.

En cualquier caso, podría considerarse el trastorno mental como una «desviación de la normalidad» o una «anormalidad psíquica», encontrándose aquí el problema de bajo qué criterio definir la anormalidad. Un criterio puramente estadístico consideraría normal simplemente aquello que se da con más frecuencia, por lo que las conductas anormales serían las menos frecuentes en la población de referencia. También podría considerarse la anormalidad desde un criterio subjetivo, en el que es el propio sujeto el que evalúa su estado y su situación, siendo él mismo el que detecta su propia anomalía, con el problema que esto causa en los casos en los que no hay conciencia de enfermedad. El criterio social consideraría anormal toda conducta o comportamiento que se aleje de las creencias y conductas socialmente aceptadas en la población de referencia. Un criterio biomédico explicaría la anormalidad como la presencia de una lesión o disfunción en el sistema nervioso central. En cualquier caso, cada uno de estos criterios, u otros que pudieran considerarse, resultan por sí solos insuficientes para definir lo que es un trastorno mental, si bien pueden ser entendidos de manera complementaria a la hora de explicar los mismos. En el apartado siguiente

profundizamos en los diferentes modelos explicativos que desde la psicología y la psiquiatría se han descrito para explicar la etiología de los trastornos mentales.

Desde un punto de vista más institucional, la OMS⁸ define el trastorno mental como la «presencia de un comportamiento o grupo de comportamientos que, en la mayoría de los casos, se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo». Por su parte, la American Psychiatric Association⁹ se refiere a trastorno mental como «un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación de la emoción, o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo». Como puede observarse, estas definiciones ponen el acento en el malestar generado por el trastorno y en la afectación que éste tiene en la funcionalidad global del individuo que lo padece, de manera congruente con la visión holística de la persona que parte de la definición de salud de la OMS¹.

Modelos en psicología y psiquiatría. Etiología de la enfermedad mental

Actualmente, no existe un solo modelo o perspectiva teórica que explique la etiología de todos los trastornos mentales y sirva de base para las intervenciones terapéuticas. A continuación, describimos los modelos teóricos más importantes en el ámbito de la psiquiatría, desde una perspectiva etiológica de los trastornos mentales y de las terapias que desde ellos se plantean ([tabla 2-2](#)).

Tabla 2-2

Etiología y tratamientos de los trastornos mentales según modelos en psicología y psiquiatría

Modelo	Etiología	Tratamientos
Biologicista	Lesión o disfunción a nivel del SNC	Químicos (fármacos) o físicos (terapia electroconvulsiva)
Psicoanálisis	Desequilibrio entre satisfacción de necesidades e instintos (ello) y restricciones del contexto sociocultural (superyó)	Psicoterapia psicoanalítica
Conductual	Respuestas desadaptativas a estímulos ambientales	Refuerzos, desensibilización sistemática, modelado
Cognitiva	Presencia de pensamientos irracionales	Terapia de Beck; terapia racional-emotiva
Sistémica familiar	Sistema familiar disfuncional	Terapia familiar
Social	Desviación respecto de las normas sociales	Servicios comunitarios. Promoción de la salud y prevención en todos los niveles
Integrador	Multicausal. Conjunto de factores predisponentes y precipitantes	Combinación de terapias en función del trastorno, la persona y el contexto

Modelo biologicista

El modelo biologicista, también denominado modelo biomédico, es el más utilizado en la medicina actual en todas sus ramas. Según este modelo, en toda enfermedad subyace una lesión o disfunción en algún punto del organismo. En el caso de los trastornos mentales, dichas lesiones o disfunciones se situarían a nivel del sistema nervioso central (SNC). Desde esta perspectiva, se busca la curación de los trastornos a través de la corrección de la causa neuropatológica del trastorno, una vez determinada dicha causa¹⁰.

El modelo biologicista resulta útil en el tratamiento de trastornos mentales debidos a enfermedad médica (traumatismos o tumores que afectan al SNC, etc.). Además, existe diversa literatura que apunta a la relación entre la concentración de neurotransmisores, factores inmunológicos y endocrinos^{11,12} o factores genéticos^{13,14} y el diagnóstico de algunos trastornos, especialmente psicóticos y del estado de ánimo. De hecho, estos trastornos responden bien a los tratamientos químicos y físicos, como los psicofármacos o la terapia electroconvulsiva (TEC)¹⁵.

Modelo psicodinámico o psicoanálisis

La perspectiva psicoanalítica de los trastornos mentales fue introducida por los trabajos de Sigmund Freud y sus seguidores, y constituyó el primer modelo integrado que incluía el desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el cambio terapéutico. Parte del supuesto de que toda conducta humana es causal (no casual), tiene significado y responde a acontecimientos vitales previos. Por tanto, toda conducta humana puede ser explicada¹⁶. Así, el psicoanálisis permite al terapeuta y a su paciente explorar dichos acontecimientos vitales para «hacer consciente lo inconsciente», siendo éste inconsciente el que determina finalmente las conductas.

Según Freud, el inconsciente siempre está sexualmente motivado, de modo que toda conducta humana está influida, desde el nacimiento hasta la vejez, por la *libido*, una energía relacionada con impulsos fisiológicos e instintivos (p. ej., hambre, sed, sexo), cuyo objetivo es reducir la tensión a través de la consecución del placer. Sin embargo, el ser humano es capaz de canalizar estos impulsos de manera creativa de modo que la gratificación llega a través de formas sustitutivas, o disfrazadas, de dar respuesta a la libido, llegando así la persona a la maduración.

De este modo, Freud describe la estructura psíquica del ser humano en tres planos. En el plano inferior se sitúan los instintos inconscientes relacionados con la libido, el *ello*, que busca una gratificación inmediata en respuesta a los instintos. En el plano superior se sitúa el *superyó*, referido a los valores y normas sociales aprendidas e interiorizadas según el contexto histórico-social de la persona, es decir, a los límites social y moralmente aceptados que la persona debe cumplir. Y entre ambos planos está el *yo* observador, donde se encuentra el mundo consciente de la persona, lo que siente, lo que percibe y lo que vive. La función del yo es mantener el equilibrio entre la satisfacción de las necesidades e instintos (ello) y las restricciones que marcan el contexto social y cultural (superyó).

Cuando dicho equilibrio se desestabiliza es cuando se produce la sintomatología de los trastornos mentales, fruto de mecanismos de defensa que el yo utiliza para disminuir la ansiedad por no poder mantener el equilibrio entre el ello y el superyó. Estos mecanismos de defensa son la represión, la negación, la racionalización, la regresión, la formación de reacción, el abatimiento, la proyección, el desplazamiento, la fijación, el aislamiento y la sublimación¹⁷.

El tratamiento de los trastornos mentales que se propone desde esta perspectiva es la psicoterapia psicoanalítica¹⁸, en la que el terapeuta interpreta la biografía de la persona e intenta describir el inconsciente a través de los mecanismos de defensa en juego, para después promover el cambio. Este tipo de terapia se sigue utilizando sola, o en combinación con otras terapias, en el tratamiento de diversos trastornos^{19,20}.

Modelo conductual

El conductismo parte de los trabajos de Watson y otros autores que, basándose en los trabajos sobre el condicionamiento de Paulov (condicionamiento clásico), publicaron numerosos trabajos en los que aplicaban los principios del condicionamiento a los trastornos mentales, considerando que lo únicamente medible, y por tanto evaluable, es la conducta manifiesta y observable, de manera que Watson rechaza la mente y los procesos intrapsíquicos por inobservables y superfluos²¹.

Skinner²² y otros neoconductistas describen, en la segunda mitad del siglo xx, la conducta humana en términos de estímulo-respuesta, de modo que toda conducta es una respuesta a un estímulo (refuerzo) o conjunto de estímulos ambientales (condicionamiento operante). De este modo, el modelo conductista explica la personalidad como un patrón de respuestas a los estímulos ambientales, con conductas adaptativas y desadaptativas que son aprendidas y mantenidas gracias a los refuerzos, de manera que la conducta está controlada por sus consecuencias. Del mismo modo, mediante los refuerzos adecuados a conductas desadaptativas ante estímulos concretos, es posible que la persona sustituya las conductas desadaptativas por conductas de adaptación²³.

Las terapias basadas en las teorías conductistas son diversas, como la utilización directa de refuerzos, la desensibilización sistemática o el modelado, entre otras. Estas y otras terapias cognitivas han mostrado ser útiles en el tratamiento de problemas de ansiedad²⁴, del estado de ánimo²⁵, o en terapias familiares²⁶ y de pareja²⁷.

Modelo cognitivo

Las cogniciones son las representaciones internas, ideas y razonamientos, en definitiva, las estructuraciones de los procesos de pensamiento. El cognitivismo, iniciado por Piaget a mediados del siglo xx, sostiene que si bien las cogniciones no son observables, tanto la conducta observable como las emociones se ven influenciadas por las cogniciones. Así, las conductas problema aparecerán cuando existan pensamientos irracionales, y el objetivo del tratamiento cognitivo sería eliminar o reducir dichos pensamientos irracionales que desencadenan la sintomatología manifiesta. Al desaparecer los pensamientos irracionales y ser sustituidos por pensamientos racionales, la conducta problema desaparecerá²⁸.

Algunas de las terapias cognitivas más extendidas son la terapia de Beck, centrada en los pensamientos automáticos, o la terapia racional-emotiva, centrada en las creencias irracionales. Las terapias cognitivas han sido utilizadas con cierto éxito en multitud de trastornos mentales, incluidos los psicóticos, los trastornos del estado de ánimo, los de ansiedad o los trastornos por abuso de sustancias^{29,30}.

Terapias cognitivo-conductuales (TCC): tanto el enfoque cognitivo como el

conductual parten de la suposición de que las conductas desadaptativas son la consecuencia de un aprendizaje anterior²⁸. Así, las TCC se han convertido en las últimas décadas en una de las terapias más utilizadas en prácticamente todos los grupos de trastornos mentales. Estas terapias combinan técnicas cognitivas, dirigidas a disminuir las emociones disfuncionales modificando los patrones de evaluación y pensamiento del individuo, con técnicas conductuales, dirigidas a disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento.

A pesar del extendido uso de las TCC en la clínica y de la gran cantidad de literatura científica que ha generado en los últimos años, revisiones recientes de dicha literatura muestran que en trastornos como la esquizofrenia o la depresión en fase aguda, las TCC no evidencian una efectividad significativamente mayor que otros enfoques terapéuticos^{31,32}.

Modelo sistémico familiar

Desde la perspectiva sistémica, un sistema es un conjunto de elementos en relación dinámica entre sí, cuya totalidad genera unas propiedades que van más allá de las propiedades de sus elementos por separado³³, y que se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación y relaciones de interdependencia. Así, la unidad de análisis y de intervención (terapia familiar) es la familia entendida como sistema, y el trastorno o patología no nace de un conflicto individual, sino como una «patología de la relación», partiendo del principio de que toda conducta es comunicación³⁴. Toman desde esta perspectiva especial relevancia las diferentes etapas del ciclo vital familiar, en las que la familia y sus componentes se enfrentan a situaciones estresantes que deben ser abordadas por las enfermeras (tabla 2-3).

Tabla 2-3**Etapas del ciclo vital familiar y posibles problemas asociados**

Etapa	Cambios en el sistema familiar	Posibles problemas
Formar una pareja	Acordar roles y metas, reordenar relaciones (amigos y familia extensa), negociar la intimidad	Problemas sexuales, infertilidad. Problemas psicossomáticos (dolor de cabeza o espalda)
Maternidad/paternidad	Ajustar el sistema familiar al nuevo miembro, renegociar los roles, restricción de la vida social, reordenar relaciones con los abuelos	Bajo estado de ánimo, problemas de sueño y alimentación, tensión en el sistema familiar, separaciones
Crianza	Conciliación familiar-laboral, proceso de separación hijos-padres, promover la diferenciación del subsistema de hermanos	Problemas de conducta en los niños, tanto en el hogar como en el colegio, dificultades para establecer límites, problemas de comunicación parental. Aparecen dolores de cabeza o espalda de origen psicossomático, y problemas de sueño y descanso
Adolescencia	Equilibrio entre control parental e independencia, fomento de la experimentación y apertura al mundo	Problemas de conducta del adolescente: rechazo a la escuela, salir hasta tarde y escaparse, ausencias sin permiso. Pueden aparecer trastornos alimenticios o problemas sexuales en los adolescentes, y problemas de comunicación y de rol en los padres.
Independencia de los hijos	Independencia y formación de nuevo sistema familiar del hijo. «Nido vacío» de los padres, tienen que reinventar su relación. Cambios en las relaciones padres-hijos	Pueden aparecer desacuerdos en la pareja y dificultades para reestructurar su propia relación. El hijo que se independiza sufre el estrés de la separación y puede establecer relaciones inapropiadas con conductas desadaptadas. Pueden aparecer problemas psicóticos en la persona joven
Vejez	Enfrentamiento con la enfermedad y muerte propia (en el caso de los mayores) y de los padres (en el caso de los jóvenes). Adaptación a la viudedad. Pérdida de trabajo y vida productiva. Pérdida de amigos. Crianza de nietos	Soledad, depresión, duelos prolongados, enfermedad física, demencia

Adaptado de Cibanal-Juan L. *Introducción a la sistémica y terapia familiar*³⁴.

Según este modelo, un síntoma psiquiátrico o respuesta desadaptativa de cualquier miembro de la familia en un momento determinado es visto como expresión de un sistema familiar disfuncional, y la terapia familiar trata de modificar la relación patogénica entre los miembros de la familia facilitando nuevas formas de relación³⁴, de la misma manera que ha demostrado ser efectiva a corto plazo en el tratamiento de la anorexia nerviosa³⁵. También ha sido utilizada para otros trastornos como la depresión o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, aunque las evidencias de su efectividad son escasas^{36,37}.

Modelo social

Al igual que el modelo sistémico, el modelo social no toma como unidad de análisis al individuo, sino que éste forma parte de algo más amplio. Según este modelo, el marco social es el que marca el desarrollo de la autoconciencia y el autoconcepto a través de las relaciones con personas significativas³⁸ y la identificación y asimilación de las normas sociales de su entorno, de modo que las condiciones sociales se convierten en las responsables del comportamiento desviado. Pero, además, la desviación se define en función de las normas sociales, de manera que un individuo puede ser etiquetado como enfermo mental si su

conducta no está dentro de los límites socialmente aceptables³⁸.

Desde esta perspectiva surgió la antipsiquiatría, liderada por el psiquiatra Thomas Szasz, que pone en cuestión el concepto de enfermedad mental, ya que lo que puede ser normal en un contexto social puede ser infrecuente o transgresor en otro diferente, de manera que la etiqueta de «enfermo mental» no sería, según Szasz, más que una herramienta para identificar y tener controlados (mediante internamiento en centros, medicación o cualquier otro medio) a individuos socialmente «indeseables»³⁹. En sus trabajos, Szasz afirma que las personas son responsables de su propio comportamiento y tienen control sobre si responden o no a las expectativas sociales. De hecho, considera que los etiquetados como enfermos mentales son corresponsables de su proceso de etiquetado, al permitir que ocurra, y considera también que tienen libertad tanto para definir su propio problema como para aceptar o rechazar la ayuda de un terapeuta.

También desde la perspectiva social se sitúa el movimiento comunitario de salud mental, que surgió en la segunda mitad del siglo xx, en paralelo a la antipsiquiatría, a partir de los trabajos de Caplan⁴⁰ sobre la prevención primaria. Este movimiento defiende que la atención en salud mental debe estar al alcance de cualquier ciudadano sano o enfermo en el entorno comunitario, y entiende que el profesional de la salud es un agente de cambio social desde su consulta o centro. Fue este movimiento el que impulsó en las últimas décadas del pasado siglo los procesos de reforma de la atención al enfermo mental y de su desinstitucionalización⁴¹.

Modelo integrador

La definición de salud de la OMS¹ introdujo la visión integradora del proceso salud-enfermedad al hablar de bienestar físico, psicológico y social. Así, para explicar la enfermedad y organizar la asistencia a las personas enfermas, es preciso tener en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales.

El modelo integrador de psicoterapia reúne aportaciones teóricas y prácticas de diferentes escuelas para ofrecer al paciente aquella intervención que mejor se adapte a sus necesidades²⁸. Pero más allá de la psicoterapia, se puede hablar de modelo integrador en un sentido más amplio, ya que hoy en día es ampliamente aceptada la idea, entre los profesionales de la salud, de que en la aparición de trastornos mentales influyen factores predisponentes (predisposición genética, por ejemplo) y precipitantes (eventos traumáticos para la persona) que, como se ha dicho antes, son de tipo biológico, psicológico y social. De hecho, existe evidencia de que los tratamientos combinados (fármacos o tratamientos biológicos combinados con psicoterapia) son beneficiosos para diferentes trastornos⁴².

Epidemiología de la enfermedad mental

La epidemiología permite determinar la distribución de los trastornos mentales en la población y estudiar los factores que influyen en dicha distribución, y ha tenido un papel importantísimo en el desarrollo de las diferentes clasificaciones y definiciones para estos trastornos, ya que han sido los estudios epidemiológicos los que han permitido conocer la forma en que puede presentarse un trastorno y cuál es su curso clínico, identificar posibles determinantes etiológicos y aplicar datos poblacionales para evaluar el riesgo individual de enfermar en cada sujeto, y efectuar proyecciones sobre el futuro de la incidencia de ellos, lo que permite una mejor planificación de los servicios y de las intervenciones de promoción y de prevención. De hecho, el manual de la American Psychiatric Association se denomina *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁹, ya que son los datos estadísticos y epidemiológicos los que determinan las características definitorias de cada trastorno.

Incidencia y prevalencia de los trastornos mentales

La complejidad ya comentada de la definición de trastorno o enfermedad mental, y la diversidad de métodos históricamente utilizados para evaluar prevalencia, han dificultado el estudio epidemiológico en el ámbito de la psiquiatría. En las últimas décadas han sido muchos los estudios de prevalencia que se han realizado en todo el mundo en diferentes grupos de población. Sin embargo, la diversidad de métodos y clasificaciones antes comentada ha hecho que sea muy difícil la comparación de los resultados de estos estudios^{43,44}.

A pesar de ello, un reciente estudio metaanalítico, realizado sobre 174 estudios de prevalencia de 63 países de todo el mundo⁴⁴, pone de manifiesto que una de cada cinco personas sufrió un trastorno mental en el último año, y que casi un tercio de la población mundial sufrirá uno a lo largo de sus vidas. También, según este estudio, los trastornos más prevalentes son los del estado de ánimo y de ansiedad entre las mujeres, y los relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias en hombres, siendo los trastornos mentales más comunes en mujeres, en personas que viven solas y en las que sufren alguna enfermedad crónica o discapacidad.

En Europa, el estudio ESEMeD, realizado en seis países europeos⁴³, muestra en la misma línea que los trastornos más comunes en la población europea son la depresión mayor, la fobia específica, el abuso del alcohol y la distimia. En este estudio, aproximadamente el 10% de la muestra informó haber padecido un trastorno mental en el último año, y la prevalencia también mostró ser mayor entre mujeres que entre hombres. Además, los resultados muestran que la prevalencia de trastornos mentales disminuye con la edad, y es mayor entre las personas viudas o separadas, las que viven solas o sin pareja, las desempleadas y

las que padecen alguna discapacidad o enfermedad. A mayor nivel académico aumenta la prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol, y disminuye la de los trastornos del estado de ánimo. ESEMeD muestra también que las prevalencias de los trastornos mentales en los países mediterráneos son inferiores a las de los países del norte de Europa⁴⁵.

En España, los datos extraídos del estudio ESEMeD muestran, en línea con los datos mundiales y europeos, que los trastornos mentales son frecuentes, de manera que una de cada cinco personas de la muestra española presentó uno a lo largo de su vida, siendo los más habituales el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso del alcohol. Sin embargo, la prevalencia en España es algo más baja que en otros países occidentales, siendo el 8,5% de los entrevistados los que presentaron algún trastorno mental en el último año⁴⁵. Como en los datos europeos y en el metaanálisis de datos mundiales, este estudio mostró que las mujeres sufren trastornos mentales con mayor frecuencia que los hombres, así como las personas que viven solas y las personas que viven en las grandes ciudades.

Como puede observarse, los datos son bastante consistentes en cuanto a los grupos de población en los que se da una mayor prevalencia de estos trastornos: mujeres, personas solteras, separadas o viudas, las que viven en entornos urbanos y las que padecen algún tipo de enfermedad crónica o discapacidad; y en cuanto a los trastornos más prevalentes: trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de alcohol y sustancias. La identificación precoz de personas que sufren o que están en riesgo de sufrir un trastorno mental es una labor importante que las enfermeras, de servicios de salud mental o de cualquier otro ámbito, deben realizar de manera sistemática con el fin de iniciar tratamientos e intervenciones de prevención de forma temprana.

Incidencia y prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia

Diversos estudios han mostrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos entre la población infantil y adolescente. Según éstos, entre el 7 y el 25% de los menores pueden sufrir un trastorno mental, y casi la mitad de ellos llegan a sufrir graves desajustes en sus vidas como consecuencia de ellos^{46,47}. Entre los 5 y 10 años la prevalencia de estos trastornos se sitúa entorno al 10% para niños y al 6% para niñas, y entre los 11 y 15 años en el 13 y el 10%, respectivamente⁴⁸.

Impacto social y sanitario de los trastornos mentales

Los trastornos mentales tienen un importante impacto sobre las personas que los

padecen y sus familias, tanto en la morbilidad asociada a ellos como en la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud. De hecho, existen datos que apuntan a que los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de bajas por enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer⁴⁹. Sólo el trastorno depresivo mayor explica el 6% del gasto causado por todas las enfermedades, siendo superado sólo por la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares⁵⁰.

El impacto de los trastornos mentales sobre el uso de servicios sociales y de salud y sobre el sistema familiar de apoyo es también elevado. En cuanto al uso de servicios, se calcula que uno de cada cinco usuarios de atención primaria de salud padece algún tipo de trastorno mental. Desde la perspectiva de la familia, cuatro de cada diez familias dedica al cuidado de este enfermo más de 8 horas al día, y más del 60% de ellas lo lleva haciendo más de 8 años, abandonando relaciones sociales, actividades laborales y de ocio⁵¹.

Desde el punto de vista económico, se estima que el coste asociado a los trastornos mentales supone un total del 3 al 4% del PIB en el conjunto de la Unión Europea, superando los 182.000 millones de euros anuales. El 46% de ellos corresponderían a gastos sociales y sanitarios directos, y el resto a gastos indirectos producidos por la pérdida de productividad laboral (incapacidad temporal e invalidez permanente)⁵².

Promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son funciones esenciales que deben desarrollar las enfermeras en su práctica profesional. Dado el carácter holístico de los conceptos de salud y de salud mental no sólo enfermeras especialistas en salud mental contribuyen a la promoción y a la prevención en esta área, sino que todas las enfermeras lo hacen en su trabajo con las personas, las familias y las comunidades. Por ejemplo, las matronas que favorecen el vínculo emocional madre-hijo a través de la lactancia materna, las enfermeras comunitarias que acompañan a los enfermos crónicos en su adaptación a la cronicidad y a su enfermedad, o las enfermeras de cuidados paliativos que acompañan a la familia del paciente en el fin de la vida en el proceso de duelo, están promocionando la salud mental y previniendo la aparición de trastornos mentales de los que estas circunstancias pueden ser precipitantes.

Aunque las enfermeras desarrollan su labor profesional en entornos muy diversos, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen características comunes, basadas en la colaboración y en la planificación, implementación y evaluación de programas.

Como ya se ha dicho, el estrés que generan las circunstancias del entorno y la capacidad de adaptarse a los cambios y exigencias de dicho entorno son factores determinantes en la salud mental. Por ello, algunos de los principales modelos de promoción de la salud se centran en desarrollar el potencial de las personas para manejarla y controlarla, es decir, para su autocuidado⁵³. La mayoría de los modelos de promoción de la salud incluyen³:

- El estudio de las necesidades, recursos, prioridades, historia y estructura de una comunidad en colaboración con la propia comunidad, «haciendo con» en vez de «haciendo para».
- La elaboración de un plan de acción, implementación y monitorización de las acciones y proceso de cambio, satisfaciendo las demandas de la comunidad de manera flexible y fluida ante circunstancias cambiantes, a través de la vigilancia constante y la reflexión sobre la práctica.
- El énfasis en la evaluación y la difusión de las mejores prácticas para mejorar la calidad, tomando especial importancia la investigación y la experiencia basada en la evidencia.

Siguiendo estos elementos, la enfermera aplica el proceso de atención de enfermería (tabla 2-4) para desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En la *valoración* (fase 1) se deben identificar los factores estresantes que pueden producir respuestas de adaptación inadaptadas en los individuos, así como grupos de población de riesgo. Durante la *planificación* (fase 2) se elaboran las estrategias y se planifican las intervenciones de promoción

de la salud y prevención de la enfermedad específicas, identificando las estructuras organizativas e instituciones a través de las que se pueden desarrollar dichas estrategias. Según Caplan⁴⁰, se deben planificar intervenciones de prevención a tres niveles:

1. *Prevención primaria*: el objetivo de las intervenciones a este nivel es la reducción de la incidencia de las enfermedades, es decir, prevenir su aparición. Por tanto, las intervenciones para la prevención están destinadas sobre todo a la reducción de los factores de riesgo. Por ejemplo, reducir la conflictividad y la violencia en una comunidad determinada disminuye la exposición a factores de riesgo para sufrir estrés postraumático, como ser víctima de un crimen o sufrir una violación.
2. *Prevención secundaria*: el objetivo es disminuir la prevalencia o la gravedad de un trastorno a través de la detección precoz y el tratamiento inmediato. Por ejemplo, la detección precoz de los casos de depresión y el inicio temprano de las medidas terapéuticas disminuyen el riesgo de suicidio y el tiempo de enfermedad.
3. *Prevención terciaria*: la finalidad es disminuir la gravedad de un trastorno ya existente y la incapacidad asociada a él a través de actividades de rehabilitación. La educación a pacientes y familias sobre manejo de medicación, autocuidados o actividades de la vida diaria, desarrolladas en asociaciones y centros de rehabilitación e inserción social (CRIS), son ejemplos de intervenciones en este nivel.

Tabla 2-4**Proceso de atención de enfermería en la promoción de la salud mental en la prevención de la enfermedad**

Etapa del proceso	Actividades
Valoración	• Estudio de las necesidades, recursos, prioridades, historia y estructura de la comunidad • Identificación de factores estresantes y grupos de riesgo • En colaboración con la comunidad
Planificación	• Elaboración del plan de acción y monitorización • Planificación de las intervenciones específicas • Identificación de las estructuras organizativas disponibles para la implementación • Planificación a tres niveles: • Prevención primaria: intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de enfermedades, reduciendo los factores de riesgo • Prevención secundaria: intervenciones dirigidas a disminuir la prevalencia y gravedad. Detección precoz e inicio temprano del tratamiento • Prevención terciaria: disminuir la gravedad de un trastorno y la incapacidad asociada
Ejecución	Aplicación de las intervenciones planificadas. Según la población diana, las intervenciones pueden ser: • Universales: dirigidas a población general sin tener en cuenta factores de riesgo • Selectivas: dirigidas a grupos y personas con alto riesgo identificado • Indicadas: dirigidas a personas de alto riesgo con síntomas de inicio de la enfermedad o con marcadores biológicos de padecerla
Evaluación	• Determinación de la eficacia de las intervenciones • Comunicación y diseminación de los resultados • Comparación con resultados de otros programas

En la fase de *ejecución* (fase 3) se aplican las intervenciones planificadas, dirigidas principalmente a mejorar la capacidad de adaptación eficaz a las situaciones estresantes identificadas en la valoración. Según la población diana a la que vayan dirigidas las intervenciones que se planifiquen, estas pueden ser⁵⁴:

1. *Universales*: dirigidas a la población general, sin tener en cuenta factores de riesgo. Son intervenciones que fomentan el funcionamiento mental sano en el individuo como, por ejemplo, la educación parental a todas las parejas con hijos recientes.
2. *Selectivas*: dirigidas a personas o grupos con riesgo alto identificado de desarrollar un trastorno mental. Son intervenciones destinadas a facilitar la respuesta de adaptación eficaz en situaciones concretas como, por ejemplo, las intervenciones dirigidas a fomentar el duelo sano y prevenir los trastornos depresivos en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido.
3. *Indicadas*: dirigidas a personas de alto riesgo que presentan síntomas de inicio de la enfermedad o marcadores biológicos de predisposición a ella como, por ejemplo, las actividades con grupos de adolescentes con problemas de conducta y algún progenitor con trastorno psicótico.

Finalmente, la *evaluación* (fase 4) permite determinar la eficacia de las intervenciones a través de la objetivación de resultados a corto, medio y largo

plazo. La comunicación y diseminación de resultados es esencial, ya que permite comparar la eficacia de diferentes estrategias llevadas a cabo en diversos contextos, poniendo a disposición de los profesionales una información de gran valor a la hora de volver a planificar nuevos trabajos.

Bibliografía

1. World Health Organization. Constitution. Chronicle of the WHO 1947;1:1-29.
2. Menninger KA. *The Human Mind*. 3rd ed. New York: Alfred A. Knopf; 1945.
3. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
4. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002;43(21):207–222.
5. Keyes CLM, Waterman MB. Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In: Bornstein MH, Davidson L, Keyes CLM, Moore KA, eds. *Well-being: Positive development across the life course. Crosscurrents in contemporary psychology*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2003:477–497.
6. Stuart GW, Laraia MT. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9 ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2008.
7. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KWM, Sadler JZ, Kendler KS. *What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V*. *Psychol Med* 2010;40(11):1759-1765.
8. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Versión multiaxial para adultos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
9. American Psychiatric Association. (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Hales RE, Yudofsky SC. *Tratado de psiquiatría clínica*. 4.^a ed. Barcelona: Masson; 2004.
11. Leonard BE. Impact of inflammation on neurotransmitter changes in major depression: An insight into the action of antidepressants. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014;48:261–267.
12. Arisi, G.W. Nervous and immune systems signals and connections: Cytokines in hippocampus physiology and pathology. *Epilepsy Behav*; 2014.
13. Williams NM, Glaser B, Norton N, Williams H, Pierce T, Moskvina V, et al. Strong evidence that GNB1L is associated with schizophrenia. *Hum Mol Genet*. 2008;17(4):555–566.
14. Erk S, Meyer-Lindenberg A, Linden D, Lancaster T, Mohnke S, Grimm O, et al. *Replication of brain function effects of a genome-wide supported psychiatric risk variant in the CACNA1C gene and new multi-locus effects*. *Neuroimage*; 2014.
15. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia.

- Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4).
16. Rober DN. *Three views of man: perspectives from Sigmund Freud, Skinner BF, and Carl Rogers.* Monterey, Calif: Brooks/Cole Pub. Co.; 1975.
 17. Minauf M. Psychoanalytical Aspects Regarding Etiology and Understanding of Schizophrenic Psychoses. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2005;73:78–83.
 18. Abramson R. Psychotherapy of psychoses: some principles for practice in the real world. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2010;38(3):483–502.
 19. Reck C, Mundt C. Psychodynamic therapy methods in depressive disorders: pathogenesis models and empirical basis. *Nervenarzt.* 2002;73(7): 613–+.
 20. Steggle GR. The process of recovery of a schizoaffectively disordered mind: a psychoanalytic theory of the functional psychoses, the psychodynamic pentapointed cognitive construct theory. *BMJ Case Rep.* 2012;24.
 21. Yela M. The evolution of behaviorism. *Psicothema.* 1996;8:165–186.
 22. Skinner BF. *Sobre el conductismo.* Barcelona: Planeta de Agostini; 1994.
 23. Hilgard E, Bower G. *Teorías del aprendizaje.* México: Trillas; 1983.
 24. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract.* 2013;20(3):264–281.
 25. Thomas SA, Walker MF, Macniven JA, Haworth H, Lincoln NB. Communication and Low Mood (CALM): a randomized controlled trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. *Clin Rehabil.* 2013;27(5):398–408.
 26. Yu J, Roberts M, Shen Y, Wong M. Behavioral family therapy for Chinese preschoolers with disruptive behavior: A pilot study. *J Child Fam Stud.* 2014.
 27. Benson LA, Sevier M, Christensen A. The Impact of Behavioral Couple Therapy on Attachment in Distressed Couples. *J Marital Fam Ther.* 2013;39(4):407–420.
 28. Fornés-Vives J, Gómez-Salgado J. *Evolución histórica y modelos conceptuales en salud mental y psiquiatría.* Madrid: FUDEN; 2007.
 29. Jackson H, McGorry P, Hulbert C, Henry L, Francey S, Maude D, et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE): Preliminary results. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;172(33):93–100.
 30. Leahy RL. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice.* New York, NY, US: Guilford Press; 2004.
 31. Hunot V, Moore THM, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, et al. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;

- (10).
32. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irvine CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(4).
 33. Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE; 2009.
 34. Cibanal-Juan L. *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Editorial Club Universitario; 2006.
 35. Fisher C, Hetrick S, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4).
 36. Henken T, Huibers MJH, Churchill R, Restifo KK, Rodlofs J. Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3).
 37. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2).
 38. Morrison-Valfre M. *Foundations of Mental Health Nursing*. 5 ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2013.
 39. Szasz T. *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row Inc.; 1961.
 40. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books; 1964.
 41. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(5):427–436.
 42. Furukawa TA, Wakanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1).
 43. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109 (Suppl. 420):21-27.
 44. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014: Epub 19 Marzo 2014.
 45. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445–451.
 46. Weller WE, Minkovitz CS, Anderson GF. Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs. *Pediatrics*. 2003;112(1):593–603.
 47. Juszczak L, Melinkovich P, Kaplan D. Use of Health and mental Health services by adolescents across multiple delivery sites. *J Adolesc Health*. 2003;32(Suppl 6):108–118.
 48. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental Health of children

- and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1-2):185–187.
49. Andlin-Sobocki P, Rossler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2005;12(Suppl 1):74–77.
 50. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol*. 2003;10(5):471–477.
 51. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655–679.
 52. Hu TW. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(1):3–13.
 53. Tones K, Tilford S. *Promoción de la salud: efectividad, eficiencia y equidad*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.; 2001.
 54. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention Research*. Washington DC: National Academy Press; 1994.

CAPÍTULO 3

El proceso de atención de enfermería en salud mental

Juan Diego Ramos-Pichardo

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Principales modelos de enfermería en salud mental 22

Modelo del sistema conductual de Johnson 22

Modelo de sistemas de Betty Neuman 24

Modelo de adaptación de Callista Roy 24

Teoría general del autocuidado de Dorothea Orem 25

Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegarde Peplau 25

Aplicación del proceso de atención de enfermería en los cuidados de enfermería en psiquiatría y salud mental 25

Valoración 26

Datos de filiación e identificación 26

Motivo de consulta y episodio actual 26

Antecedentes personales: médicos y psiquiátricos 27

Personalidad premórbida 27

Historia personal y situación biográfica actual 27

Antecedentes familiares 27

Exploración física 27

Exploración del estado mental 28

Diagnóstico 29

Planificación 30

Ejecución 30

Evaluación 30

El proceso de atención de enfermería puede describirse como la aplicación del método científico para la administración de cuidados de enfermería¹. Ésta, como profesión científica, se basa en un amplio marco teórico, de manera que el proceso de su atención permite la aplicación de dicho marco teórico a la práctica del cuidado².

Principales modelos de enfermería en salud mental

La práctica profesional de la enfermería requiere un método sistemático centrado en el paciente y en las diferentes perspectivas teóricas de la profesión. Las teorías y modelos de práctica profesional guían el pensamiento y la acción en sus actividades de cuidado³.

Todos ellos tienen en común la visión global de la profesión que ofrece el metaparadigma enfermero, que describe los conceptos centrales para la práctica profesional y las relaciones entre ellos⁴. Estos conceptos y su estructura de relaciones constituyen el punto de partida de toda teoría, y, por tanto, de la práctica profesional.

Los conceptos básicos del metaparadigma enfermero son: persona, salud, entorno y enfermería (fig. 3-1)⁵. La *persona* enferma o sana como objeto de cuidados es quien recibe la atención profesional de la enfermera. Por tanto, el concepto de persona incluye al individuo, a la familia y a la comunidad. La *salud* es un concepto de una gran carga subjetiva, a pesar de las definiciones formales que diversos organismos como la OMS han proporcionado⁶. Se trata de un concepto dinámico que evoluciona constantemente a lo largo de la vida de la persona, y suele estar asociado a otros constructos como bienestar, enfermedad o discapacidad. El *entorno* se refiere a todas las posibles circunstancias, externas o internas, que afectan tanto a la persona como a la institución en la que se prestan los cuidados. Se trata de condiciones que afectan a la salud de las personas y al propio proceso de cuidados de salud. Y por último, la *enfermería* como la profesión que realiza actividades de cuidado de la salud a través del pensamiento crítico e integrando conocimientos, experiencias y actitudes.

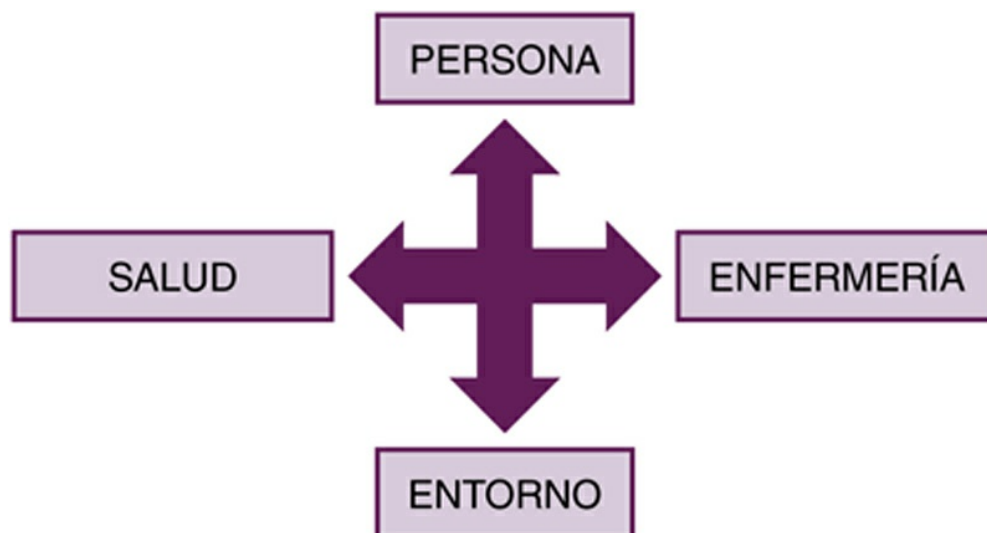


FIGURA 3-1 Metaparadigma enfermero.

Estos conceptos, que conforman el metaparadigma enfermero, son la base sobre la que se sustentan las diferentes teorías de enfermería ([tabla 3-1](#)). A continuación, se describen los modelos de enfermería más usados en el ámbito de la salud mental⁷.

Tabla 3-1**Conceptualización de los elementos del metaparadigma enfermero según los modelos descritos**

Modelo	Persona	Entorno	Salud	Enfermería
Johnson	Sistema conductual con patrones de actuación. Intenta constantemente la adaptación al entorno	Todos los factores que no forman parte del sistema conductual de la persona que influyen en él a través de una interacción constante	Equilibrio y estabilidad entre el sistema conductual de la persona y el entorno. Es un estado dinámico	Fuerza reguladora externa que promueve la reducción del estrés y la tensión favoreciendo el equilibrio
Neuman	Sistema abierto compuesto por un núcleo y círculos concéntricos o líneas de defensa. Sistema dinámico que intercambia energía y materia con el entorno y busca el equilibrio	Todos los factores internos o externos que interaccionan con la persona. Pueden alterar la estabilidad de ésta	Movimiento continuo del bienestar a la enfermedad y viceversa. Es dinámica y sujeta al cambio constante	Actúa a varios niveles para identificar factores estresantes que afectan a la persona-sistema y le ayuda a controlar las respuestas que da a los estresantes
Roy	Sistema abierto, complejo y vivo, con mecanismos internos de adaptación	Conjunto de condiciones y circunstancias que actúan de estímulo a la persona-sistema y que provocan una respuesta en éste con el fin de adaptarse	Forma una dimensión inevitable y coexistente con la enfermedad. Es un continuo dinámico que va desde el máximo estado de bienestar hasta la muerte	Se centra en la mejora de la capacidad de adaptación de la persona mediante la transformación del entorno y la mejora de la interacción entre la persona y éste
Orem	Ser con funciones biológicas, simbólicas y sociales, que aprende a satisfacer sus requisitos de autocuidado	Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que interactúan con la persona	Desarrollo total de las estructuras humanas y de la función física y mental, y de las relaciones interpersonales y sociales	Ayuda a las personas en la satisfacción de los requisitos de autocuidado. Realiza aquellos cuidados que las personas, familias o comunidades no pueden darse
Peplau	Organismo en equilibrio inestable, en lucha constante por alcanzar el equilibrio perfecto. Éste llega con la muerte	Fuerzas existentes fuera del organismo que le rodean y le influyen	Concepto dinámico que significa el avance de la personalidad hacia una vida constructiva, creativa, productiva y madura	Ayuda a la persona a identificar y entender sus problemas y dificultades. La enfermera parte para ello desde el conocimiento de sí misma y de su propia conducta

Modelo del sistema conductual de Johnson

Dorothy E. Johnson se basó principalmente en la teoría general de sistemas, considerando un sistema como un conjunto de partes interrelacionadas que funciona como un todo, y en las teorías conductuales procedentes de la psicología, la sociología o la etnografía. Para Johnson, la persona es un sistema conductual, cuyo funcionamiento conjunto se ve reflejado en la conducta observada³. La persona como sistema conductual es, por tanto, un conjunto de partes entre las que existe una organización, interacción, interdependencia e integración de todas ellas para formar el todo. Johnson define esas partes interdependientes como subsistemas que pueden definirse como pequeños sistemas que tienen su propia estructura y una función u objetivo específico. Los siete subsistemas interrelacionados entre sí que forman el sistema conductual de una persona son: realización, afiliación, agresión-protección, dependencia, ingestión, eliminación y sexo^{1,3}.

En esta estructura de sistema conductual, formado por subsistemas, el *equilibrio* resulta un elemento clave^{8,9}. Johnson define el equilibrio como un estado transitorio de armonía entre el individuo y el entorno, de manera que lo que ella denomina «fuerzas biológicas» y «fuerzas psicológicas» están en equilibrio entre ellas y con las «fuerzas del entorno». Diferencia el equilibrio de la salud afirmando que no son sinónimos, ya que el equilibrio puede ocurrir incluso en estados de enfermedad³. Cuando hay equilibrio dentro del sistema conductual las conductas del individuo están organizadas, tienen un objetivo y son predecibles.

Cuando el equilibrio se altera la persona intenta recuperarlo mediante un esfuerzo o *tensión*, que puede ser adaptativa y positiva, o desadaptativa y potencialmente dañina para la salud. La tensión es un indicio de que se ha alterado el equilibrio⁹, y son numerosos los elementos internos o externos que se pueden alterar y provocar tensión: la propia motivación, las experiencias adquiridas a lo largo de la vida o el aprendizaje relacionado con ellas son ejemplos de factores estresantes que pueden romper el equilibrio del sistema conductual. Así, la enfermería es para Johnson una fuerza reguladora externa al individuo que actúa para ayudarle a recuperar el equilibrio y la estabilidad, estimulando ciertas conductas e inhibiendo otras. La función de la enfermera consiste, por tanto, en la protección, el cuidado y la estimulación para reducir el estrés y la tensión¹.

Desarrollos posteriores del modelo de Johnson se han centrado en la atención psiquiátrica. Así, Stuart¹⁰ desarrolló el que denominó como *modelo de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica*, según el cual en la salud de la persona influyen factores predisponentes (biológicos, psicológicos y sociales), pero también factores precipitantes o estresantes que, en función de los recursos y mecanismos de afrontamiento de que disponga la persona, pueden afectar de un modo u otro al continuo salud- enfermedad, llevando a respuestas adaptativas o desadaptativas, siendo la enfermera un recurso importante en dicho proceso de afrontamiento de las situaciones estresantes.

Modelo de sistemas de Betty Neuman

Al igual que el modelo del sistema conductual de Johnson, el modelo de sistemas de Neuman parte de la teoría general de sistemas al considerar a la persona (entendida, como se dijo, como individuo, familia o comunidad) como un sistema abierto que establece un intercambio constante de energía, información y materia con el entorno, utilizando sus recursos para conseguir la integración y la estabilidad³. La persona-sistema estaría así constituida por cinco variables interconectadas: fisiológica (estructura corporal y funcionamiento interno), psicológica (procesos mentales e interacción con el entorno), sociocultural (influencias de las condiciones socio-culturales), de desarrollo (procesos y actividades relacionadas con la edad) y espiritual (creencias espirituales y su influencia)¹¹.

La persona-sistema dispone de una estructura central en la que se encuentran los factores básicos de supervivencia, y alrededor de ella se hallan una serie de círculos concéntricos, o *líneas de resistencia*, que son los recursos de que dispone la persona-sistema para defenderse de los factores estresantes¹.

Los factores o *elementos estresantes* son, como en el modelo de Johnson, cualquier fuerza del entorno (externa o interna) que puede afectar a la estabilidad del sistema. Para Neuman existen tres tipos de factores estresantes: *fuerzas intrapersonales*, o cualquier factor que ocurra dentro de la persona, como una infección o un sentimiento negativo; *fuerzas interpersonales*, que se producen en las relaciones con otros individuos, como pueden ser las expectativas de rol, y las *fuerzas extrapersonales*, como pueden ser las circunstancias económicas. La reacción de la persona ante estos factores de estrés vendrá determinada por la fuerza de resistencia de las líneas de defensa, que a su vez dependen de la interrelación entre las cinco variables que componen el sistema. Si las líneas de defensa fallan aparece la enfermedad, pero si resisten, el sistema vuelve a su estado de estabilidad mediante un proceso de *reconstitución*.

Según este modelo y tomando como base los niveles de prevención descritos por Caplan¹², Neuman describe la función de la enfermera en base a tres niveles de intervención: *prevención primaria*, centrada en la protección y fortalecimiento de las líneas de defensa; *prevención secundaria*, destinada a disminuir la reacción al estrés y aumentar los factores de resistencia evitando daños en la estructura central del sistema, y *prevención terciaria*, centrada en la readaptación, la reeducación y el mantenimiento de la estabilidad para favorecer el retorno a la estabilidad tras el tratamiento¹¹.

En el ámbito de la atención psiquiátrica, el modelo de Neuman ha sido utilizado para la atención a la ansiedad y el estrés en diversas poblaciones^{13,14} para guiar la atención a personas con conductas adictivas¹⁵ y para la atención a familiares de personas con trastorno mental¹⁶.

Modelo de adaptación de Callista Roy

Callista Roy integró en su modelo de enfermería los conceptos provenientes de la teoría general de sistemas y de la teoría de la adaptación. Así, la persona para él es un sistema abierto que recibe estímulos del entorno ante los que responde con una respuesta determinada¹⁷. La persona se encontrará sana si sus respuestas a los estímulos son de adaptación, y enferma si estas respuestas no consiguen dicha adaptación al entorno.

La *adaptación* es el proceso continuo que tiene lugar en todos los sistemas vivos, y el resultado por el que, pensando y sintiendo, las personas utilizan el conocimiento consciente y la elección para crear un entorno de integración humana¹⁸. Las *estrategias de afrontamiento* son las conductas a través de las cuales la persona lleva a cabo el proceso de adaptación, tanto en las situaciones cotidianas de la vida como en las situaciones críticas. Los modos de adaptación para Roy pueden ser cuatro: adaptación *fisiológica*, que tiene la finalidad de cubrir las necesidades básicas; adaptación de *autoconcepto*, con la que la persona busca determinar quién es uno mismo y cómo se relaciona con la sociedad o grupo en que se encuentra; adaptación de *rol* a través de la que la persona ajusta y modifica sus roles en sus relaciones con los demás, y adaptación de la *interdependencia*, que busca la interacción satisfactoria con los demás a través de dar y recibir amor, respeto y valores^{1,18}.

Por tanto, los procesos de adaptación y las estrategias de afrontamiento de una persona son los patrones, innatos y aprendidos, con los que encaja y recibe, maneja y responde a los estímulos de un entorno cambiante buscando la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control y la trascendencia. Cada persona tiene unos patrones de afrontamiento y una capacidad diferente, entendida dicha capacidad como la habilidad de usar las propias estrategias de afrontamiento para una adaptación efectiva a los cambios¹⁸.

Según el modelo de Roy, la enfermería es la disciplina encargada de promocionar la adaptación de la persona sana o enferma al entorno y las circunstancias que le rodean a través del cambio, la manipulación o el bloqueo de los estímulos estresantes que le pueden dificultar la adaptación.

Este modelo se ha utilizado en el estudio de la adaptación al estrés producido por diferentes condiciones de salud¹⁹, y ha sido testado en personas con trastornos mentales²⁰ y con demencias²¹.

Teoría general del autocuidado de Dorothea Orem

La teoría general del autocuidado está a su vez compuesta por tres teorías: la *teoría del autocuidado*, que explica cómo y por qué las personas cuidan de sí mismas y de otras personas; la *teoría del déficit de autocuidado*, que explica la aparición de la enfermedad y las condiciones de actuación de la enfermera profesional, y la *teoría*

de los sistemas de enfermería, que se centra en las relaciones que se deben mantener entre la enfermera y la persona durante el proceso de cuidado²².

Según estas teorías, el autocuidado puede describirse como la actividad que cada individuo realiza con el objetivo de mantener el bienestar, la salud y la vida²³, apareciendo su déficit cuando la demanda del autocuidado, por su situación de salud, supera las capacidades de la persona para realizar las acciones necesarias para cubrir los *requisitos de autocuidado*²², siendo éstos de tres tipos: universales (necesarios para cubrir las necesidades fisiológicas y psicosociales básicas), de desarrollo (necesarios para el desarrollo normal de la persona) y derivados de desviaciones en el estado de salud (referidos a las necesidades de la persona durante procesos de desviación de la salud).

La vigilancia de enfermería consiste, desde esta perspectiva, en prestar ayuda a las personas, familias y comunidades en la satisfacción de sus requisitos de autocuidado, realizando aquellos que las personas no pueden darse por no tener la habilidad, los conocimientos o la fuerza suficiente para ello²². Los enfoques desde los que la enfermera puede realizar su actividad de cuidado son tres: *completamente compensador*, en el que la persona no participa de manera activa en su cuidado; *parcialmente compensador*, en el que tanto la persona como la enfermera participan activamente para cubrir las necesidades de autocuidado, y *educativo*, en el que la participación de la enfermera se centra en cubrir las lagunas de conocimiento de la persona para que ésta pueda autocuidarse.

En el campo de la enfermería psiquiátrica, la teoría general del autocuidado ha sido utilizada para la atención de personas con diversos trastornos mentales como la esquizofrenia²⁴ o la depresión²⁵. La teoría del déficit de autocuidado se está postulando también como base para las políticas sanitarias en salud mental y la planificación de servicios²⁶.

Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegarde Peplau

La teoría de Hildegarde Peplau fue muy importante para la práctica clínica de la enfermería psiquiátrica, ya que fue probablemente la primera teoría de enfermería que se desarrolló a partir de las ciencias de la conducta¹. Se centra en las relaciones interpersonales que se establecen entre la enfermera y el paciente, tomando como base la teoría de las relaciones interpersonales del psiquiatra Harry S. Sullivan²⁷ y del psicólogo Abraham Maslow²⁸. Según Peplau, la enfermera debe ayudar a la persona a desarrollar su propia personalidad para ser productiva e independiente a través de una relación interpersonal que se establece en cuatro fases²⁹:

1. *Fase de orientación*, en la que la persona busca amparo para una necesidad percibida y la enfermera le ayuda a reconocer y entender su problema. En esta

fase ambos se encuentran como extraños y deben aclarar el rol de cada uno en la relación.

2. *Fase de identificación*, durante la cual la enfermera ayuda a la persona a explorar y expresar sus sentimientos y a corregir o aclarar conceptos sobre su proceso de salud-enfermedad. Ambos comienzan a experimentarse uno a otro como individuos, y la persona comienza a tener sentimientos de aceptación y a confiar en la enfermera.

3. *Fase de aprovechamiento o explotación*, en la que el paciente toma conciencia del potencial beneficioso de su relación con la enfermera, y ésta a su vez empieza a formular objetivos para el futuro y ayuda al paciente a probar nuevas formas de afrontamiento de su proceso.

4. *Fase de resolución*, que no siempre tiene que coincidir con la curación o la resolución definitiva del proceso de enfermedad. En esta fase el paciente ya ha mostrado una mayor habilidad en la resolución de los problemas asociados a su proceso, y, por tanto, camina hacia la independencia, acordando con la enfermera la finalización de su relación. Idealmente, enfermera y paciente deben experimentar la resolución como una liberación que genera satisfacción mutua.

Desde esta teoría, la salud se describe como el extremo de un continuo salud-enfermedad, encontrándose la persona en un entorno dinámico y cambiante, por lo que la función de la enfermera es establecer una relación de interdependencia con el paciente que permita un proceso educativo que ayude a éste a dirigirse hacia el extremo de la salud del continuo salud-enfermedad³⁰. La enfermera ayuda así a la persona a mantener su salud, conseguir la recuperación o tener una muerte tranquila¹.

La teoría de las relaciones interpersonales de Peplau es quizá la más usada en el ámbito clínico de la enfermería psiquiátrica e incluso algunos autores consideran a la autora la «madre» de la enfermería psiquiátrica moderna³¹. Ha sido utilizada en el tratamiento de trastornos mentales graves³², en intervenciones para personas con depresión^{33,34} y se plantea como un modelo potencialmente útil a seguir por las enfermeras de enlace o gestoras de casos psiquiátricos³⁵.

Aplicación del proceso de atención de enfermería en los cuidados de enfermería en psiquiatría y salud mental

El proceso de atención de enfermería es, como se ha dicho antes, el proceso deliberativo de resolución de problemas por el que se aplica el cuerpo teórico de la enfermería a la práctica clínica profesional. Se trata del método sistemático y científico que permite realizar unos cuidados de enfermería efectivos e individualizados a las personas, familias y comunidades, con el fin de mantener o recuperar un estado óptimo de salud. Se trata de un proceso con seis propiedades: es resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con base teórica² (tabla 3-2).

Tabla 3-2

Propiedades del proceso de atención de enfermería

Resuelto	Tiene un objetivo claro: proporcionar cuidados de calidad centrados en la persona
Sistemático	Utiliza un enfoque organizado en cinco fases, evitando los problemas asociados a la intuición o a los cuidados tradicionales
Dinámico	Implica cambio continuo, centrado en las respuestas cambiantes de la persona identificadas durante la relación enfermera-paciente
Interactivo	Se da una interacción recíproca entre la enfermera y la persona cuidada, la familia y otros profesionales de la salud
Flexible	Se puede adaptar a cualquier situación o área de especialización. Se pueden usar sus fases sucesivamente o concurrentemente
Con base teórica	Construido a partir de una amplia base de conocimientos. Aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería

El proceso de atención de enfermería está organizado en cinco fases (fig. 3-2): valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

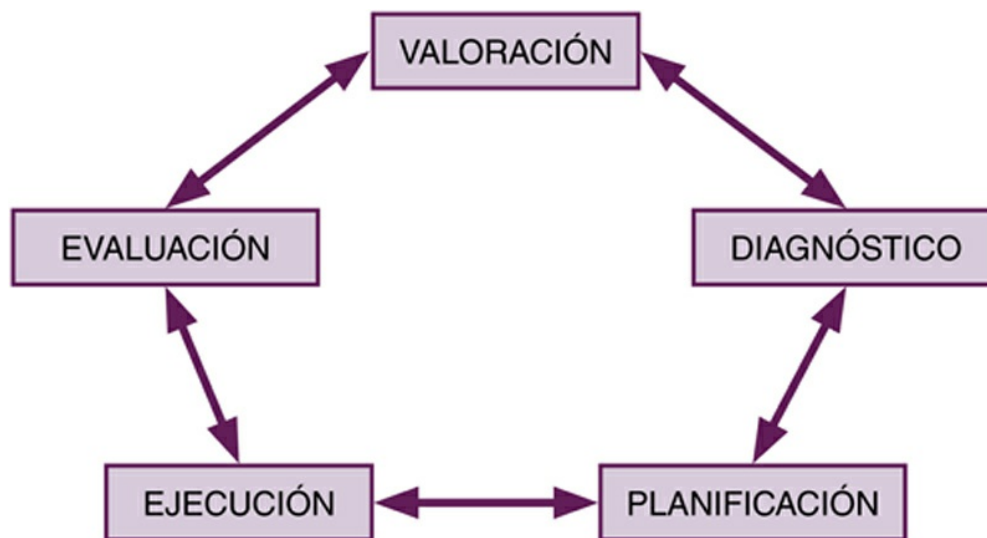


FIGURA 3-2 Proceso de atención de enfermería.

Valoración

Es la primera fase del proceso de atención de enfermería y la actividad de la enfermera en ella se centra en la anamnesis o recogida de información, objetiva y subjetiva, relativa al paciente, la familia y la comunidad con el objetivo de identificar sus problemas, necesidades o preocupaciones². Esta actividad de recogida de información comienza cuando el paciente llega a la institución o servicio sanitario y establece su primer contacto con la enfermera, y debe mantenerse durante todo el proceso de atención de enfermería, ya que los datos obtenidos antes y durante el proceso son de especial importancia a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas.

Los *datos subjetivos* obtenidos en la entrevista clínica directa con el paciente permiten conocer la visión y la perspectiva de éste sobre su propio problema, sus sentimientos y sus percepciones sobre sí mismo y sobre su estado de salud, expresados con sus propias palabras². En la historia clínica deben recogerse las citas textuales de las palabras del paciente que permitan captar la importancia que le da a su problema y su visión sobre éste.

Los *datos objetivos* se obtienen a partir de las observaciones del profesional, signos y datos de laboratorio, así como de otras pruebas diagnósticas complementarias y de la exploración física³⁶.

En el ámbito del cuidado a la enfermedad mental es habitual que la información aportada por el paciente sea contradictoria respecto a la información aportada por las pruebas o exploraciones complementarias o por la propia observación del profesional de la salud. En estos casos, es necesario validar la información recurriendo a las denominadas *fuentes colaterales* de información: familia, allegados u otras personas relacionadas con el paciente, y la historia

clínica o los antecedentes de la persona. En cualquier caso, la enfermera debe mostrar respeto y aceptación ante lo que le diga la persona, anotando en la historia clínica las posibles incongruencias o contradicciones que se deban contrastar con otras fuentes de información. Se debe tener en cuenta que frecuentemente éstas no son deliberadas por parte del paciente, sino debido a su sintomatología o a un sentimiento de vergüenza o autoestigma por el proceso que está sufriendo³⁷.

La valoración psiquiátrica debe abarcar diversas áreas que van desde la filiación y los datos de identificación hasta la exploración del estado mental, incluyendo otros datos como los antecedentes personales, la personalidad premórbida o la situación biográfica actual ([cuadro 3-1](#)).

Cuadro 3-1 Elementos de la valoración psiquiátrica

1. Datos de filiación e identificación.
2. Motivo de consulta y episodio actual.
3. Antecedentes personales: médicos y psiquiátricos.
4. Personalidad premórbida.
5. Historia personal y situación biográfica actual.
6. Antecedentes familiares.
7. Exploración física.
8. Exploración mental.

Datos de filiación e identificación

Además del nombre del paciente, este apartado de la valoración psiquiátrica debe incluir todos los datos correspondientes a variables que influyen en el estado de salud mental de la persona como edad, sexo, estado civil, ocupación o situación familiar y de convivencia.

Motivo de consulta y episodio actual

La enfermera debe valorar el motivo por el que el paciente ha buscado ayuda o ha sido llevado a los servicios sanitarios. Puede ser de utilidad registrar literalmente lo que dice el enfermo a este respecto, ya que puede revelar actitudes y expectativas de la persona sobre su proceso y sobre lo que espera de la atención que va a recibir³⁷.

Hay que indagar sobre el tiempo que hace que aparecieron los síntomas, su evolución y el modo en que aparecieron, si aparecieron bruscamente o de manera gradual. También hay que intentar identificar posibles situaciones estresantes desencadenantes de la aparición del episodio.

Antecedentes personales: médicos y psiquiátricos

En cuanto a los antecedentes médicos, se deben incluir todos los problemas de salud de cualquier índole, presentes y pasados, así como los tratamientos recibidos. En la valoración del paciente psiquiátrico es de vital importancia prestar atención a las afecciones que puedan estar relacionadas con la sintomatología y la presentación de algunos trastornos mentales como traumatismos craneoencefálicos, problemas del sistema nervioso central, consumo de fármacos, etc.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, aspectos como la edad de aparición de los síntomas, si éstos aparecieron de forma brusca o gradual, la evolución que han tenido a lo largo del tiempo, su intensidad y gravedad, los tratamientos anteriores y el éxito de los mismos en la mejora del paciente, así como el número de agudizaciones de la enfermedad o de hospitalizaciones anteriores son de gran interés. También hay que valorar la situación biográfica de la persona (situación familiar, económica, laboral, de relaciones sociales, ocio) y los posibles factores estresantes que en episodios anteriores se han asociado a agudizaciones de la enfermedad y que potencialmente pueden estar relacionados con el episodio actual.

Personalidad premórbida

Resulta de gran importancia conocer la personalidad de base de la persona. Si no se conocen las características de personalidad del paciente y su funcionamiento habitual, puede resultar difícil distinguir entre un estado psicopatológico agudo o un comportamiento habitual coherente con la personalidad de base de la persona³⁷.

Se debe explorar la predisposición habitual de ésta hacia la extroversión o hacia la introversión. Por ejemplo, una persona con tendencia a aburrirse fácilmente y que prefiere actividades y emociones nuevas, o es altamente impulsiva, puede considerarse una persona extrovertida. Por su parte, una persona que disfruta de las rutinas, que teme los cambios o que busca la perfección es posible que sea una persona introvertida. Hay que explorar bien estas características, ya que cuando están exacerbadas pueden ser síntomas de un trastorno mental; pero hay que ser cuidadosos y no confundirlo con una característica de personalidad previa a la aparición del trastorno.

Para explorar la personalidad premórbida suele ser necesaria la participación de una fuente colateral de información, como, por ejemplo, un familiar directo, que sea capaz de describir la personalidad y el comportamiento del paciente antes de la aparición de la sintomatología psiquiátrica, dado que el trastorno mental puede hacer que la percepción que tiene el paciente de sí mismo esté distorsionada³⁷.

Historia personal y situación biográfica actual

Conocer la historia personal del paciente permite establecer conexiones entre sus

diversos acontecimientos biográficos y su evolución, pudiendo identificar los eventos vitales que han podido afectar a su salud mental. Es difícil, por ejemplo, identificar un trastorno de personalidad sin un buen conocimiento biográfico del paciente, ya que, por definición, los rasgos característicos de un trastorno de personalidad tienen que ser mantenidos en el tiempo e inflexibles, y afectar negativamente a la percepción del mundo y al comportamiento³⁷. También resulta difícil establecer la afectación que sobre el funcionamiento laboral, social y familiar de la persona tienen situaciones como estados de ánimo deprimidos, ya que es precisamente la afectación funcional lo que determinará el tipo de trastorno que se diagnostique.

En cuanto a la situación biográfica actual, es importante identificar si en la actualidad la persona está viviendo una situación de estabilidad o, por el contrario, su vida está llena de situaciones estresantes. La calidad de sus relaciones familiares y de amistad y el apoyo que recibe de éstos, su situación laboral y económica, el consumo de alcohol o drogas son elementos que deben ser tenidos en cuenta en la valoración del paciente psiquiátrico.

Antecedentes familiares

Se debe valorar cualquier antecedente de trastorno mental, intento de suicidio, abuso de sustancias y otras enfermedades del sistema nervioso central, tanto de la familia nuclear como de la familia extensa del paciente. Hay que tener en cuenta que son varios los trastornos mentales para los que se ha descrito que el factor genético es un factor de riesgo³⁸.

En el caso de que existan familiares con trastornos mentales diagnosticados es preciso indagar sobre los síntomas, su intensidad y gravedad, la afectación funcional de la persona e incluso sobre los tratamientos que han resultado eficaces.

Una historia familiar detallada no sólo incluirá a los familiares con trastornos mentales, sino a todos los miembros de la familia inmediata del paciente, sus características y su relación con éste.

Exploración física

La exploración física del paciente psiquiátrico es similar a la que la enfermera debe realizar con cualquier otro tipo de paciente⁵, aunque debe prestar especial atención a la exploración del sistema nervioso central y a cualquier posible signo o síntoma de afectación de éste. Es importante tener en cuenta que en la exploración física de una persona con un trastorno mental es frecuente la necesidad de la presencia de una tercera persona, sobre todo si se trata de pacientes que pueden angustiarse o sentirse amenazados, como pueden ser los que han sido víctimas de malos tratos o abusos sexuales, o los pacientes psicóticos con delirios erotomaníacos o de persecución.

Las pruebas de laboratorio son especialmente importantes para descartar afecciones físicas que estén alterando el estado mental o la presencia de sustancias químicas (drogas, fármacos, etc.) que puedan ser de interés.

Exploración del estado mental

El objetivo de la exploración mental es realizar una descripción puntual, en un momento determinado, del estado mental del paciente. Su información incluye las observaciones del profesional de la salud y las descripciones subjetivas de la persona, recogidas tanto durante la realización de la historia clínica y la exploración física como mediante preguntas directas a la persona en las interacciones profesional-paciente. Incluye una descripción general de su estado y una descripción detallada de las principales funciones mentales: nivel de consciencia, orientación, memoria, atención, estado de ánimo y afectividad, lenguaje, pensamiento y percepción.

- *Descripción general del estado del paciente:* en el paciente psiquiátrico adquiere especial importancia la valoración del aspecto general en cuanto a vestido e higiene. Una presencia descuidada o poco higiénica puede indicar un trastorno del estado de ánimo o psicótico. Vestir ropas inadecuadas para el momento social, con complementos muy llamativos, o inadecuadas para la época del año en que la persona se encuentra, o mal combinadas (parte de arriba de invierno y parte de debajo de verano), debe hacer pensar igualmente en la presencia de algún trastorno. También se debe valorar el comportamiento y la actividad psicomotora del paciente. Éste se puede mostrar tranquilo y colaborador o, por el contrario, hostil, receloso, desafiante o temeroso, lo que puede hacer pensar en un trastorno delirante. Las conductas extravagantes, la agitación, la acinesia (enlentecimiento motor), la acatisia (sensación de inquietud motora) la hipertonia o distonia pueden formar parte de diferentes cuadros psiquiátricos y deben ser valoradas y exploradas por la enfermera. También se debe estar atento a la presencia de movimientos repetidos, rítmicos y no intencionados (estereotipias) o signos de catatonia, como catalepsia (mantener una postura extraña durante un período de tiempo).
- *Nivel de consciencia:* se debe observar el nivel de consciencia del paciente, que se puede clasificar en cinco niveles³⁷: *alerta o lúcido*, cuando la consciencia es normal y la cognición está intacta; *obnubilado*, cuando el paciente presenta una somnolencia ligera con problemas de atención y concentración; *somnolencia*, si el paciente, estando despierto, va derivando hacia la inconsciencia si no se le estimula sensorialmente; *estupor*, en el que el paciente se encuentra dormido, pero responde a estímulos intensos o dolorosos, aunque con movimiento escaso o nulo, y *coma*, cuando el paciente está profundamente dormido y no se activa ante ningún estímulo, sea cual sea el tipo y la intensidad del mismo.
- *Orientación:* se debe valorar la orientación en dos esferas: la orientación autopsíquica y la orientación alopsíquica. Para la valoración autopsíquica

debemos buscar la percepción que de su propia persona tiene el paciente en dos áreas, el yo corporal y el yo psíquico. Para evaluar el yo corporal se debe descartar, por ejemplo, la presencia de fenómenos de miembro fantasma o determinados tipos de agnosias, como la autotopoagnosia (falta de reconocimiento de la disposición espacial de alguna de las partes del cuerpo) o la asomatognosia (falta de reconocimiento de algún órgano o víscera concreta, o incluso del propio cuerpo). En la evaluación del yo psíquico se deben explorar fenómenos de despersonalización (vivencia de extrañeza referida al propio yo), desrealización (vivencia de extrañeza referida al mundo exterior) o desdoblamiento (coexistencia en un mismo individuo de dos tipos de comportamiento). En cuanto a la orientación alopsíquica se debe explorar la orientación en tiempo y espacio de la persona, si es capaz de situar el momento y el lugar en que se encuentra y los motivos por los que está allí.

- *Memoria*: las alteraciones de la memoria pueden ser cuantitativas o cualitativas. Desde un punto de vista cuantitativo, podemos encontrar personas con hipomnesia o hipermnesia (disminución o aumento de la capacidad para recordar), o incluso con amnesia o pérdida total de la capacidad para recordar, que puede ser a su vez anterógrada (incapacidad para conservar en la memoria los nuevos acontecimientos) o retrógrada, cuando hay incapacidad para recordar acontecimientos anteriores a un momento o lesión. En cuanto a las alteraciones cualitativas de la memoria, la enfermera debe valorar la posible presencia, por ejemplo, de paramnesia (sentir que ya se ha experimentado una situación o sensación que es nueva), ecmnesia (vivir un recuerdo como si fuera presente) u otras afectaciones.
- *Atención*: del mismo modo que la memoria, las alteraciones de la atención pueden ser de carácter cuantitativo o cualitativo. Cuantitativamente, la atención se puede alterar por exceso (hiperproxesia), típico en personas con ciertos delirios o en fase maníaca, o por defecto (hipoprosexia), que puede aparecer en estados de ánimo deprimidos o en fases de sintomatología negativa de procesos psicóticos. Cualitativamente, la memoria puede presentar alteraciones de manera que a la persona le cueste mantener la atención sobre una única actividad y cambie su foco con frecuencia (atención alternante) o, por el contrario, que toda la atención esté focalizada en un único aspecto del entorno que le rodea (atención focalizada).
- *Estado de ánimo y afectividad*: el estado de ánimo suele alterarse en presencia de varios trastornos mentales, siendo frecuente la comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y otros trastornos. Cuando la enfermera valora al paciente psiquiátrico, éste puede estar eutímico (estado de ánimo normal) o presentar signos de estado de ánimo alterado por defecto (hipotímico) o por exceso (hipertímico). En cuanto a la afectividad, el aumento de la reactividad ante determinados estímulos o la imposibilidad para reconocer y expresar emociones propias (alexitimia) pueden aparecer en algunos trastornos mentales.

- *Lenguaje*: puesto que lo que la persona dice no es más que una expresión de sus pensamientos, la valoración del lenguaje es de gran importancia, ya que nos permitirá valorar posteriormente su pensamiento. Las alteraciones del lenguaje son muy diversas y a veces difíciles de valorar. Se puede alterar la intensidad y el tono del habla (por exceso o defecto) y el ritmo con el que se habla (taquiafasia o bradiafasia). Pueden aparecer también trastornos iterativos (ecolalia, palilalia, perseverancia, coprolalia, etc.), alteraciones modales o alteraciones de la comprensibilidad, por las que el discurso de una persona puede ser descarrilado o tangencial, lleno de neologismos o de lenguaje incoherente que dificulte la comprensión del mismo. El lenguaje empobrecido y con poco vocabulario, e incluso el mutismo, pueden estar presentes también en determinados trastornos, sobre todo de tipo psicótico.
- *Pensamiento*: se debe evaluar el pensamiento en cuanto a su contenido y en cuanto a su curso. En cuanto al contenido, la presencia de ideas autolesivas, sobrevaloradas, fóbicas (temores marcados y persistentes a objetos o situaciones) u obsesivas (ideas que se experimentan como intrusas e inadecuadas) suelen aparecer en trastornos del estado de ánimo o de la personalidad. Los delirios son otra alteración del contenido del pensamiento que pueden definirse como ideas absolutamente falsas, sin base real, que el paciente cree ciegamente y que persisten en contra de toda evidencia, aunque la persona encuentra estímulos en su entorno que le ratifican en su pensamiento. Las ideas delirantes pueden ser de diversos tipos (de persecución, de referencia, celotípicas, de culpa, erotomaníacas, dismorfofóbicas, de ruina, etc.) y suelen estar asociadas a trastornos psicóticos o del estado de ánimo. En cuanto al curso del pensamiento, éste puede estar alterado cuantitativa o cualitativamente. Pensamientos bloqueados, inhibidos o perseverantes son alteraciones cuantitativas negativas, mientras que situaciones como la fuga de ideas o el pensamiento incoherente son alteraciones cuantitativas positivas. Desde el punto de vista cualitativo, el pensamiento puede aparecer alterado por ser desorganizado o iterativo. También pueden aparecer trastornos del control del pensamiento, en los que la persona cree que su pensamiento no le pertenece.
- *Percepción*: la principal alteración de la percepción en los pacientes psiquiátricos es la *alucinación*, que son experiencias perceptivas en ausencia del correspondiente estímulo, por lo que pueden ser auditivas, visuales, olfativas, gustativas o cinestésicas. Suelen aparecer en los trastornos psicóticos y las más frecuentes son las auditivas. La enfermera debe tener en cuenta que cuando un paciente nos hable de alucinaciones o de ideas delirantes (a veces un mismo paciente tiene ambas) no debe discutir sobre la realidad o no de dichas percepciones o pensamientos, y debe mostrar empatía con la realidad que está viviendo el paciente y con los sentimientos de angustia, temor o miedo que esta realidad le pueden estar provocando. La función de la enfermera en la valoración debe estar centrada en la recolección de datos y en establecer una

relación de confianza y alianza terapéutica con el paciente.

Diagnóstico

Tras recoger los datos en la fase de valoración, éstos son analizados e interpretados desde el enfoque del pensamiento crítico, identificando necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente² que se etiquetarán bajo uno o varios diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos identificados son los que sirven de base para la planificación y ejecución de intervenciones de enfermería. En la actualidad, la taxonomía de diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³⁹ supone el conjunto de etiquetas diagnósticas estandarizadas más extendido en el campo profesional de la enfermería.

Una vez identificados los diagnósticos, es importante establecer las prioridades en la aplicación de las intervenciones. Las alteraciones que ponen en peligro la vida del paciente son de alta prioridad respecto a otras situaciones recurrentes o cronicadas. Por ejemplo, las ideas suicidas que incluyen una planificación del acto suicida son una prioridad sobre otro tipo de problemas. En este proceso de priorización es importante también identificar los problemas reales y los potenciales. Los problemas reales, que ya están ocurriendo, tienen prioridad sobre los problemas potenciales. Por ejemplo, en un paciente que abusa de sustancias y que se encuentra en proceso de desintoxicación, el tratamiento de los síntomas de la abstinencia tiene prioridad sobre el potencial aislamiento social que puede sufrir⁴⁰. En la [cuadro 3-2](#) se incluyen algunos de los diagnósticos de enfermería frecuentes en los trastornos mentales.

Cuadro 3-2 Algunos ejemplos de diagnósticos de enfermería en los trastornos mentales³⁹

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Trastorno de la percepción sensorial.
- Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.
- Alteración del patrón del sueño.
- Insomnio.
- Deterioro de la interacción social.
- Confusión aguda.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Déficit de autocuidado.
- Descuido personal.
- Gestión ineficaz de la propia salud.
- Aflicción crónica.
- Afrontamiento ineficaz.
- Ansiedad.

- Temor.
- Automutilación.
- Dolor crónico.

Planificación

En la planificación se deben tener en cuenta tanto los resultados esperados como las intervenciones que se ejecutarán para conseguirlos. Éstos deben ser medibles y realistas, y también sensibles para la identificación, mejoría o estabilización del problema para el que fueron planteados. Deben formularse para cada diagnóstico de enfermería, y su formulación estará influida por factores como las estrategias de afrontamiento de que dispone la persona, la función cognitiva o la disponibilidad de sistemas de apoyo familiar y social. Los resultados pueden plantearse para cubrir necesidades inmediatas (a corto plazo) y para conseguir el máximo nivel de salud de manera realista para cada paciente (a largo plazo). La Nursing Outcomes Classification (NOC)⁴¹ permite establecer los resultados esperados en un lenguaje profesional estandarizado, con indicadores medibles para evaluar el estado del paciente e identificar la mejoría o la resolución de problemas.

En cuanto a la planificación de intervenciones, deben estar dirigidas a conseguir de manera realista los resultados esperados planificados, y deben ser adecuadas para cada enfermo y situación concreta, teniendo en cuenta las circunstancias del paciente, su nivel de actividad y capacidad para involucrarse en los cuidados, y el sistema de apoyo familiar y social de que dispone, de manera que la enfermera planificará intervenciones para los resultados a corto y largo plazo, pensando en la continuidad de cuidados y en la comunicación entre niveles asistenciales; de ahí la importancia del uso de lenguajes estandarizados para los cuidados de enfermería. La Nursing Interventions Classification (NIC)⁴² es el lenguaje estandarizado sobre intervenciones de enfermería, incluyendo las independientes y de colaboración, y los cuidados directos e indirectos. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición y un conjunto de actividades concretas para llevarla a cabo.

Ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las actividades planificadas para lograr los resultados esperados definidos en la planificación. Durante esta fase, la enfermera debe comunicar el plan de cuidados a todas las personas implicadas en él, ya sean otros profesionales, la propia persona o su familia. El plan de cuidados se convierte en orientativo y la enfermera sigue recogiendo datos sobre la evolución del paciente, lo que permite modificar de manera flexible la planificación inicial en función de los resultados obtenidos. La ejecución incluye también el registro de todas las actividades y de sus resultados (positivos o

negativos) en la historia clínica del paciente, lo que verificará que el plan de cuidados se ha realizado y permitirá su posterior evaluación².

Evaluación

Aunque la situamos como última fase del proceso de atención de enfermería, la evaluación es un proceso continuo, dinámico y reevaluable que permite saber en qué grado se han alcanzado los resultados esperados establecidos en la planificación. Dicha evaluación permite la flexibilidad del proceso, modificando tanto los resultados esperados como las intervenciones en función de las sucesivas evaluaciones que se vayan realizando, y ajustando el plan de cuidados a la situación concreta del paciente en cada momento.

Para la evaluación es útil el uso de los indicadores planteados por la NOC⁴¹ para cada resultado esperado. Pero también hay que tener en cuenta todos los aspectos recogidos durante la valoración, sobre todo los referidos al estado mental. Los cambios en dicho estado darán pistas a la enfermera sobre la efectividad o no de las actividades que está desarrollando en el plan de cuidados. Para identificarlos, la enfermera debe aprovechar cualquier interacción personal con el paciente para explorar su estado mental.

Bibliografía

1. Hernández Garre J, De Maya Sánchez B, Díaz Cuenca A, Giménez Fernández M. *Fundamentos teóricos de enfermería. Teorías y modelos*. Murcia: DM; 2010.
2. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. 3.^a ed. México DC: Interamericana-McGraw Hill; 1997.
3. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías de enfermería*. 7.^a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011.
4. Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
5. Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2012.
6. World Health, Organization. Constitution. *Chronicle of the WHO*. 1947;1:1–29.
7. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Nursing theory: utilization and application*. 3rd ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2006.
8. Johnson D. The significance of nursing care. *Am J Nurs*. 1961;61:63–66.
9. Grubbs J. The behavioral system model for nursing. In: Riehl J, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980:207–216.
10. Stuart G. Modelo de Stuart de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica. In: Stuart G, Laraia M, eds. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid: Elsevier Mosby; 2006:60–74.
11. Neuman B, Fawcett J. *The Neuman systems model*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.
12. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books; 1964.
13. Skalski CA, DiGerolamo L, Gigliotti E. Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *J Adv Nurs*. 2006;56(1):69–78.
14. Yarcheski TJ, Mahon NE, Yarcheski A, Hanks M-M. Perceived Stress and Wellness in Early Adolescents Using the Neuman Systems Model. *J Sch Nurs*. 2010;26(3):230–237.
15. Wandekoken K, De Siqueira M. Implementation of the nursing process to a crack user based on Betty Neuman model. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):62–70.
16. Eaton P, Davis B, Hammond P, Condon P, McGee Z. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nurs Res Pract*. 2011;392705:1–12.
17. Roy C. *Introduction to nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1976.

18. Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nurs Sci Q.* 2011;24(4):312–320.
19. Perrett SE, Biley FC. A Roy Model Study of Adapting to Being HIV Positive. *Nurs Sci Q.* 2013;26(4):337–343.
20. Ducharme F, Ricard N, Duquette A, Levesque L, Lachance L. Empirical testing of a longitudinal model derived from the Roy adaptation model. *Nurs Sci Q.* 1998;11(4):149–159.
21. Thronbury J, King L. The Roy adaptation model and care of persons with Alzheimer's disease. *Nurs Sci Q.* 1992;5(3):129–133.
22. Orem D. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001.
23. Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, Neuman BM, Hart MA. A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nurs Sci Q.* 2001;14(1):39–47.
24. Roldan-Merino J, Lluch-Canut T, Menarguez-Alcaina M, Foix-Sanjuán A, Abad JMH. Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care.* 2014;50(2):93–101.
25. Page C, Ricard N. Conceptual and theoretical bases of an instrument developed to identify self care needs in women treated for depressive disorders. *Can J Nurs Res.* 1996;28(3):95–112.
26. Seed M, Torkelson D. Beginning the recovery journey in acute psychiatric care: using concepts from Orem's self-care deficit nursing theory. *Perspect Psychiatr Care.* 2012;33:394–398.
27. Sullivan H. *Conceptions of Modern Psychiatry*. Whitefish, MT: Kessinger Publishing; 2010.
28. Maslow A. *Motivation and personality*. New York: Harper and Row; 1954.
29. Peplau H. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1991.
30. Jones A. The value of Peplau's theory for mental health nursing. *Br J Nurs.* 1996;5(14):877–881.
31. Barker P, Hildegard E. Peplau: the mother of psychiatric nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999;6(3):175–176.
32. Thelander BL. The psychotherapy of Hildegard Peplau in the treatment of people with serious mental illness. *Perspect Psychiatr Care.* 1997;33(3):24–32.
33. Beeber LS, Charlie ML. Depressive symptom reversal for women in a primary care setting: A pilot study. *Arch Psychiatr Nurs.* 1998;12(5):247–254.
34. Peden A. The evolution of an intervention—the use of Peplau's process of practice-based theory development. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1998;5(3):173–178.

35. Merritt MK, Procter N. Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemp Nurse*. 2010;34(2):158–166.
36. Alfaro-LeFevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2003.
37. Cohen B. *Psiquiatría: teoría y práctica*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
38. Merino Madrid H, Pereira Calviño M. Familia y esquizofrenia. Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología*. 1990;6(1):11–20.
39. NANDA, International *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier; 2012.
40. Womble D. *Introducción a la enfermería de la salud mental*. 2.^a ed. Barcelona: Wolters Kluber - Lippincot Williams & Wilkins; 2012.
41. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud*. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
42. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

CAPÍTULO 4

La relación de ayuda con el paciente que sufre de enfermedad mental

Luis Cíbanal Juan

José Luis Galiana Roch

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 32

Principios generales 32

Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente 33

¿Cómo me siento yo aquí y ahora para relacionarme con este paciente y su familia? 33

Cómo percibo al paciente o a la familia con la que me voy a relacionar 33

Cómo lo acojo 33

Durante la relación con el paciente 33

Fijarse el objetivo u objetivos que se quieren conseguir con el paciente 33

Tener en cuenta «los objetivos» del paciente 34

Fijar con el paciente el tiempo que va a durar la entrevista 34

Tener en cuenta el método de resolución de problemas como hilo conductor de nuestra entrevista 34

Recordemos que una buena relación supone un

buen dominio de la comunicación 34

Cómo debe emitir el mensaje el emisor 34

Cómo debe recibir el mensaje el receptor 35

Importancia de practicar el resumen 39

Cómo actuar ante las preguntas 40

Saber desconectar y no llevarse consigo los problemas de los pacientes 40

Cierre y despedida 40

OBJETIVOS

- Conocer actitudes y aspectos que puedan condicionar la relación antes de comunicarnos con el paciente.
- Utilizar actitudes y aspectos que faciliten la relación durante la comunicación con el paciente.
- Saber ser operativos en nuestra comunicación con el paciente.

Introducción

«El núcleo de la enfermería es la relación enfermera- paciente».¹ «La falta de comunicación con los profesionales sanitarios es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados.»²

El enfermero tiene un papel crucial en las unidades de salud mental; es el sanitario más accesible para el paciente y utiliza la comunicación como herramienta para humanizar, cuidar, asesorar respecto al tratamiento, diagnóstico o evolución de su proceso³. Entre un 30 y un 50% de los pacientes no muestran adherencia al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal^{2,4}.

Una comunicación, entendida como un proceso interactivo y personalizado, existiendo afinidad, comprensión y aceptación entre el profesional y el paciente, favorece la relación terapéutica con éste⁵. Por ello, las enfermeras que se encuentran en estas unidades deben manejar bien las técnicas de comunicación interpersonal.

En este capítulo tratamos de recordar algunos puntos que nos parecen imprescindibles para una relación humana y eficaz con el paciente. Éstos los hemos sintetizado en tres grandes temas: principios generales; aspectos o actitudes a tener en cuenta antes de comenzar la relación de ayuda o «entrevista», y aspectos a tener en cuenta durante la relación.

Principios generales

Lo que está claro para mí solamente lo está para mí; lo que está claro para ti solamente lo está para ti. Nuestra percepción e interpretación de la realidad es única y está condicionada por nuestros sentidos, nuestra parte neurológica, nuestras filosofías de vida, nuestros aspectos sociales y culturales, nuestra familia y nuestros estados de ánimo, a veces tan cambiantes. Desde los filósofos presocráticos hasta la escuela de Palo Alto afirman que la realidad no existe, sino que nosotros continuamente construimos e interpretamos la existente y en función de ésta así nos comunicamos.

Lo que está claro para mí solamente lo está para mí, y lo que está claro para el paciente solamente lo está para él. Pensamos que únicamente podemos tener una buena comunicación si llegamos a captar la realidad de nuestro paciente y él la nuestra y ésta se consigue mediante un *feedback* mutuo, con el fin de verificar cómo el profesional percibe la realidad transmitida por el paciente, y que éste le haga un *feedback* al profesional para que éste verifique lo que ha captado de lo que aquel le ha dicho.

Hablando de lo mismo no hablamos de lo mismo. Esto nos lleva a tomar conciencia de que, aunque aparentemente estemos hablando de lo mismo, no hablamos de lo mismo, pues cada uno, teniendo en cuenta las teorías del interaccionismo simbólico, le da a las cosas un significado muy personal en función de lo que ha vivido, sentido, experimentado. Por tanto, continuamente tenemos que clarificar cómo entendemos o qué significado le damos a las palabras, con el fin de que nuestro interlocutor nos comprenda y no interprete o le dé un significado diferente; de esta manera hay muchísimas más posibilidades de que ambos hablemos lo mismo y de lo mismo.

El significado de las palabras no está en las palabras mismas, sino en las personas. Cada uno damos un significado a las palabras en función de lo que cada uno de nosotros hemos vivido, sentido, experimentado de esa realidad. Esto tiene una gran importancia, dado que decimos que en la comunicación una buena escucha se muestra, entre otros aspectos, por realizar un *feedback* y por la empatía.

Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente

Este primer encuentro con el paciente es, ante todo, una relación entre dos personas en la que la actitud del profesional es prioritaria para que se pueda establecer una conexión emocional, cálida y empática. Para que ésta sea así, es necesario hacerse una serie de preguntas y consideraciones que exponemos en los siguientes apartados.

¿Cómo me siento yo aquí y ahora para relacionarme con este paciente y su familia?

Es importante que el profesional tome conciencia de sus pensamientos, sentimientos, conflictos, valores, creencias, antes de tener una entrevista o relación terapéutica con el paciente, ya que éstos le pueden influir de forma positiva o negativa.

En el acto clínico, la toma de decisiones se desarrolla sobre parámetros físicos y racionales, y también sobre componentes emocionales. El malestar físico o psicológico del profesional, la presión asistencial, la falta de tiempo, el cansancio, la desmotivación en algunas situaciones, el miedo a la violencia física del paciente, etc. Todas estas circunstancias fácilmente introducen en el profesional comportamientos automáticos que impiden actuar con eficiencia, eficacia, humanidad y, en numerosas ocasiones, con mucha falta de sensibilidad y de empatía.

Percibir y observar a las personas y a las cosas sin prejuicios, teniendo en cuenta su individualidad, es la mejor escuela de objetividad y estabilidad. Tal actitud es el mejor medio para mantenerse sereno.

Cómo percibo al paciente o a la familia con la que me voy a relacionar

En el primer encuentro entre el profesional y el paciente se da el fenómeno de simpatía-antipatía o indiferencia, con el peligro de que se pervierta la relación terapéutica; si, por ejemplo, el paciente percibe al profesional frío o distante, le mostrará antipatía. Si el profesional no toma conciencia, puede reaccionar con sentimientos de frustración por no poder resolver su problema de salud. Es conveniente durante los primeros momentos de la relación tomar conciencia de qué se siente ante la presencia del paciente y por qué. Esto permitirá poder tomar una cierta distancia y sentirse lo menos condicionado posible, y darse cuenta de que no se está estableciendo una relación con la persona que se tiene delante, sino

con la imagen que se hace uno de ella.

Cómo lo acojo

Debemos cuidar mucho la presentación, el primer encuentro o la acogida del paciente, pues es ahí donde se juega uno el que se establezca o no la relación. Ellos esperan palabras sencillas, claras y concretas adaptadas a sus conocimientos. Además de eficacia en el diagnóstico y el tratamiento, esperan cordialidad, calidez, cercanía en la acogida y empatía: «Que me mire cuando le hablo, que me respete y me escuche».

En resumen, para una *buena acogida* es preciso:

En la fase previa, revisar, repasar brevemente la historia clínica del paciente.

Saludo inicial con una sonrisa, dándole la mano, presentarse y llamarlo por su nombre.

Acogerlo con respeto invitándolo a tomar asiento.

Tener en cuenta las actitudes no verbales.

Explicar al paciente todo lo que le va a hacer (si va a ser doloroso o afectar a su pudor, el consentimiento informado, si estarán presentes o no otras personas, el secreto profesional, clarificar cualquier duda, inquietud o lenguaje no verbal y verbal, con el fin de que el enfermo no haga interpretaciones erróneas, etc.).

Durante la relación con el paciente

Los tres puntos siguientes se establecen casi al mismo tiempo; sin embargo, para una mejor comprensión, vamos a abordarlos separadamente.

Fijarse el objetivo u objetivos que se quieren conseguir con el paciente

Para obtener la colaboración del paciente, al comienzo de la entrevista debemos explicarle los objetivos que queremos abordar, así como los motivos y las finalidades de éstos.

De esta manera, el paciente puede entrar mejor en un proceso de colaboración, pues entiende cuál es la finalidad que tenemos al hablar con él o al abordar un problema u otro de su vida, o bien una cura que le vamos a practicar.

Tener en cuenta «los objetivos» del paciente

Antes de comenzar a abordar el objetivo profesional, se debe preguntar al paciente si hay alguna cosa de la que quiera hablar o que le preocupe. Esto nos parece de suma importancia, pues muchas veces los pacientes no toman en consideración lo que les hemos dicho porque están con otras preocupaciones y, al no clarificar en primer lugar su inquietud, ansiedad o angustia, podemos no darnos cuenta de que no nos han escuchado o no han podido escucharnos.

Una vez que hemos escuchado las preocupaciones, miedos, etc., del paciente, es más fácil que nos pueda prestar atención, y, eso sí, siempre mediante un *feedback*, asegurarnos de lo que ha captado o no.

Fijar con el paciente el tiempo que va a durar la entrevista

Al comienzo de la entrevista, conviene clarificar con el paciente el tiempo estimado de la misma. Esto permite que ambos se centren en lo primordial y no se les vaya el tiempo en aspectos menos importantes.

De esta manera, el profesional estará dispuesto a escuchar al paciente durante el tiempo fijado, mientras que si se excede ese tiempo y debe hacer otras cosas u ocuparse de otros enfermos, se mostrará nervioso, inquieto, preocupado, lo cual impedirá una plena disponibilidad para escuchar adecuadamente.

Anunciado previamente al paciente el tiempo de duración de la entrevista, éste puede contarle lo que desee. Puede tener sus razones para decir las cosas importantes en el último momento, tener sus motivos para decir, por ejemplo, que es al final cuando comienza a tener confianza en el profesional, o decir las

cosas más problemáticas en el último momento, para así poder liberarse de ellas y que el profesional se las quede y no se le dé más vueltas.

El técnico podrá dejar al paciente con toda tranquilidad, aunque le esté contando cosas importantes o tristes, porque él ya le había anunciado de antemano el tiempo que iba a durar la entrevista.

Tener en cuenta el método de resolución de problemas como hilo conductor de nuestra entrevista

El método de resolución de problemas permite al paciente tomar conciencia de que, aunque sus causas se deban al contexto o a otras personas, en el fondo el perjudicado es él, y a él le corresponde hacer algo, al margen de lo que hagan los demás (Bermejo, 2010)⁶.

Una manera de centrarse en el paciente es llevar un esquema de la entrevista, a modo de hilo conductor, y tener presente las etapas del método de resolución de problemas, las cuales resumimos en: *problema*, *causa* y *actividad*. Veámoslas más detenidamente:

- **Establecer el problema.** El paciente nos habla de su problema. Por ejemplo, nos dice: «Me siento muy angustiado».
- **Ver la causa del problema.** Establecer la causa o las causas del problema según el paciente, no según el profesional. Es importante tener en cuenta la causa desde el enfermo. Partir de la causa o las causas del paciente es como entrar en su mundo o en su problema por la puerta que él nos presenta.
- **Objetivos y acciones.** Esclarecer el problema y sus causas según el paciente. Esto le permite explicar lo que ha hecho hasta el presente para poder solucionar su problema. Es necesario ver lo que ha hecho y el resultado que ha obtenido. Por otra parte, el profesional debe, en la medida de lo posible, establecer los objetivos y las actividades *con* el paciente, no *por él* o *para él*.

Recordemos que una buena relación supone un buen dominio de la comunicación

Vamos a dar unas pinceladas sobre lo que entendemos como una comunicación clara, que es aquella en la que al transmitir un mensaje se comprende bien y el receptor no tiene que jugar a adivinar o interpretar.

- **Objetivos:**
 - Saber (cuando se es emisor) emitir de manera clara el mensaje para que el receptor no tenga que interpretar o adivinar lo que quiere decir el emisor.
 - Saber (cuando se es receptor) qué es escuchar y comprender las actitudes concretas que indican al emisor que le estamos escuchando.

- Contenidos.
- Emisor, mensaje y receptor.
- Cómo debe emitir el mensaje el emisor.
- Algunas consideraciones respecto al emisor.
- Cómo debe recibir el mensaje el receptor.
- Cuando un paciente decide comunicarse con el profesional es porque «necesita» hacerlo. Siempre es debido a que algo ocurre en su interior o a que tiene alguna necesidad.

Cómo debe emitir el mensaje el emisor

El *emisor* es el comunicante, la persona que desea transmitir un mensaje a un interlocutor.

Un buen emisor emite claramente un *contenido* (es decir, lo que le ha pasado), un *sentimiento* (lo que siente ante lo que le ha pasado), una *demand*a (lo que le pide o espera del receptor al expresarle lo que le pasa y lo que siente ante ello).

Por tanto, un buen emisor debe:

a). Expresar claramente el contenido (o situación que está viviendo o lo que ha acontecido)

El emisor debe ser claro, concreto y específico en el contenido que quiere expresar. Éste nos permite comprender un poco más lo que le está pasando, el mensaje, pero aun así este mensaje se presta a ciertas interpretaciones, con lo cual sigue siendo una mala comunicación.

b). Expresar claramente el sentimiento

No basta con expresar el contenido, es necesario comunicar también el sentimiento, lo que se siente respecto a lo que se está diciendo.

El sentimiento manifiesta al receptor la importancia, el peso y la gravedad del problema o lo que le está comunicando. Por tanto, el sentimiento es lo que hace que un contenido tenga uno u otro significado para la persona.

Recordemos que los contenidos son neutros: una misma realidad varía según cómo la sienta el emisor; que cuando no podemos expresar nuestros sentimientos con palabras los solemos expresar con síntomas. La enfermedad es una forma patológica de comunicar. Como muestra, ahí están todas las enfermedades psicosomáticas y muchísimas de las psicopatológicas.

c). Expresar claramente la demanda, es decir, lo que yo quiero o espero de mi interlocutor (bien sea paciente o profesional) al comunicarle el contenido y/o el sentimiento

Cuando uno emite algún mensaje o comunica algo a otro, siempre, de manera

implícita o explícita, quiere o desea alguna cosa. Cuando esta demanda no aparece por parte del emisor hay el peligro de que el receptor tenga que descifrar, interpretar o adivinar el mensaje. Esto es a veces motivo de insatisfacción o malestar porque el receptor se puede equivocar en la decodificación o interpretación del mensaje que se le acaba de transmitir. Así, el emisor (paciente) puede sentir que no se le ha comprendido, cuando en realidad el problema está en que no ha dicho exactamente qué es lo que pide o desea del receptor (profesional) al comunicarle su mensaje.

d). Errores que a veces cometemos al utilizar la clave del mensaje

Generalizaciones

Es un proceso mediante el cual algunos elementos o piezas se quitan del original y se ponen otros como representación global.

Ejemplo: Si he tenido una experiencia negativa con un paciente, tiendo a decir: «Todos los pacientes son...»; «a nadie le gusto...»; «nada me sale bien...»; «a donde quiera que voy, en ningún sitio me aceptan...».

Otras veces nos comportamos como si lo que a nosotros nos agrada tuviera que agradarle o parecerle bien a todo el mundo.

O nos adelantamos y le decimos al paciente:

«Ya sé lo que usted está pensando...» (pues como todos los pacientes); «yo sé lo que usted estaba sintiendo...» (como todos cuando se les cura).

Eliminación

Prestamos atención a ciertos aspectos y dejamos otros.

De acuerdo con nuestro centro de interés, cogemos unas cosas y dejamos otras. Respecto al paciente, a veces nos sucede que somos tan selectivos que nos quedamos con algunos puntos que desde nuestra perspectiva nos parecen importantes, pero debemos preguntarnos: «Esto que para mí es lo más importante, ¿lo es también para el paciente?».

Por ejemplo: el paciente dice: «Me siento *muy* triste». Y el profesional le dice: «Parece que se siente usted un *poco* triste». El profesional elimina la intensidad del sentimiento del paciente. Ello hace que éste no se sienta comprendido.

Distorsionamos el mensaje

Lo tergiversamos. Cambiamos los datos sensoriales que recibimos o lo deformamos interpretando las palabras o usando unas por otras.

Por ejemplo: la paciente le dice al profesional: «Me duele muchísimo». Y el profesional le responde: «Eso lo hace para llamar la atención».

Cómo debe recibir el mensaje el receptor

El receptor es la persona o destinatario al que el emisor dirige el mensaje, el cual lo recibe a través de uno o más órganos sensoriales.

La función principal del receptor es descodificar el mensaje recibido del emisor pues, como acabamos de ver, siempre hay que verificar lo que hemos comprendido, muchas veces para estar seguros de que hemos captado lo que quería el emisor. Así pues, el receptor tiene que escuchar. Pero detengámonos aquí para ver si tenemos claro qué es escuchar. Podemos decir que escuchar quiere decir «descodificar».

Descodificar el mensaje es el proceso mental del receptor a través del cual descifra el código que ha utilizado el emisor con la intención de captar el mensaje que le ha querido transmitir.

e). La descodificación

La tarea de descodificación es bastante compleja, ya que la clave o código utilizado por el emisor no siempre es clara, concreta y específica, sino, por el contrario, muy ambigua (prestándose a interpretaciones).

El objetivo de la descodificación es intentar captar la visión subjetiva y limitada de la realidad del emisor, teniendo en cuenta que también el receptor tiene su visión subjetiva, limitada y parcial de la realidad. Asimismo, hay que tener presente que la connotación que cada uno da a las palabras no siempre es la misma; así, la que le da el emisor puede diferir de la que le da el receptor.

Por tanto, mediante un *feedback* tiene que validar o clarificar lo que le ha dicho el emisor con el fin de verificar si ha descifrado bien su mensaje.

El receptor, a la hora de captar el mensaje, lo hace también mediante filtros, los suyos, o maneras de captar la realidad, sus maneras (como los sentidos, los aspectos culturales, sociales, familiares, etc.). Por tanto, al captar el mensaje, que ha pasado por todos esos filtros, que son los suyos, no tiene en cuenta los que ha usado el emisor para captar su realidad, y, consecuentemente, existe el peligro de deformarla. A esto hay que añadir que, de la misma manera que el emisor puede tener tendencia a emitir su mensaje haciendo generalizaciones, distorsiones o eliminaciones, también él, en tanto que receptor, puede caer en este peligro de la generalización, la distorsión y la eliminación.

De este modo, constatamos que no es fácil comprender el mensaje del emisor si realmente el receptor no tiene en cuenta ciertas actitudes y clarificaciones que le permitan captar lo que dice.

Veamos las actitudes que debe poseer el receptor:

f). Actitudes para una buena descodificación

Escucha activa

1. Forma activa de escuchar.

En la forma activa de escuchar, el profesional «retroinforma» (*feedback*) al paciente de lo que oye, demostrando que, realmente, ha entendido y escuchado sus palabras.

En la forma activa de escuchar, por tanto, el receptor (profesional) trata de entender lo que siente el emisor (paciente) o lo que significa el mensaje.

Posteriormente, expone con palabras lo que ha comprendido y le retroinforma (*feedback*) para que el emisor (paciente) lo verifique.

Escuchar es tratar de comprender al otro, de captar su mensaje, sin poner sobre él nuestros propios sentimientos; es ser suficientemente acogedor, amable y neutro para que el otro pueda abrirse hacia nosotros y pueda expresarse como es, sin sentir bloqueos en su comunicación. Escuchar significa también clarificar lo que el interlocutor quiere decir.

La clarificación es una técnica que, utilizada conjuntamente con una buena habilidad de escucha, mejora la capacidad de cualquier profesional de la salud, médico, enfermera, trabajador social, etc., para interactuar con éxito con sus pacientes.

La escucha supone una capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. En la medida en que yo me sienta inseguro, ansioso, etc., no soportaré los cambios, no podré escuchar, pues escuchar el mensaje del otro me obliga a enfrentarme a situaciones para las que no me siento preparado.

Escuchar significa ponerse en una situación de vulnerabilidad, pues escuchar significa que yo soy capaz, por ejemplo, de reconocer la agresividad del otro hacia mí, de reconocer que el otro no se interesa por lo que digo o no quiere seguir el consejo que me gustaría darle. De aquí que construyamos formas de resistencia para no escuchar o para persuadirnos a nosotros mismos de que lo que escuchamos es lo que queremos oír. Escuchamos de forma selectiva.

2. Actitudes que debemos adoptar para escuchar activamente.

a. Actitudes físicas.

Las actitudes no verbales tienen una gran importancia en la comunicación.

Además, son más importantes todavía como destrezas de acogida, pues muestran mejor el mundo de las emociones y los sentimientos.

Por esta razón, el profesional, consciente de la importancia del lenguaje no verbal, debe mostrar un gran interés al utilizar los comportamientos no verbales, expresando cordialidad al paciente.

Creemos necesario señalar algunas de las conductas que muestran acogida hacia el otro.

– **Contexto físico.**

El medio influye en el trabajo. Estar contextualmente a la escucha, nos dice R. Carkhuff, «significa decorar un lugar de tal forma que el paciente sienta que el profesional le comunica su interés y su apoyo gracias a la atmósfera que él ha sabido crear en ese lugar».

El aspecto físico es una muestra de cierta calidad de respeto, sensibilidad

y diálogo.

– ***Distancia adecuada.***

La distancia adecuada puede variar según las culturas y las personas con las que nos estemos relacionando. Una distancia muy próxima puede ser considerada por el profesional o el paciente como una invasión de su intimidad. Al contrario, una distancia excesiva puede interpretarse o vivirse como una falta de interés.

La distancia varía también en función de que las personas estén de pie o sentadas. Igualmente, depende del sexo y de la estatura.

Creemos que lo más fácil para saber si la distancia es la adecuada para el paciente es preguntarle a qué distancia se siente cómodo.

Esto evitará que interpretemos ciertos gestos o actitudes, pensando si será porque estamos muy cerca o muy lejos. Por otra parte, si su cercanía nos impide poderlo escuchar, lo más sencillo es comunicárselo con un «mensaje yo».

– ***Movimientos corporales.***

Los movimientos de la cabeza son una forma simple, frecuente y espontánea de conducta no verbal que muestra nuestra escucha, interés y habilidad de acogida. Es como un *feedback* que muestra atención, comprensión, aceptación e invitación a continuar la comunicación.

Los movimientos de las piernas y, sobre todo, de los pies, son interpretados como expresión de ansiedad, contrariedad, malestar, prisa, etc., y también deben evitarse (a menudo tenemos menos control de los movimientos de nuestro cuerpo de la cintura para abajo).

– ***La dirección del cuerpo.***

La postura que adoptemos puede desempeñar un papel importante, pues indica nuestra disponibilidad o la ausencia de ella para responder a las necesidades del paciente. También refleja nuestros pensamientos y sentimientos.

En la relación de ayuda o terapéutica, estemos sentados o de pie, es importante colocarnos frente al paciente de tal manera que nuestros hombros estén inclinados hacia nuestro interlocutor y podamos apoyar los antebrazos sobre los muslos, posición que revela atención.

Cruzarse de brazos y de piernas puede interpretarse fácilmente como una actitud defensiva frente a nuestro interlocutor, salvo cuando, transcurridos unos momentos de entrevista, buscamos la posición más confortable, pero también porque probablemente nuestro interés ha disminuido.

– ***La expresión del rostro y el contacto visual.***

El rostro es la parte de nuestro cuerpo más expresiva al comunicar la

acogida, y también es la parte que el paciente observa con más atención.

Entre las expresiones del rostro que expresan acogida podemos señalar las siguientes:

La sonrisa: con la condición de que sea natural y auténtica.

Una tensión muscular moderada en los músculos de las cejas, los labios y los párpados resulta muy adecuada para comunicar a nuestro interlocutor atención e interés.

El contacto visual: otra forma de mostrar atención reside en la mirada.

Cuando mantenemos nuestra mirada sobre el paciente estamos comunicándole atención. Así, mediante el lazo de la mirada, el paciente percibe que nos esforzamos para acercarnos a él psicológicamente.

La mirada favorece la relación: es un apoyo del mensaje verbal, pues puede expresar sentimientos como la tristeza, la alegría, la cólera o la irritación. No obstante, una mirada muy fija puede provocar en el interlocutor un cierto malestar, y por eso se recomienda no estar todo el tiempo con la mirada fija en él, pues puede sentirse amenazado.

– *Pausas y silencios.*

Es importante tener en cuenta las pausas e ir intercalándolas con un *feedback* o paráfrasis que indique que se está escuchando.

El silencio lo tendremos que revalorizar como una parte de la comunicación que uno tiene consigo mismo. Además, nos permite tomarnos el tiempo de poderlo personalizar e interiorizar.

El silencio es una comunicación no verbal. Por otra parte, sabemos que toda comunicación no oral se presta a interpretación, y que toda interpretación es mala comunicación si no se clarifica con el paciente o el interlocutor. Por tanto, con el fin de no sentirnos molestos ni interpretar, lo más sencillo y lógico es clarificar el silencio. Con esto queremos indicar que hay que preguntar al interlocutor qué es lo que nos quiere decir con su silencio.

Otra forma de hacer frente al silencio es aprovechar que el paciente haga una pausa para preguntarle cómo se siente al decirme lo que me está comentando. Es decir, en la comunicación hablamos mucho de contenidos y muy poco de sentimientos. Preguntar al paciente cómo se siente nos permite profundizar en lo que me está diciendo.

a. Actitudes psicológicas.

– *Observar el grado de congruencia.*

Se trata de observar si hay congruencia entre lo que dice la persona y lo que nos está comunicando con su cuerpo. Si hay desacuerdo, es señal de que «algo pasa, de que hay algún problema».

Por ejemplo:

El paciente que se coloca en posición fetal y se tapa todo el cuerpo, y, ante nuestra pregunta de si tiene algún problema o preocupación, nos dice que no le pasa nada.

– **Requisitos que debemos tener en cuenta a la hora de escuchar.**

Suspender todo tipo de juicio o prejuicio sobre la persona que nos está hablando.

Respeto o aceptación incondicional de la persona.

Adoptar una actitud empática: la «empatía» es una actitud que supone una escucha atenta y objetiva tanto del contenido (lo que dice) como del tono emocional (cómo lo dice).

Comunicarse implica: ser escuchado. Que haya una respuesta. Por tanto, una vez que hemos sido capaces de escuchar, deberemos saber responder.

– **Responder.**

Tiene por finalidad reflejar lo que el otro dice para darle un sentido preciso; así, podremos diferenciar lo que realmente le ocurre, podremos identificar sus sentimientos y de este modo comprobar si le hemos captado y él se ha sentido o no comprendido. En estas respuestas podemos señalar dos niveles:

Respuestas al contenido: son aquellas en las que sólo reflejamos el argumento, el contenido de lo que nos dicen. Las respuestas de contenido tienen como función:

Comprobar la precisión de la escucha, mostrar al paciente que es importante para nosotros lo que nos dice.

Este tipo de respuestas debe ser específico, no repetitivo, breve y nunca evaluativo.

Respuestas de sentimiento: son aquellas en las que resumimos los sentimientos expresados mediante el lenguaje verbal y no verbal (palabras, gestos, actitudes).

3. Efectos de la escucha activa.

Veamos algunos de estos efectos:

Los pacientes empezarán a escucharle. Los pacientes escucharán los mensajes de los profesionales si éstos escucharon primero.

Los pacientes se vuelven más responsables de su tratamiento.

A los profesionales les proporciona la satisfacción de sentirse agentes de ayuda no sólo física, sino también psicológicamente, al poseer un instrumento que promueve la solución del problema por parte del paciente.

El paciente podrá ser una persona más autónoma, con entidad propia. La enfermera se dará cuenta de que tiene sus propios sentimientos y su propia manera de ver las cosas.

El profesional aprenderá a aceptar más fácilmente a los demás: aprenderá a aceptar los sentimientos de sus enfermos sin importarle cuán diferentes

puedan ser de lo que se considera que el paciente debería o no sentir.

4. Resumen sobre el método de la escucha activa

Hay que recordar que emplear la *forma activa de escuchar es sólo una técnica* para que se pueda comunicar mejor la aceptación y la empatía.

La forma activa de escuchar no funcionará si nos sentimos incapaces de aceptar a los pacientes cuando éstos tienen un problema.

No la emplearemos como una técnica para manipular.

Seremos hábiles en esta técnica sólo si la practicamos.

Nunca conoceremos las capacidades de los pacientes a menos que les demos oportunidades de resolver sus propios problemas.

Feedback

Creemos que el *feedback* o retroalimentación es un punto clave para que el emisor se haya sentido escuchado. De aquí que sea un pilar fundamental en la comunicación.

Entendemos por *feedback* respuesta-reflejo o retroalimentación, la actitud de devolver al paciente lo que éste acaba de decir, tanto a nivel de contenido como del sentimiento o la demanda. Consiste también en reflejar, resumir, parafrasear o acentuar la comunicación manifiesta o implícita del paciente.

Permite a éste estar seguro de haber sido comprendido y, por consiguiente, continuar expresándose. Permite al profesional comprobar que él ha escuchado y comprendido lo que le ha dicho el paciente y, en caso de error, puede rectificarlo fácilmente. Es como una especie de espejo que el profesional ofrece al paciente para que éste se vea reflejado en él.

La reformulación permite una confrontación menos amenazante para el paciente.

Le permite expresar cuál es la causa de su malestar, sin que se sienta amenazado por preguntas.

Empatía

Definición de empatía

Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor: comunicarle esta comprensión y utilizar un lenguaje acomodado a sus sentimientos y entendimiento.

La actitud empática supone:

La capacidad para ponerse auténticamente en el lugar del paciente y ver el mundo como él lo ve. Para ello no sólo basta con captar y entender sus palabras, sino lo que hay detrás de ellas y de los gestos, o sea los sentimientos y las emociones que intenta transmitir con las palabras.

Requiere tener sensibilidad para captar sus sentimientos de miedo, rabia, ternura, preocupación o lo que en ese momento suponga una vivencia para él, sea

lo que sea. Significa vivir en ese momento su vida y, por tanto, evitar emitir juicios, críticas, evaluaciones sobre su situación o el problema que nos está comunicando. Supone transmitir al paciente cómo estamos sintiendo nosotros, los profesionales, lo que nos está comunicando.

Estar con los pacientes significa dejar de lado nuestros puntos de vista y valores propios para entrar en su mundo sin ideas preconcebidas. Es comprender que cuando ellos actúan de una determinada forma debe haber alguna razón importante como, por ejemplo, el hecho de que tengan «ideas raras», «gustos especiales», etc. Debe tener algún sentido para ellos toda esa serie de aficiones y preocupaciones.

Significa que el profesional comprende los sentimientos del paciente para así ser más positivo y tolerante con éste.

Comunicar con los enfermos desde una actitud empática supone que nosotros, como profesionales, tenemos una comprensión profunda de nosotros, que nos entendemos a nosotros mismos para comprender mejor al otro, y que la gama de sentimientos que en nosotros se produce en todo momento, cualesquiera que sean, los aceptemos como algo propio de la persona. De esta manera no nos extrañaremos de las actitudes del paciente.

Si cada profesional se acuerda de cómo él se sentía cuando estuvo enfermo o tenía algún problema serio, si capta lo que pasa en su interior, podrá tener una actitud más empática con los pacientes, los comprenderá mucho mejor. Si se dice a sí mismo: «Soy una persona y nada de lo humano me puede extrañar», tiene el terreno preparado para una escucha activa más eficiente (Rogers, 1968⁷).

Nivel para medir la empatía en las relaciones profesional- paciente (Carkhuff, 1969, en Marroquín Pérez, 1982⁸), teniendo en cuenta que los niveles 1 y 2 son nocivos:

- **Nivel 1:** El asesor tiende a hacer preguntas, dar consejos, ofrecer directrices de comportamiento o tranquilizar a la persona que se muestra desbordada por sus problemas.
- **Nivel 2:** Las respuestas del asesor, aunque responden de alguna manera a los sentimientos del asesorado, sustraen algo notable de lo expresado por él. Se centran más en el contenido de lo que la persona dice que en el sentimiento.
- **Nivel 3:** Las respuestas del asesor son esencialmente intercambiables con las del asesorado, en cuanto que ellas expresan esencialmente los mismos sentimientos y significados. El asesor refleja los sentimientos expresados por la persona sin añadir nada nuevo a lo que ésta ha expuesto.
- **Nivel 4:** El consejero puede devolver necesidades, valores y deseos que están implícitos en su expresión de sentimientos y significados, y que manifiestan sus esperanzas para alcanzar una solución a sus problemas.
- **Nivel 5:** Con las respuestas que damos al paciente añadimos significativamente más de lo que nos ha comunicado este, y conseguimos que exprese sentimientos más profundos de los que nos ha expresado previamente.

Empezar a comunicarnos con los pacientes desde una actitud empática supone darles respuestas de *feedback*, o sea reflejarles no sólo las palabras, sino también el sentimiento de lo que nos han dicho y el porqué de ese sentimiento.

Respeto o aceptación incondicional del paciente

El respeto implica «el aprecio de la dignidad y valor del paciente y su reconocimiento como persona».

«Cuanto más comprendido y aceptado se siente el paciente más fácil le resulta abandonar los mecanismos de defensa con que ha encarado la vida hasta ese momento y comenzar a avanzar hacia su propia maduración» (Rogers, 1971).⁹

La aceptación supone «un cálido respeto hacia la persona, como individuo valioso, independientemente de su condición, conducta o sentimientos, al margen del carácter negativo o positivo de sus actitudes. Esa aceptación de cada uno de los aspectos de la otra persona le brinda calidez y seguridad en nuestra relación» (Rogers, 1971).⁹

Autenticidad

La autenticidad supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos. Es la capacidad de ser verdadero y honesto con el otro. **Es ser coherente, congruente entre lo que piensa, siente, dice y hace.**

Si el paciente ve autenticidad en el profesional, hay una mayor posibilidad de que sea más auténtico y confíe en él más fácilmente.

La congruencia es, para Rogers (1978)¹⁰, una característica esencial de la persona emotivamente sana y, por esta razón, dicha congruencia favorecerá las relaciones sanas y de ayuda, al darse una correspondencia entre lo que piensa, siente, dice y manifiesta con su comportamiento. Esta característica exige del profesional la ausencia de ambigüedad.

Observación: ser auténtico no significa carecer de sentido común, prudencia y juicio o delicadeza. Ser auténtico no significa decir al paciente todo lo que a uno se le pasa por la cabeza.

La actitud del profesional no puede ser sentida como beneficiosa para el paciente más que en la medida en que éste la percibe como profundamente verdadera y natural. Para poder llegar a semejante autenticidad, se requieren dos condiciones esenciales: por una parte, madurez emocional; por otra, un buen conocimiento de uno mismo.

Concreción

Consiste en tener la capacidad de ser concretos y específicos en lo que hablamos. Pedir al paciente que nos dé ejemplos de lo que dice o invitarlo a hablar en primera persona facilitará que el contacto sea más personal y más comprometido. Cuando el paciente trata de precisar su pensamiento, emprende un proceso de fina comprensión de lo que vive y siente.

La especificidad pone de relieve los problemas emocionales. El profesional puede inducir en el paciente esta actitud no sólo preguntándole con precisión, sino también hablándole de manera personal, clara y concreta y no empleando términos abstractos y expresiones anónimas.

Otra manera de ofrecer al enfermo la posibilidad de especificar es pedirle que nos clarifique lo que siente cuando nos está exponiendo su problema o situación.

Confrontación

Consiste en la capacidad de poner de manifiesto las discordancias o incongruencias, las diferencias, las contradicciones entre lo que el paciente dice y lo que hace; entre su comportamiento verbal y el que no lo es.

En la relación terapéutica, el profesional confronta al paciente cuando le pone de manifiesto sus contradicciones y la manera en que se comporta ante ellas.

La confrontación nos aparece como una acción y no como una reacción. Es decir, la confrontación no tiene como finalidad tratar de poner en evidencia agresivamente al paciente, como cuando se coge a un ladrón en pleno delito, sino de poner de manifiesto sus recursos. La confrontación es eficaz si se basa en una comprensión respetuosa de él.

Inmediatez

Es la capacidad del profesional de puntualizar los sentimientos, las reacciones y las palabras que el paciente expresa y que remiten a situaciones exteriores a la relación de ayuda.

En otras palabras, el profesional coloca al enfermo en la situación de aquí y ahora de lo que expresa. Las palabras del paciente, si bien van dirigidas hacia el profesional, las formula de manera vaga e imprecisa. La inmediatez transcribe de manera clara las palabras que parecen dirigidas al profesional. Para poder hacer esto es necesario que el paciente viva de manera muy intensa el momento presente de la relación de ayuda.

Conclusión-resumen

Como hemos señalado, *feedback*, empatía y centrarse en lo que me dice el paciente, mediante el método de resolución de problemas, son, al menos, los tres aspectos clave y muy importantes que nos van a permitir facilitar la relación estableciendo una buena escucha, y esto tanto a nivel verbal como no verbal.

Importancia de practicar el resumen

De vez en cuando, resumir lo que nos ha dicho el paciente tiene por finalidad reagrupar los diferentes puntos que ha tocado en su discurso. Nos permite confrontarlo sin que esto resulte amenazante, pues es como hacerle de espejo para que vea más claramente su problema. ¿Cuándo debemos practicar el resumen?

En primer lugar, cuando el paciente nos va hablando de sus problemas conviene irle haciendo resúmenes de lo que nos ha dicho, para que así vea no sólo lo que vamos captando, sino también el problema o problemas reagrupados.

En segundo lugar, siempre conviene hacer un resumen como una forma de terminar la entrevista, ya que el hacerlo nos ayuda a terminarla. Si le pedimos al paciente que nos haga el resumen, entonces nos daremos cuenta de lo que ha captado sobre lo que le hemos dicho respecto a su problema —verificaremos si nos hemos explicado bien con él—, y también sobre los datos fundamentales que él haya retenido durante la entrevista, y, si fuera necesario, corregiremos o completaremos la información. Esto es de suma importancia para verificar la adherencia o no al tratamiento.

En tercer lugar, si hay una nueva entrevista, conviene comenzar por un resumen, y mejor si nos lo hace el paciente, pues así vemos qué es lo que recuerda de lo que estuvimos hablando, si recuerda los compromisos o tratamiento que establecimos y los ha cumplido, o si ha tenido dificultades, obstáculos, olvidos, etc.

Cómo actuar ante las preguntas

El interrogatorio es muy importante para poder establecer un buen diagnóstico; sin embargo, la mayoría de las personas se incomodan cuando se sienten interrogadas o investigadas. Creemos que la causa de este malestar radica en que se pregunta sin explicar las razones de ello. Por tanto, a fin de que el paciente no se sienta molesto con las preguntas del profesional y sepa el porqué de ellas y del interrogatorio, es conveniente que cada una vaya acompañada de una explicación de por qué se le hace. Esto también llevaría al profesional a ser más concreto o a no llenar el tiempo con preguntas cuando no sabe qué decir, o no sabe adónde va con su entrevista. Máxime, sabiendo que en la comunicación lo que está claro para mí, sólo lo está para mí. El profesional sabe por qué hace la pregunta, pero el paciente ¿sabe por qué se la hace? Una pregunta aparentemente anodina puede esconder un doble mensaje o una interpretación distinta de la evocada por el interlocutor. Si el profesional explica por qué la hace, entonces no caben las dobles intenciones o las preguntas con doble sentido.

Lo mismo cabe decir por parte del paciente: en cada pregunta que nos haga intentaremos clarificar lo que nos quiere decir, y esto, insistimos, por muy claro que nos parezca, pues lo que está claro para mí, sólo lo está para mí.

Saber desconectar y no llevarse consigo los problemas de los pacientes

La empatía consiste en implicarse aquí y ahora con el paciente en lo que está viviendo y sintiendo, con el fin de comprender su mundo y, una vez comprendido, desimplicarse para no sentirse atrapado o «hundirse» con el paciente. Esto quiere decir que cuando estoy con él, estoy en ese momento con el paciente, y en cuanto termino, desconecto y me implico en otra actividad o con otro enfermo, o si he terminado el trabajo y estoy en casa, me implico en las relaciones familiares y, por tanto, me he desimplicado de lo vivido con los pacientes.

Esto no sólo nos permite no quemarnos, sino también ver que los momentos de la vida, por muy duros que sean, son eso, momentos, y que éstos van cambiando, y como cambian, incluso los momentos de dolor son soportables. El problema es cuando nos quedamos «enganchados», sin desconectar, pensando que si ahora es duro, después lo será más, y es aquí donde se da un continuo sufrimiento que nunca termina.

Cierre y despedida

Si ha habido acogida, tiene que haber separación; con ésta mostramos la coherencia o congruencia de todo el proceso. La despedida es un momento breve pero no irrelevante, ya que va a enriquecer y consolidar el trabajo realizado y puede verse perjudicado con un final inconveniente.

El profesional, además de resumir y recalcar los aspectos más significativos encontrados, y reforzar las orientaciones importantes, elogiará la colaboración del paciente insistiendo en su confianza en seguir el plan acordado. Se le despedirá amablemente, recordándole que si tiene cualquier duda, preocupación, etc., no tenga inconveniente en llamarle o solicitar una nueva consulta.

Los profesionales de la salud que han aprendido a escuchar con empatía, que facilitan la expresión de los sentimientos y expectativas de los pacientes y, por tanto, son capaces de comprender cómo afecta la enfermedad a sus vidas, no sólo potencian la confianza y la comprensión de éstos, sino que también curan y cuidan mejor.

Bibliografía

1. Montejo (2009). Influencia del cambio de personal durante el periodo vacacional sobre la relación enfermera-paciente en el ámbito de la Salud Mental. 10.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Extraído el 20 de octubre de 2013.
2. Vidal (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Ediciones de la Universidad de Murcia, 8(3), extraído el 26 de enero de 2013.
3. Smith. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier; 2008.
4. Cibanal, Arce, Carballal. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier; 2014.
5. De Lemos de Oliveira. Comunicação terapéutica entre enfermeiros e pacientes de una unidade hospitalar. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(1):120–132: Extraído el 3 de marzo de 2013.
6. Bermejo. *Apuntes de relación de ayuda*. Santander: Sal Terrae; 2010.
7. Rogers. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós; 1972.
8. Marroquín. *La relación de ayuda en R. Carkhuff*. Bilbao: Mensajero; 1982.
9. Rogers, Kinget. *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid: Alfaguara; 1971.
10. Rogers. *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea; 1978.

PARTE II

Enfermería psiquiátrica y principales trastornos de salud mental, psicopatología y clínica psiquiátrica

Capítulo 5: Nosografías y sistemas de clasificación enfermeras (NANDA, NIC, NOC, CIPE) aplicadas en la enfermería de salud mental

Capítulo 6: Procesos psicopatológicos básicos

Sección 2.1: Demencias

Sección 2.2: Trastornos mentales infanto-juveniles

Sección 2.3: Trastornos psicóticos

Sección 2.4: Trastornos afectivos

Sección 2.5: Trastornos neuróticos

Sección 2.6: Trastornos psicofisiológicos

Sección 2.7: Trastornos de la personalidad y control de impulsos

Sección 2.8: Adicciones

Sección 2.9: Urgencias psiquiátricas

CAPÍTULO 5

Nosografías y sistemas de clasificación enfermeras (NANDA, NIC, NOC, CIPE) aplicadas en la enfermería de salud mental

M.^a Asunción de la Fuente Córdoba

Cristina Francisco del Rey

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 43

Desarrollo de la propuesta 44

Diagnósticos NANDA más comunes en personas que presentan trastornos mentales 45

Dominio 1: Promoción de la salud 45

Dominio 2: Nutrición 48

Dominio 3: Eliminación e intercambio 48

Dominio 4: Actividad/reposo 48

Dominio 5: Percepción/cognición 48

Dominio 6: Autopercepción 49

Dominio 7: Rol/relaciones 51

Dominio 8: Sexualidad 52

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés 52

Dominio 10: Principios vitales 55

Dominio 11: Seguridad/protección 56

Dominio 12: Confort 57

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo 57

Introducción

Según diferentes autores ([Benavent, Ferrer y Francisco \[2009\]](#), [Alfaro-LeFevre \[2003\]](#) y [Gordon \[2003\]](#)), el diagnóstico enfermero es un elemento fundamental del proceso para identificar el problema de cuidados que presenta la persona (familia o grupo) y, en consecuencia, planificar y ofrecer los cuidados enfermeros más pertinentes, al tiempo que ofrece una serie de garantías para la atención que se proporciona y que se traduce en la mejora de la comunicación con la persona atendida y su familia y entre los profesionales.

Desde esta perspectiva, se ha desarrollado y se actualiza periódicamente la propuesta de la North American Nursing Diagnosis Association, que presenta, en un catálogo bianual de diagnósticos, actualmente está en vigor, la clasificación 2012-2014 (NANDA Internacional, 2013)¹. En cada diagnóstico se especifica su significado con la correspondiente definición, los factores con los que se relaciona (factores relacionados en los diagnósticos reales, de riesgo en los diagnósticos de riesgo, y no figuran en los de promoción de la salud) y las características definitorias (en los diagnósticos reales y en los de promoción de la salud, no figurando en los diagnósticos de riesgo). Entre los propósitos de la taxonomía NANDA está el recopilar los diagnósticos que identifican y tratan las enfermeras en diferentes realidades, según los problemas que presentan las personas, construyendo una propuesta que unifica el lenguaje para nombrar los problemas y sirva como guía para enunciar los diagnósticos.

Paralelamente al desarrollo de la clasificación de diagnósticos NANDA se desarrolla la clasificación de resultados de enfermería NOC ([Moorhead et al., 2014](#)) y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC ([Butchek et al., 2014](#)), con estructuras semejantes a la de NANDA, en dominios y clases, aunque con claras diferencias, ya que se organizan en diferentes apartados, con distintas denominaciones y aspectos a los que se refieren (número de dominios y de clases).

En lo que coinciden las tres clasificaciones es en que una de sus finalidades consiste en unificar el lenguaje enfermero. El uso de un lenguaje enfermero estandarizado (LEE) parece imprescindible para que la comunicación entre los y las profesionales sea eficaz, y de éstos con las personas atendidas, al tiempo que facilita la investigación en el camino de la creación de evidencias científicas en el campo enfermero.

Ante el auge que experimenta la utilización de estas clasificaciones surgen críticas, como la expresada por [Medina \(2006\)](#), que las considera como propuestas reduccionistas. [Fornés \(2008\)](#), por su parte, afirma que la utilización de la clasificación de diagnósticos no se corresponde con el lenguaje que habitualmente utilizan las enfermeras que atienden a personas con problemas de salud mental. Como respuesta a esta cuestión han surgido propuestas como la desarrollada por [Luis \(2008\)](#) que, tomando como marco la clasificación de NANDA, se propone *crear un instrumento de trabajo que, considerando nuestros valores culturales y*

nuestro propio entorno, resulte útil en la práctica diaria.

Compartiendo, hasta cierto punto, las manifestaciones expresadas por estos autores, parece oportuno establecer las posibles relaciones que pueden existir entre los problemas de cuidados que presentan las personas de salud mental y los diagnósticos contenidos en la taxonomía NANDA, para que, en cada caso concreto, a través de la propuesta de interrelaciones NANDA, NOC y NIC (NNN) ([Johnson et al., 2007](#)), en la situación clínica particular, se relacionen los diagnósticos con los resultados que pueden resultar más pertinentes, y elegir las intervenciones que pueden resultar más apropiadas. Actualmente, la utilización conjunta de las tres clasificaciones es una corriente muy extendida, que se pone de manifiesto en las guías y procedimientos de cuidados y es un tema de estudio y aplicación en la formación enfermera.

Desarrollo de la propuesta

Esta propuesta no trata en ningún momento de sustituir los procesos de razonamiento clínico para dar sentido y significado a la valoración, necesaria en los procesos de razonamiento diagnóstico ([Benavent, Ferrer y Francisco, 2009](#)), ni para la elección del resultado o la intervención que pueden ser avalados por la evidencia científica y la situación de la persona. Así, por ejemplo, el juicio clínico puede fundamentar el diagnóstico, que en esta propuesta se relaciona con un determinado problema de salud mental, o lo contrario, llegar a concluir en un diagnóstico diferente.

A la hora de abordar este capítulo es pertinente preguntarse si se pueden establecer relaciones entre los problemas de salud mental y los diagnósticos enfermeros. La respuesta la encontramos en la propia definición del concepto de diagnóstico (NANDA)²: «Juicio clínico sobre las experiencias-respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.» Los diagnósticos enfermeros identifican las respuestas de las personas a los problemas de salud que son de la competencia enfermera. Desde esta perspectiva cada persona, con un problema de salud mental, responderá de manera única y singular, presentando un problema enfermero u otro, por ejemplo, relacionado con el cumplimiento del tratamiento, el descanso, la alimentación o las relaciones, etc., que podrá ser identificado y enunciado como un diagnóstico enfermero.

En la literatura encontramos diferentes propuestas para establecer relaciones entre los problemas de salud mental y los diagnósticos NANDA más comunes.

[Johnson et al. \(2012\)](#) trabajan en desarrollar vínculos entre los diagnósticos médicos comunes que son tratados conjuntamente con enfermería y NOC y NIC. En su propuesta, han seleccionado «afecciones de alta frecuencia y coste elevado

que se pueden identificar mediante diagnósticos médicos o acontecimientos adversos, y que las enfermeras pueden prevenir». Entre los problemas seleccionados se encuentra la depresión, para la que se indican una serie de resultados que pueden ser pertinentes, y, para éstos, las intervenciones correspondientes.

M.^a Teresa [Lluch \(2004\)](#) propone establecer las relaciones entre los problemas que presentan las personas con problemas de salud mental y los diagnósticos NANDA, analizando los contenidos en los dominios que se conceptualizan con los relacionados con aspectos psicológicos. Examinando la propuesta de esta autora encontramos que de los 13 dominios en los que se organiza la taxonomía, 10 de ellos contemplan aspectos relacionados con la esfera psicológica en su definición, como son: 1. Promoción de la salud. 5. Percepción-comunicación. 6. Autopercepción. 7. Rol-relaciones. 8. Sexualidad. 9. Afrontamiento-tolerancia al estrés. 10. Principios vitales. 11. Seguridad-protección. 12. Confort. 13. Crecimiento-desarrollo. Los 3 dominios en los que no se hace referencia a aspectos psicológicos también contienen diagnósticos que pueden desencadenarse por problemas psicológicos. Por ejemplo, en el dominio 2, nutrición, se pueden plantear desequilibrios nutricionales por problemas psicológicos. En el 3, eliminación e intercambio, el diagnóstico de estreñimiento subjetivo puede tener causas de origen psicológico. En el dominio 4, actividad-reposo, figura el diagnóstico de vagabundeo, que en su desarrollo recoge aspectos relacionados con el área psicosocial de la persona.

Otras propuestas tienen que ver con los problemas más prevalentes. Tanto la Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón ([Colomer, 2002-2010](#)), como el Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid ([Castelo, 2010-2011](#)), señalan que entre los problemas más frecuentes que identifican las enfermeras en las personas con problemas de salud mental se encuentran situaciones que tienen que ver con el seguimiento de las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería, la asistencia a citas programadas y la toma correcta de los fármacos.

Plantean que es común, en las personas con problemas de salud mental, el consumo de tóxicos, alcohol y tabaco. La falta de interés en conductas saludables y preventivas las hace más vulnerables a problemas relacionados con los cuidados cotidianos, accidentes y problemas de salud.

Destacan también que la enfermedad les lleva a interpretar de manera errónea la realidad, y esto a la disminución de la capacidad de aprendizaje, de resolución de problemas, de integrar las crisis como elementos de crecimiento personal o, directamente, problemas de los sentidos.

En un plano concreto se apuntan problemas psicológicos propiamente dichos, como la falta de autoestima y los de relación con la familia y el grupo.

M.^a Teresa [Luis \(2008\)](#), en su propuesta, ofrece una serie de apartados en cada diagnóstico que orientan sobre la oportunidad de la adecuación del diagnóstico

para nombrar la situación. Uno de estos apartados se refiere a cuándo se aconseja utilizar la etiqueta y otro a la valoración específica tras el diagnóstico. Por ejemplo, en la etiqueta de aflicción crónica (00137) *aconseja utilizar la etiqueta con precaución, ya que puede indicar un problema psicológico o afectivo que requiera tratamiento por parte de un profesional de salud mental*. Para la etiqueta de deterioro de la memoria (00131), en la valoración específica tras el diagnóstico, entre los aspectos que considera necesario precisar para constatar su oportunidad, están el estado emocional de la persona, el consumo de alcohol y el de drogas.

Analizadas estas propuestas, y partiendo de que entendemos el concepto de persona desde una perspectiva integral y holística que responde de manera singular a sus necesidades de cuidados, la situación de cada persona debe ser valorada de manera específica y concluirá, por lo tanto, con la identificación de los problemas que presenta. Hemos optado por pasar a considerar la enfermedad mental como un factor que puede contribuir a la aparición de un diagnóstico enfermero o al riesgo de que aparezca.

En este sentido y como se viene argumentando, se trata de analizar los modelos diagnósticos propuestos por NANDA, en los que se puede encontrar algún aspecto relacionado con la salud mental dentro de los factores relacionados o factores de riesgo y/o características definitorias de los propuestos en la clasificación. Es desde este planteamiento desde el que se pueden establecer relaciones fundamentadas más allá de las especificidades que planteen o se observen en una persona concreta. También se apuntan los diagnósticos de promoción de salud que se considera pueden tener significado para personas con problemas de salud mental. Como en cualquier situación, la persona manifestará su interés y compromiso por mejorar en el aspecto o aspectos al que se refiere el diagnóstico.

Se analizan los diagnósticos siguiendo el orden establecido por dominios, argumentando en cada uno de ellos cuándo es apropiada su utilización, de acuerdo con el criterio y experiencia de las autoras y según la bibliografía más relevante. Se concluye aportando la [tabla 5-1](#) en la que se relacionan las propuestas de [Wilkinson y Ahern \(2008\)](#) y Rigol (2001), en ellas se detallan los diagnósticos NANDA que pueden estar más relacionados con enfermedades psiquiátricas comunes; esta última autora propone también las intervenciones que considera más pertinentes para cada diagnóstico.

Tabla 5-1

Tabla de diagnósticos enfermeros asociados a trastornos mentales según Wilkinson y Ahern y Rigol

Enfermedad psiquiátrica	Diagnósticos enfermeros (Wilkinson, 2008)	Diagnósticos enfermeros y NIC (Rigol, 2001)
Abuso de sustancias	CP⁺ del alcoholismo CP⁺ del abuso de sustancias CP⁺ del abuso de sustancias o la abstinencia • Afrontamiento familiar • Afrontamiento ineficaz • Ansiedad • Autoestima crónica, baja • Diarrea • Disfunción sexual • Impotencia • Incumplimiento del tratamiento • Interacción social, deterioro • Lesión, riesgo de • Mantenimiento del hogar, dificultades para el • Memoria, trastorno de • Moral, sufrimiento • Negación ineficaz • Nutricional, desequilibrio (superior) • Parental, alteración • Patrón del sueño, alteración del • Procesos familiares, alteración de • Rol, alteración del desempeño • Sensoperceptivas, alteraciones • Síndrome posttraumático • Toma de decisiones, conflicto en la • Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de • Volumen de líquidos, déficit de	Adaptación, trastorno Tratamiento del uso de sustancias: desintoxicación de alcohol Tratamiento del uso de sustancias: desintoxicación Tratamiento del uso de sustancias: sobredosis Mantenimiento ineficaz de la salud Fijar objetivos conjuntos Clarificación de valores Procesos familiares, alteración Tratamiento del uso de sustancias Movilización de los recursos familiares
Depresión grave	• Actividad, intolerancia • Afrontamiento familiar • Afrontamiento ineficaz • Aislamiento social • Ansiedad • Autocuidado, déficit del • Autoestima crónica, baja • Desesperanza • Duelo disfuncional • Estreñimiento • Impotencia • Interacción social, deterioro de la • Lesión, riesgo de • Mantenimiento de la salud, alteración en el • Mantenimiento del hogar, dificultades para el • Nutricional, desequilibrio (inferior) • Patrón de sueño, alteración del • Patrones de sexualidad, alteración de los	Desesperanza Apoyo emocional Infundir esperanza Impotencia Reestructuración cognitiva Reforzar autoestima Riesgo de violencia autodirigida Prevención del suicidio Vigilancia: seguridad

	• Procesos familiares, alteración de los • Rol, alteración en el desempeño del • Violencia autodirigida, riesgo de	
Manía	CP⁺ Terapia con litio • Afrontamiento defensivo • Afrontamiento ineficaz • Ansiedad • Comunicación verbal, trastorno de la • Estrés por sobrecarga • Identidad personal, trastorno de la • Interacción social, deterioro de la • Lesión, riesgo de • Mantenimiento de la salud, alteración en el • Nutricional, desequilibrio (inferior) • Patrón sueño, alteración • Procesos familiares, alteración de los • Rol, alteración en el desempeño del • Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno • Suicidio, riesgo de • Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de • Volumen de líquidos, déficit de	
Fobias	• Actividades recreativas, déficit de • Afrontamiento ineficaz • Aislamiento social • Ansiedad • Interacción social, deterioro de la • Rol, alteración en el desempeño del • Temor	Afrontamiento individual: ineficaz Reforzar el afrontamiento Reestructuración cognitiva Reducir la ansiedad Deterioro de la interacción social Modificación de conducta Terapia simple de relajación
Paciente agresivo	• Afrontamiento defensivo • Autoestima crónica, baja • Autoestima situacional, baja • Interacción social, deterioro • Síndrome posttraumático • Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de	
Paciente psicótico	• Afrontamiento familiar • Ansiedad • Autocuidado, déficit de • Automutilación, riesgo de • Comunicación verbal, trastorno de la • Identidad personal, trastorno de la • Gestión ineficaz de la propia salud • Interacción social, deterioro de la • Mantenimiento de la salud, alteración en el • Mantenimiento del hogar, dificultades para el • Sensoperceptivas,	Aislamiento social Asesoramiento Apoyo emocional Constricción de relaciones complejas Alteración de los procesos de pensamiento (este diagnóstico no existe desde la revisión NANDA 2009-2011) Según señala Escalada (2013), es uno de los diagnósticos más utilizados en personas con trastornos psiquiátricos

	alteraciones • Violencia autodirigida o dirigida a otros, riesgo de	
Paciente con trastornos alimentarios	• Actividad, intolerancia a la • Afrontamiento familiar • Afrontamiento individual • Ansiedad • Autoestima crónica, baja • Estreñimiento • Imagen corporal, trastorno de la • Gestión ineficaz de la propia salud • Interacción social, deterioro de la • Nutricional desequilibrio (inferior) • Volumen de líquidos, déficit de	P. interdependiente: dismorfofobia Alteración procesos familiares (hoy sería afrontamiento familiar) Promocionar la integridad familiar Apoyo familiar Negación ineficaz Establecer relaciones complejas Apoyo en la toma de decisiones Manejo ineficaz del régimen terapéutico (hoy denominado: gestión ineficaz de la propia salud) Gestión de los trastornos de la alimentación Pactar con el enfermo
Personas con delirium y demencia		Trastorno de la comunicación verbal Fomento de la comunicación Estimulación cognoscitiva Terapia de reminiscencia Déficit de autocuidado: baño, vestido, alimentación (hoy existe el diagnóstico descuido personal) Actuación ante la demencia

* Complicación potencial.

En esta propuesta no se establecen relaciones entre los diagnósticos analizados y los resultados NOC porque la singularidad de cada caso hace que la elección deba hacerse de manera particular, y ocurriendo lo mismo con las intervenciones, se recomienda recurrir a la propuesta NNN y elegir los resultados e intervenciones más pertinentes.

Diagnósticos NANDA más comunes en personas que presentan trastornos mentales

Dominio 1: Promoción de la salud

Estilo de vida sedentario (00168)

Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Este diagnóstico puede ser útil en personas que presentan trastornos esquizofrénicos y depresivos, por la falta de motivación o de interés que muestran (situaciones que se recogen en el diagnóstico como factores relacionados). En el caso de que existieran otros comportamientos poco saludables (relacionados con la alimentación o el sueño) sería más preciso aplicar diagnósticos más amplios, como gestión ineficaz de la propia salud o mantenimiento ineficaz de ella.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)

Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.

Este diagnóstico puede resultar válido en personas que sufren trastorno de estrés postraumático, que a menudo recurren al alcohol o a las drogas para afrontar sus vivencias, y en las personas que presentan adicciones. También se podría utilizar en los episodios de crisis maníacas, ya que la persona puede llevar a cabo conductas de riesgo para su salud, precisamente por existir un fallo en conseguir una sensación óptima de control y ser irreal la sensación de control percibida por la persona.

[Wilkinson y Ahern \(2008\)](#) desaconsejan este diagnóstico por no ser lo suficientemente específico como para resultar clínicamente útil. Recomiendan que se utilice añadiendo frases aclaratorias (p. ej., incapacidad para manejar la ira).

Gestión ineficaz de la propia salud (00078)

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

Es frecuente que las personas con trastornos mentales manifiesten dificultades con los tratamientos prescritos y que en ocasiones se hayan producido fracasos al incluir el régimen terapéutico a la vida diaria. Suele estar relacionado con conflictos de decisiones (a veces no creen necesario tomar medicación, pues se encuentran bien) y la percepción de gravedad y beneficios.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)

Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico

para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Se podrá utilizar cuando la persona exprese deseo de manejar su enfermedad y tenga mínimas dificultades con los tratamientos prescritos. Esto no siempre es posible con las personas con trastornos mentales.

Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)

Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

Hay casos en los que las personas con problemas mentales expresan dificultad para manejar la enfermedad y el régimen terapéutico, y las actividades familiares son inapropiadas, por conflictos familiares y en la toma de decisiones.

En algunas familias, hay patrones disfuncionales de comunicación, relación y conflicto de roles. Y cuando alguno de sus miembros padece esquizofrenia se suele dar un patrón de comunicación llamado de doble vínculo. También son típicas las «relaciones de enredo» en las familias en las que alguno de sus componentes tiene trastornos alimentarios. La enfermera puede ayudar a clarificar roles, conseguir autonomía de los miembros y fomentar patrones de comunicación eficaz.

[Wilkinson y Ahern \(2008\)](#) aconsejan utilizar este diagnóstico sólo con familias motivadas. También aconsejan usar *alteración de los procesos familiares o afrontamiento familiar ineficaz* para el abordaje familiar de problemas más amplios y que no se limiten al manejo del tratamiento.

Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

[Wilkinson y Ahern \(2008\)](#) lo aconsejan usar cuando las personas con problemas de salud mental desean cambiar su estilo de vida o cuando carecen de conocimiento sobre su enfermedad. Desaconsejan el uso en personas que no están motivadas para el cambio.

Sin embargo, en las características definitorias de este problema aparecen la falta de conductas adaptativas, falta de conocimientos, incapacidad de asumir responsabilidad hacia la prácticas básicas de salud y falta de expresión de interés por mejorar. Las personas con trastornos mentales pueden presentar muchos de los factores relacionados que figuran en este diagnóstico, tales como deterioro cognitivo, duelo complicado, habilidades para la comunicación deficientes, incapacidad para realizar juicios apropiados, afrontamiento familiar ineficaz, afrontamiento individual ineficaz, deterioro perceptivo, sufrimiento espiritual y no superación de las tareas del desarrollo.

Dominio 2: Nutrición

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan fundamentalmente al patrón nutricional. El abordaje es multidisciplinar y los diagnósticos enfermeros encontrarán significado en otros dominios (percepción/cognición, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad/protección) enfocados a abordar el problema de base (procesos familiares, manejo ineficaz de régimen terapéutico, negación ineficaz y trastorno de la imagen personal o dismorfofobia).

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Los problemas de salud mental no suelen predisponer a las personas que los padecen a presentar diagnósticos incluidos en este dominio. Aunque merece una reflexión el de estreñimiento subjetivo, ya que puede tener su origen en algún trastorno de tipo psicológico.

Estreñimiento subjetivo (00012)

Autodiagnóstico de estreñimiento acompañado de abuso de laxantes, enemas y/o supositorios para asegurar una defecación diaria.

Entre los factores relacionados figuran creencias culturales de salud y deterioro de los procesos de pensamiento. Puede encontrarse información que justifique esta etiqueta en personas con problemas de anorexia y/o bulimia, aunque se desaconseja utilizarla, ya que su abordaje requiere de intervenciones interdisciplinarias desde una perspectiva más amplia. Aunque se puede justificar la intervención enfermera dirigida a modificar las creencias erróneas y evitar el uso de los distintos tipos de laxantes que pueden tener efectos negativos sobre la salud de la persona.

Dominio 4: Actividad/reposo

Insomnio (00095)

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Deprivación de sueño (00096)

Períodos de tiempo prolongados sin sueño.

Es un diagnóstico que puede darse en personas que presentan ansiedad, depresión, temores, duelo, abuso de alcohol, estrés y demencia.

Deterioro de la ambulación (00088)

Entendido como limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Tiene como factores relacionados el estado de ánimo depresivo y el deterioro cognitivo.

Fatiga (00093)

Es la sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual.

Como características definitorias se encuentran la falta de energía, apatía, somnolencia y desinterés por el entorno, entre otras. Son características que suelen darse en personas que presentan problemas de ansiedad, depresión, estrés, y en personas con trastornos esquizofrénicos.

Vagabundeo (00154)

Se considera vagabundeo al caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente, es incongruente con las fronteras, los límites o los obstáculos.

Como factores relacionados aparecen: estados emocionales como frustración, ansiedad, aburrimiento, depresión y agitación. También puede ser un diagnóstico que lo presenten personas con problemas de deterioro cognitivo.

Déficit de autocuidado: alimentación (00102)

Se define como el deterioro de la capacidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

Déficit de autocuidado: baño (00108)

Entendido como deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.

Déficit de autocuidado: vestido (00109)

Definido como el deterioro de la capacidad para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido.

Esto tres últimos diagnósticos se presentan como factores relacionados: deterioro cognitivo, disminución de motivación, discomfort, deterioro de la percepción y ansiedad grave.

Son comunes en personas con trastornos esquizofrénicos, pues en ocasiones el no poner en práctica estas capacidades causa malestar para las propias personas y para los familiares.

Descuido personal (00193)

Consiste en una constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

Es un diagnóstico útil cuando la persona presenta varios déficits de autocuidados como los expresados en los párrafos anteriores.

Suelen presentarlo personas con trastorno esquizofrénico, depresión, demencia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno paranoide y esquizotípico de

personalidad, y abuso de sustancias.

Dominio 5: Percepción/cognición

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127)

Falta constante de orientación respecto a personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3-6 meses, que requiere un entorno protector.

Este problema es típico en personas con estados confusionales. Está relacionado con la demencia y la depresión.

Confusión aguda (00128)

Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

Se relaciona con delirio, demencia y abuso de sustancias. El delirio y el abuso de sustancias son cuadros agudos y se ajustan más a este tipo de confusión.

Confusión crónica (00129)

Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por la disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales, reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.

Algunas enfermedades que figuran como factores relacionados con este cuadro confusional son: enfermedad de Alzheimer, psicosis de Korsakoff y demencia multiinfarto.

Riesgo de confusión aguda (00173)

Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

Se consideran factores de riesgo: demencia, deterioro de la cognición, medicamentos (opiáceos, sustancias psicoactivas), privación sensorial y abuso de sustancias.

Conocimientos deficientes (00126)

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Algunos factores relacionados son: limitación cognitiva, mala interpretación de la información, falta de interés por el aprendizaje e incapacidad para recordar.

Control de impulsos ineficaz (00222)

Patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin

tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para las demás.

Son muchos los cuadros que pueden conllevar este diagnóstico; los factores relacionados son: ira, baja autoestima crónica, codependencia, ideas delirantes, negación, trastorno cognitivo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad, alteración de la imagen corporal, desesperanza, afrontamiento ineficaz, aislamiento social, vulnerabilidad ante el estrés, abuso de sustancias y pensamiento suicida.

Deterioro de la memoria (00131)

Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

Siendo uno de los factores relacionados los trastornos neurológicos.

Deterioro de la comunicación verbal (00051)

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Son frecuentes las ocasiones en las que las personas con problemas mentales tienen problemas de comunicación y necesitan desarrollar habilidades comunicativas, entrenamiento en habilidades sociales y, en concreto, en practicar la asertividad. Algunos factores relacionados son: alteración del autoconcepto, alteración del sistema nervioso central, alteración de las percepciones, tumor cerebral, baja autoestima crónica, diferencias relacionadas con la edad y el desarrollo, condiciones emocionales, barreras psicológicas (psicosis, falta de estímulos, estrés, efectos secundarios del tratamiento [fármacos]).

El diagnóstico de **trastorno de la percepción sensorial** (especificar: visual, auditivo, cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (00122), en la última revisión NANDA-I 2012-2014 ha sido retirado, aludiendo a que se deben dividir los núcleos diagnósticos que contiene este diagnóstico en conceptos separados (p. ej., déficit en la percepción sensorial visual y déficit en la percepción sensorial auditiva, etc.) con una clara identificación de las características definitorias y factores relacionados específicos a cada diagnóstico.

El diagnóstico de **trastorno de los procesos de pensamiento** fue excluido del listado NANDA en la revisión de los años 2009-2011, ya que faltaban los factores relacionados y necesitaba actualización para mostrar el nivel actual del conocimiento científico. Es curioso que en la revisión de Escalada (2014), las autoras comenzaron analizando 220 artículos publicados (de 1990 a septiembre de 2011), y sólo incluyeron, finalmente, 14 en su estudio. Tres expertos analizaron los diagnósticos de enfermería NANDA y/o las intervenciones de enfermería NIC más frecuentes en diferentes ámbitos asistenciales de salud mental. En sus conclusiones también apuntan a que hay poca evidencia disponible en relación a la taxonomía, pero el diagnóstico más frecuentemente usado en personas con

problemas de salud mental fue, precisamente, el trastorno de los procesos de pensamiento, que en la actualidad está excluido del listado.

Dominio 6: Autopercepción

Según [Wilkinson y Ahern \(2008\)](#), el autoconcepto es muy amplio e incluye la imagen corporal, la autoestima, la identidad personal y el desempeño del rol.

Desesperanza (00124)

Definida como el estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Figuran como factores relacionados situaciones que son frecuentes en personas con problemas de salud mental, tales como: abandono, estrés de larga duración, aislamiento social y pérdida de las creencias.

Debe diferenciarse desesperanza de **impotencia** (etiqueta incluida en el dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés³); la desesperanza implica que una persona crea que no hay solución para su problema, y en la **impotencia** la persona puede conocer la solución para su problema, pero siente que ésta está fuera de su control.

En el apartado de las características definitorias aparece disminución de las emociones, del apetito, de la respuesta a estímulos de la verbalización, de la iniciativa, y en la impotencia aparecen emociones como ánimo depresivo, frustración, vergüenza y falta de control.

Teresa [Luis \(2008\)](#) aconseja utilizar la etiqueta cuando la percepción de la persona no sea realista y haya alternativas u opciones posibles que ella no percibe.

Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)

Se refiere al riesgo de percepción de pérdida del respeto y del honor.

Entre los factores de riesgo figuran: participación inadecuada en la toma de decisiones, percepción de tratamiento deshumanizador, percepción de humillación, percepción de intrusión por parte de los profesionales y percepción de invasión de la intimidad y etiqueta estigmatizadora.

Trastorno de la identidad personal (00121)

Se refiere a la incapacidad para mantener una percepción completa integrada del yo.

Como factores relacionados están: baja autoestima crónica, discriminación, estados maníacos, trastorno de personalidad múltiple, percepción de prejuicios, trastornos psiquiátricos (psicosis, depresión, trastorno disociativo, etc.), crisis situacionales, baja autoestima situacional, cambios en el rol social y uso de fármacos psicoactivos.

Riesgo de soledad (00054)

Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.

Como factores de riesgo se recogen: carencia afectiva, aislamiento social y aislamiento físico. [Wilkinson y Ahern \(2008\)](#) sugieren usarlo cuando la percepción es subjetiva, y si es objetiva convendría utilizar *aislamiento social*. [Luis \(2008\)](#) aconseja usar esta etiqueta cuando sea posible controlar, reducir o eliminar los factores de riesgo, modificando conductas de la persona o del cuidador, y no usarlo si los factores no son modificables.

Baja autoestima crónica (00119)

Definido el diagnóstico como larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o hacia sus propias capacidades.

Entre los factores relacionados figuran: adaptación ineficaz a una pérdida, falta de afecto, falta de aprobación, falta de pertenencia al grupo, percepción de discrepancias entre el yo y las normas espirituales, percepción de falta de pertenencia, percepción de falta de respeto por parte de otros, trastorno psiquiátrico, fracasos repetidos, acontecimiento traumático y situación traumática.

Son muchos los trastornos psiquiátricos con los que este diagnóstico es compatible. Muchos procesos que cursan como trastornos mentales conllevan una baja autoestima crónica, y si la persona trabaja en objetivos encaminados a incrementar su autoestima, mejorarán o desaparecerán trastornos depresivos, ansiosos, alimentarios y psicosomáticos. Las personas con problemas psiquiátricos suelen presentar sentimientos de culpa y vergüenza, indecisión, pasividad, conformismo, autoevaluación como incapaz y mensajes negativos, y todas son manifestaciones de este diagnóstico enfermero.

Las autoras Judith [Wilkinson y Nancy Ahern \(2008\)](#) sugieren usarlo diferenciando la cronicidad de este diagnóstico con el de baja autoestima situacional, ya que los síntomas son prolongados y parecen deberse a una frecuente falta de éxito, real o percibida, en el trabajo o en el desempeño del rol.

[Luis \(2008\)](#) aconseja no usarlo cuando esté vinculado a un proceso psicopatológico y abordarlo como un problema de colaboración.

Baja autoestima situacional (00120)

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Figuran como factores relacionados: conducta inconsistente con los valores, falta de reconocimiento y rechazos. M.^a Teresa [Luis \(2008\)](#) aconseja usarlo en situaciones en que la persona tenía previamente una autoestima positiva y, en respuesta a una alteración de la salud o proceso vital, presenta manifestaciones de pérdida de la misma.

Riesgo de baja autoestima crónica (00224)

Riesgo de larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o hacia sus propias capacidades.

Entre los factores de riesgo se recogen: adaptación ineficaz a una pérdida, falta de afecto, falta de pertenencia al grupo, percepción de discrepancias entre el yo y las normas espirituales, percepción de falta de pertenencia, percepción de falta de respeto por parte de otros, trastorno psiquiátrico, fracasos repetidos, acontecimiento traumático y situación traumática.

Riesgo de baja autoestima situacional (00153)

Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Como factores de riesgo figuran: conducta inconsistente con los valores, trastorno de la imagen corporal, falta de reconocimiento, rechazos y experiencias irreales sobre sí mismo.

Trastorno de la imagen corporal (00118)

Confusión en la imagen mental y el yo físico.

Entre los factores relacionados se recogen: cognitivos, perceptivos y psicosociales.

La imagen corporal es uno de los cuatro componentes que configuran la percepción de uno mismo (imagen corporal, desempeño del rol, identidad personal y autoestima); la alteración de uno de estos aspectos afecta al resto, motivo por el cual es necesario valorar todos los componentes.

Luis (2008) desaconseja usarlo si los problemas en la imagen mental se deben a trastornos psicopatológicos. **Wilkinson y Ahern (2008)** afirman que para que se dé este diagnóstico se tiene que manifestar que la persona *expresa sensaciones o percepciones que reflejan un cambio real o percibido de la apariencia, estructura o función del cuerpo*, o porque presenta *respuestas no verbales a un cambio real o percibido de la apariencia, estructura o función del cuerpo*.

Son múltiples las manifestaciones subjetivas como despersonalización, énfasis en las capacidades conservadas y engrandecimiento de los logros, expresión de cambios en el estilo de vida, miedo al rechazo, obsesión con capacidades, funciones o apariencia pasada, obsesión por el cambio, negativa a verificar un cambio real y sentimientos negativos hacia el cuerpo. Hay también manifestaciones objetivas, como cambio en las interacciones sociales, cambio en la capacidad de estimar la relación espacial del cuerpo con el entorno, cambio en la estructura o función del cuerpo, conductas de evitación, vigilancia o reconocimiento del cuerpo, esconder o mostrar excesivamente una parte del cuerpo, no mirar o no tocar una parte del cuerpo.

Los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno límite de personalidad, los estados maníacos, suelen estar muy relacionados con el trastorno de la imagen corporal.

Dominio 7: Rol/relaciones

Cansancio del rol de cuidador (00061)

Nombra una situación en la que el cuidador habitual de la familia tiene dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.

Suele estar relacionado con:

- El estado de salud del receptor de los cuidados: adicción, codependencia, problemas cognitivos, dependencia, cronicidad de la enfermedad, necesidad de cuidados crecientes, salud inestable del receptor de los cuidados, problemas de comportamiento, problemas psicológicos, abuso de sustancias e imposibilidad para predecir el curso de la enfermedad.
- El estado de salud del cuidador: codependencia, problemas cognitivos, incapacidad para satisfacer las expectativas propias, incapacidad para satisfacer las expectativas ajenas, problemas psicológicos, abuso de sustancias y expectativas poco realistas sobre sí mismos.
- Las relaciones cuidador-receptor de los cuidados: antecedentes de malas relaciones, presencia de violencia y/o abusos.
- Las actividades del cuidador: responsabilidad de los cuidados durante 24 horas, imposibilidad de predecir la situación de cuidados y dedicarse a los cuidados durante años.
- Procesos familiares: antecedentes de disfunción familiar y antecedentes de afrontamiento familiar marginal.
- Recursos: recursos comunitarios inadecuados (períodos de respiro, recursos recreativos), dificultad para acceder a los recursos de asistencia o apoyo, entorno físico inadecuado para proporcionar cuidados (acondicionamiento del domicilio, seguridad).
- Socioeconómicos: alienación de los demás, conflicto en el desempeño del rol, actividades recreativas insuficientes y aislamiento de los otros.

[Luis \(2008\)](#) aconseja utilizar dicha etiqueta cuando la cuidadora desea seguir desempeñando ese papel, pero le resulta difícil hacerlo en ese momento porque le faltan habilidades o porque está abrumada por la situación. Desaconsejaría usarla cuando la cuidadora no desea seguir desempeñando ese papel y busca activamente la manera de que sea otra persona o una institución quien asuma la responsabilidad del cuidado. Tal situación puede ser una conducta totalmente adaptada que no requiere, por tanto, de ningún diagnóstico.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)

Riesgo de vulnerabilidad en el cuidador por sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

Figuran como factores de riesgo: la cantidad de tareas de cuidados, el receptor de cuidados muestra un comportamiento atípico, el receptor de cuidados muestra un comportamiento desviado y, en general, son todos los factores relacionados

posibles en cuidados a personas con trastornos mentales.

Deterioro parental (00056)

Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Entre los factores relacionados que figuran, y que están relacionados con la salud mental, están: depresión, discapacidad y antecedentes de enfermedad mental, aunque se recoge un amplio listado que tiene que ver con aspectos psicosociales.

Riesgo de deterioro parental (00057)

Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Entre los factores de riesgo están: depresión, discapacidad, antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, baja autoestima crónica, estrés, aislamiento social, y son muchos los factores que la etiqueta describe como posibles en una persona que presenta un trastorno mental.

Procesos familiares disfuncionales (00063)

Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan en sí mismas.

Se ha retirado en la revisión NANDA 2009-2011 el especificar en este diagnóstico «alcoholismo», ya que la definición y las características definitorias se encontraron de aplicación más amplia que centrada exclusivamente en alcoholismo. La interacción bidireccional familia-persona con problemas mentales es muy compleja y afecta a ambos, y es, por tanto, un diagnóstico bastante frecuente en situaciones crónicas de alteraciones mentales.

Pueden ser factores relacionados: personalidad adictiva, influencias bioquímicas, antecedentes familiares de abuso de sustancias, predisposición genética de abuso de sustancias, habilidades de afrontamiento inadecuadas, falta de habilidades para la solución de problemas y la comunicación, entre otros.

Interrupción de los procesos familiares (00060)

Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar.

Suele estar relacionado este diagnóstico con cambios de roles, cambios en el estado de salud, crisis de desarrollo y situacionales. Hay que tener en cuenta que los cambios y crisis suponen un reajuste o readaptación normal; si se está en este proceso no sería necesario formular esta etiqueta.

Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)

Riesgo de alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y educativa.

Algunos factores de riesgo recogidos son: conflicto parental debido a la conducta desorganizada del niño y abuso de sustancias.

Conflicto del rol parental (00064)

Experiencia del padre/madre de confusión en el rol y conflicto en respuesta a una crisis.

Como características definitorias figuran: ansiedad, temor, pérdida de control, sentimientos de frustración y culpa. Manifestaciones que pueden ser tratadas como alteraciones psicológicas.

Los factores relacionados aparecen más centrados en cuidados de niños.

Desempeño ineficaz del rol (00055)

Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en el que se encuentran.

Figuran como factores relacionados: baja autoestima crónica, déficits cognitivos, depresión, enfermedad mental, defectos neurológicos, baja autoestima situacional y abuso de sustancias.

Deterioro de la interacción social (00052)

Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

Relacionado con: alteración de los procesos de pensamiento y trastorno del autoconcepto.

Escalada, Muñoz y Marro (2013), en una revisión bibliográfica de 220 artículos que describen la labor desarrollada por las enfermeras en salud mental, analizaron 14 estudios y encontraron que las etiquetas diagnósticas más prevalentes son trastorno de los procesos de pensamiento y deterioro de la interacción social.

En Wilkinson y Ahern (2008) se distingue entre aislamiento social y deterioro de la interacción social. El diagnóstico deterioro de la interacción social se centra más en las capacidades y técnicas sociales de la persona, mientras que aislamiento social se centra en la sensación de soledad, que no tiene por qué ser el resultado de unas técnicas sociales ineficaces.

Es frecuente en las personas con problemas mentales que presenten dificultades en esta área, y se aconseja trabajar habilidades sociales relacionadas con la mejora de la comunicación y la interacción social.

Relación ineficaz (00223)

Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

Como factores relacionados se recogen: cambios cognitivos en un miembro de la pareja y abuso de sustancias.

Riesgo de relación ineficaz (00229)

Riesgo de un modelo de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.

Figuran como factores de riesgo: cambios cognitivos en uno de los socios y abuso de sustancias.

Dominio 8: Sexualidad**Disfunción sexual (00059)**

Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

Relacionado con: alteración en la función o estructura corporal (por ej., fármacos), modelos de rol no eficaces, falta de persona significativa y vulnerabilidad, entre otros.

A menudo, se presenta este diagnóstico por las limitaciones reales impuestas por las terapias farmacológicas (antipsicóticas y antidepresivas).

Patrón sexual ineficaz (00065)

Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

De entre los relacionados que figuran destacan: falta de modelo de rol, conflicto en la orientación sexual y modelo de rol ineficaz, entre otros factores.

En las personas que presentan trastorno límite de la personalidad es frecuente que presenten conflicto en la orientación sexual y alteraciones en el logro de su rol sexual percibido.

Riesgo de alteración de la díada materno-fetal (00209)

Riesgo de alteración de la díada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Un factor de riesgo que aparece es el abuso físico y de sustancias.

Proceso de maternidad ineficaz (00221)

Proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

De entre los factores relacionados que figuran están: impotencia de la madre, sufrimiento psicológico de la madre y abuso de sustancias.

Riesgo de proceso de maternidad ineficaz (00227)

Riesgo de tener un proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

Los factores de riesgo que pueden tener su origen en un problema de salud

mental son: impotencia de la madre, sufrimiento psicológico de la madre y abuso de sustancias.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Síndrome de estrés del traslado (00114)

Trastorno fisiológico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.

Uno de los factores relacionado propuesto es el deterioro de la salud psicosocial.

Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)

Riesgo de sufrir un trastorno fisiológico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.

Uno de los factores de riesgo hace referencia a la competencia mental moderada.

Síndrome del trauma posviolación (00142)

Definido como persistencia de una respuesta desadaptada a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.

Figura como único factor relacionado la violación, pero son múltiples las características definitorias que se recogen y que tienen que ver con la salud mental; cabe destacar: agitación, ira, ansiedad, negación, impotencia hasta el intento suicida. Sobre estas manifestaciones va a ser necesario actuar, ya que en sí mismas representan un problema psicológico para la persona.

Síndrome postraumático (00141)

Se refiere a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático abrumador.

Se destacan como factores relacionados: amenazas graves y acontecimientos trágicos.

Riesgo de síndrome postraumático (00145)

Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático abrumador.

De entre los factores de riesgo propuestos cabe destacar: vivencias traumáticas, donde se percibe vulnerabilidad del yo y falta de apoyos sociales.

Estas etiquetas postraumáticas están íntimamente relacionadas con el trastorno de estrés postraumático como cuadro específico de los trastornos de ansiedad.

Aflicción crónica (00137)

Patrón clínico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o

discapacitante) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Aparecen como factores relacionados: muerte de un ser querido, crisis de desarrollo, crisis en el manejo de la enfermedad, experimentar discapacidad crónica (física o mental), experimentar enfermedad crónica (física o mental), oportunidades perdidas y necesidad interminable de proporcionar cuidados.

Se desaconseja este diagnóstico cuando la persona se encuentra en el proceso de duelo.

Afrontamiento defensivo (00071)

Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que recibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Figuran como factores relacionados: conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores, sistema de apoyo deficiente, miedo a fallar, a la humillación, a las repercusiones, falta de resiliencia, bajo nivel de confianza en los demás y en sí mismo, incertidumbre y expectativas irreales del yo. Las características definitorias suelen ser mecanismos defensivos de negación, proyección, distorsión y racionalización, entre otras.

Se aconsejaría usar esta etiqueta cuando sea una forma habitual de afrontar situaciones estresantes; si es esporádica no es aconsejable utilizarla.

Las estrategias de afrontamiento defensivo no suelen llevar a resolver los problemas a largo plazo; por ese motivo, con las personas que presentan este diagnóstico es útil trabajar con formas de afrontamiento eficaz de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva, de modificación de conducta y de relajación.

Afrontamiento ineficaz (00069)

Se refiere a la incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar recursos disponibles.

Este diagnóstico, al igual que el anterior, tiene que ver con la adopción de estilos de afrontamiento ante situaciones estresantes que no solucionan los problemas.

Son muchas las características definitorias y los factores relacionados que figuran en la clasificación y que pueden presentar las personas con alteraciones mentales. En ellas suele estar afectado el sistema de percepción de la amenaza y la utilización de los recursos disponibles dentro y fuera de la persona.

Este diagnóstico es más amplio que el anterior y que otros que también suponen un fracaso en el afrontamiento, como pueden ser ansiedad, desesperanza o riesgo de violencia, por ejemplo. Es aconsejable utilizarlo siempre que se trabajen estrategias centradas en el problema, o en las emociones, fomentando el locus de control interno de la persona y el apoyo social, a través de conductas

dirigidas a logros y reestructuración cognitiva hacia estilos cognitivos positivos y constructivos.

Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)

Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.

Puede estar relacionado con los desastres naturales o humanos y déficits en los recursos comunitarios.

La intervención enfermera en este problema se justifica en las consecuencias que un problema en la comunidad tiene para las personas que forman parte de ella. En las características definitorias aparecen manifestaciones tales como: excesivos conflictos en la comunidad y aumento de los problemas sociales.

Afrontamiento familiar comprometido (00074)

Una persona de referencia que habitualmente brinda soporte (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.

Entre los factores relacionados destaca la crisis de desarrollo que puede estar afrontando la persona de referencia. Dentro de las características definitorias se recogen manifestaciones que indican conductas no apropiadas para la persona que necesita de su soporte o/y para sí misma, lo que puede requerir de la intervención enfermera, con el fin de prevenir problemas psicológicos y/o producir bienestar en ambas.

Afrontamiento familiar incapacitante (00073)

Comportamiento de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al reto de salud.

Puede estar relacionado con relaciones familiares muy ambivalentes y discrepancia en los estilos de afrontamiento. Al igual que la etiqueta anterior, entre sus características definitorias figuran manifestaciones de carácter psicológico que pueden derivar en problemas de salud mental para la persona de referencia y/o el enfermo, por lo que requieren de la intervención enfermera.

Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)

Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de

problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad en el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros y que puede ser mejorado.

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)

Patrón de manejo efectivo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el reto de salud del paciente, que es suficiente para la salud y el crecimiento en relación a sí mismo y al paciente, y que puede ser reforzado.

Ansiedad (00146)

Situación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Luis (2008) aconseja utilizar la etiqueta a partir del grado severo y pánico; en los niveles leve y moderado no sería conveniente utilizarla. Wilkinson y Ahern (2008) aconsejan también etiquetar con nivel moderado. La ansiedad leve normal ante una operación quirúrgica es una respuesta normal y sana, y debe manejarse con las enseñanzas de rutina y apoyo emocional.

Tanto temor como ansiedad surgen tras una sensación de peligro; en el primero el peligro es conocido y en la segunda no. En el temor, la enfermera ayuda a afrontar la situación concreta amenazante, que a menudo es conocida y específica (miedo a una intervención quirúrgica, por ejemplo); en la ansiedad, la amenaza suele ser psicológica y las sensaciones son más inespecíficas. En el temor está activado el sistema nervioso simpático y en la ansiedad lo están el simpático y el parasimpático (Wilkinson y Ahern, 2008).

Para diagnosticar ansiedad deben aparecer los signos y síntomas conductuales, cognitivos, afectivos y fisiológicos típicos de este proceso. Los factores relacionados son: sensaciones de amenaza a la imagen de sí mismo, amenaza de muerte, por cambio de rol, de funciones, de entorno, de estado de salud, de nivel económico o de estilo de interacción. También puede ser motivada por conflictos inconscientes, crisis situacional o de madurez, por estrés, por necesidades no satisfechas o incluso se puede producir por contagio o transmisión a través de otras personas ansiosas.

Hay escalas muy útiles para valorar la ansiedad, tanto los síntomas somáticos como los psíquicos: la escala de Hamilton es una de las más conocidas y utilizadas, por ejemplo.

Ansiedad ante la muerte (00147)

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la sensación de una amenaza real o imaginaria para la propia existencia.

Deterioro generalizado del adulto (00101)

Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar los problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.

Como único factor relacionado está la depresión.

Duelo (00136)

Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Los factores están relacionados con anticipación de pérdida real o muerte.

Se desaconsejaría utilizar la etiqueta si hubiera transcurrido un tiempo superior a 6 meses o 2 años tras la pérdida y no se hubiese producido aceptación. Hay que tener en cuenta también que las pérdidas pueden ampliarse a posesiones, relaciones, rol social, etc.

Duelo complicado (00135)

Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Entre los factores relacionados figuran la inestabilidad emocional y la falta de apoyo social.

Riesgo de duelo complicado (00172)

Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en la que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Como factores de riesgo se recogen la inestabilidad emocional y la falta de apoyo social.

Estrés por sobrecarga (00177)

Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Son factores relacionados: recursos inadecuados, agentes estresantes intensos, coexistencia de múltiples agentes estresantes o por su repetición.

Entre las características definitorias que se apuntan destacan manifestaciones de carácter psicológico como: sensación de presión, de tensión, dificultad para funcionar, sentimientos crecientes de ira, de impaciencia y problemas en la toma de decisiones, entre otras.

Impotencia (00125)

Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

Los factores relacionados son: régimen relacionado con la enfermedad, entorno institucional e interacciones interpersonales no satisfactorias. Entre las características definitorias se recogen manifestaciones como falta de control e incapacidad al realizar las tareas y dependencia de los demás.

Uno de los principales problemas sanitarios en general, y en salud mental en particular, es el institucionalismo que las propias instituciones y los profesionales que trabajan en ellas provocan. A menudo, se considera buen paciente aquel que no participa, se deja hacer, no pregunta y no cuestiona nada de lo que le dicen los profesionales. El concepto de buen enfermo no coincide con esa persona activa, con control interno, que participa, cuida de sí mismo y tiene inquietudes de saber más sobre su persona, su proceso o su enfermedad. Debería ser una prioridad el modificar este concepto de buen enfermo en los profesionales de la salud. En este sentido, son de gran interés las aportaciones de [Marta Allué \(2013\)](#), fruto de un riguroso estudio y de su propia experiencia.

Riesgo de impotencia (00152)

Riesgo de percibir una experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente el resultado.

Algunos de los factores relacionados que se consideran son: ansiedad, baja autoestima crónica, patrones de afrontamiento ineficaces, enfermedad progresiva y debilitante, baja autoestima situacional, condición estigmatizada, enfermedad estigmatizada y curso impredecible de la enfermedad.

Negación ineficaz (00072)

Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor que conduce a un detrimento de la salud.

Entre los factores relacionados figuran: ansiedad, miedo a la muerte, a la pérdida de autonomía o a la separación. También se relaciona con la falta de competencia en el uso de mecanismos de afrontamiento eficaces o la falta de control sobre las situaciones o a la falta de apoyo emocional, estrés abrumador o amenazas.

Al igual que el afrontamiento defensivo, es un mecanismo de defensa que a menudo se utiliza de forma puntual en determinadas situaciones que resulten sorprendentes o abrumadoras para la persona. Inicialmente, se puede negar una situación complicada, pero después la persona toma las decisiones oportunas para abordarla. Por tanto, se debe utilizar este diagnóstico cuando la negación sea un mecanismo habitual y prolongado.

Planificación ineficaz de las actividades (0199)

Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Figuran como factores relacionados: capacidad comprometida para procesar la información, conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución, hedonismo, falta de soporte familiar y de amistad, y percepción no realista de los acontecimientos y de las competencias personales.

Riesgo de planificación ineficaz de las actividades (0226)

Riesgo de incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Entre los factores de riesgo están: habilidad para procesar la información comprometida, conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución, hedonismo, soportes insuficientes o ineficaces y percepción no realista de las competencias personales y de los acontecimientos.

Disposición para mejorar el poder (00187)

Patrón de participación consciente en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.

Deterioro de la resiliencia personal (00210)

Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Entre los factores relacionados están: trastorno mental parental, control deficiente de los impulsos, desórdenes psicológicos, abuso de sustancias, violencia y factores de vulnerabilidad que incluyen índices que exacerban los efectos negativos de la condición de riesgo.

Disposición para mejorar la resiliencia (00212)

Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que es suficiente para optimizar el potencial humano y puede ser reforzada.

Riesgo de compromiso de la resiliencia (00211)

Riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Se recogen como factores de riesgo: cronicidad de las crisis existentes, coexistencia de múltiples situaciones adversas y la presencia de una nueva crisis adicional.

Todos los diagnósticos sobre resiliencia deben ser enfocados en el trabajo con la persona desde la psicología o la enfermería positiva. Es decir, fomentando habilidades sociales, estilo comunicativo asertivo, pensamiento positivo, conductas orientadas a logros, motivación intrínseca, locus de control interno, apoyo social y espiritualidad.

Temor (00148)

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Los factores relacionados que se plantean pueden ser: de origen innato (ruidos, altura, dolor) o desencadenantes innatos (neurotransmisores), respuestas aprendidas (condicionadas o de imitación), estímulos fóbicos, deterioro sensorial, separación del sistema de apoyo y falta de familiaridad con la experiencia del entorno.

Sobre este diagnóstico se han realizado aclaraciones en la etiqueta «ansiedad».

Dominio 10: Principios vitales

Las etiquetas de este dominio están muy relacionadas con la salud mental, ya que en ocasiones a muchas personas les inmoviliza y amenaza el vacío existencial, manifestándose en procesos psicosomáticos, ansiosos y trastornos del humor, sobre todo. En ocasiones, cuando a las personas se les ayuda a encontrar sentido a su vida, además de tener esperanza, recuperan la salud física y psíquica perdida. Es una parte fundamental del cuidado enfermero la valoración y el abordaje psicoespiritual de la persona a la que se cuida. A través de preguntas la persona logra aclararse en cuanto a ella misma y a su relación con el entorno. La enfermera debe poner en práctica sus habilidades comunicativas, restringiendo consejos y ayudando a explorar a través de buenas preguntas. Estos diagnósticos pueden ayudar a ello.

Disposición para mejorar la esperanza (00185)

Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Manifestado por deseos de mejora en expectativas, objetivos, interconexión con otros, resolución de problemas, significado de la vida y espiritualidad.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)

Patrón de experimentación e integración del significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Conflicto de decisiones (00083)

Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias personales.

Puede estar relacionado con: percepción de amenaza al sistema de valores, creencias personales poco claras y valores personales poco claros.

Incumplimiento (00079)

Conducta de una persona y/o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o comunidad) y un profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es total o parcialmente de no adherencia y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces.

Los factores relacionados sobre los que se puede intervenir fundamentalmente tienen que ver con: la comunicación y relación profesional-paciente, habilidades de enseñanza del profesional y el seguimiento regular de éste. Se suele manifestar por conductas de incumplimiento, no asistencia a citas y falta de progresos.

Deterioro de la religiosidad (00169)

Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición religiosa particular.

Son factores relacionados, por ejemplo, las transiciones vitales, las crisis al final de la vida, el envejecimiento, las crisis espirituales y el sufrimiento.

Disposición para mejorar la religiosidad (00171)

Se define como la capacidad para aumentar la confianza en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular que es suficiente para el bienestar y que puede fortalecerse.

Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)

Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.

Sufrimiento espiritual (00066)

Definido como el deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o poder superior al propio yo.

Algunos de factores relacionados que figuran en el modelo diagnóstico son: el proceso de agonía, la ansiedad, la enfermedad crónica, la muerte, los cambios vitales, la soledad, el dolor, la alienación y la privación sociocultural.

Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)

Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

Sufrimiento moral (00175)

Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales

elegidas.

Dentro de los factores relacionados propuestos destacan: conflicto entre los que deben tomar las decisiones, información contradictoria, conflictos culturales, decisiones en la etapa final de la vida, pérdida de autonomía, poco tiempo para tomar las decisiones y decisiones sobre el tratamiento. La persona lo manifiesta con angustia, impotencia, culpa, frustración, ansiedad, dudas sobre sí mismo, temor por la dificultad de actuar basándose en su decisión moral.

Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)

Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Dominio 11: Seguridad/protección

Las conductas de violencia hacia sí mismo y hacia otros son posibles en las personas con problemas psiquiátricos en la misma medida que en cualquier otra persona, pero en las personas con procesos depresivos y psicóticos son especialmente relevantes.

Hay una creencia sobre si se fomenta el intento autolítico por preguntar sobre él. Es una falacia, ya que una buena valoración implica apreciar este aspecto de seguridad y protección. A la persona no se le despierta ninguna idea que ella no tenga. Sobre todo, la enfermera debe estar atenta a las personas que en anteriores ocasiones han experimentado episodios de violencia hacia sí mismas y si tienen un plan concreto de acción, pues es muy probable que lo lleven a cabo.

En las personas que han iniciado el tratamiento antidepresivo y tienen ideas autolíticas es muy importante el control de su seguridad, especialmente durante las primeras semanas de iniciar dicho tratamiento, pues su mejoría física les da las fuerzas necesarias para llevar a cabo la acción.

Si la persona ha dejado de tomar el tratamiento, ha tenido episodios previos de violencia y consume drogas, las posibilidades de violencia aumentan y deben ser consideradas por el profesional sanitario.

Automutilación (00151)

Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Factores relacionados: autismo, trastorno límite de la personalidad, trastornos de carácter, disociación, trastornos de la imagen corporal, trastornos de las relaciones interpersonales, trastornos alimenticios, trastornos emocionales, abuso familiar de sustancias, historia de conductas autolesivas, impulsividad, incapacidad para expresar verbalmente la tensión, afrontamiento ineficaz, impulso irresistible de cortarse, impulso irresistible de autolesionarse, conducta lábil, autoestima baja, acumulación de tensión que resulta intolerable, necesidad de una rápida reducción del estrés, estado psicótico (alucinaciones o delirios en los

que se reciben órdenes), crisis de identidad sexual, abuso de sustancias, autoestima inestable, uso de la manipulación para establecer relaciones significativas con otros y violencia entre las figuras paternas.

Riesgo de automutilación (00139)

Definido como riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Los factores de riesgo son muchos y similares a los factores relacionados de la automutilación y abordan temas desde la etapa de desarrollo vivido hasta la violencia entre los padres.

Riesgo de suicidio (00150)

Riesgo de lesión autodirigida que pone en peligro la vida.

Factores relacionados son: maltrato en la infancia, historia familiar de suicidio, culpa, persona joven homosexual, trastorno psiquiátrico, enfermedad psiquiátrica y abuso de sustancias.

Riesgo de violencia autodirigida (00140)

Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.

Entre los factores de riesgo destacan: relaciones interpersonales conflictivas, actos sexuales autoeróticos, historia múltiple de intentos de suicidio, problemas de salud mental (depresión grave, psicosis, trastorno grave de la personalidad, alcoholismo, abuso de drogas), orientación sexual (bisexual [activo] homosexual [inactivo]), ideación suicida, plan suicida, claves verbales (hablar sobre la muerte... preguntas sobre dosis letales).

Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)

Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

Pueden ser factores de riesgo: deterioro cognitivo (trastornos de aprendizaje, déficit de atención, disminución del funcionamiento intelectual), pirómano, historia de maltrato infantil, historia de violencia indirecta, de violencia con otros, de abuso de sustancias, de amenazas de violencia, de conducta antisocial y de presenciar violencia familiar, impulsividad, sintomatología psicótica (alucinaciones en forma de órdenes, delirios paranoides, procesos de pensamientos vagos, erráticos, ilógicos) y conducta suicida.

Dominio 12: Confort

Dolor crónico (00133)

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

Como factor relacionado está la incapacidad psicosocial crónica.

Discomfort (00214)

Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Como factores relacionados estarían: los recursos insuficientes, síntomas de la enfermedad, falta de control ambiental y de la situación, falta de privacidad, estímulos ambientales nocivos y efectos secundarios del tratamiento.

Entre las características definitorias que se recogen se encuentran: ansiedad, llanto, temor, inquietud y otros signos y síntomas.

Disposición para mejorar el confort (00183)

Definido como el patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Aislamiento social (00053)

Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Factores relacionados: alteración del estado mental, incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias, recursos personales inadecuados, conducta socialmente no aceptada y valores espirituales no aceptados.

Para diagnóstico diferencial, ver deterioro de la interacción social y riesgo de soledad.

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)

Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas.

Se plantean factores de riesgo prenatales como: el abuso de sustancias. Individuales, como trastornos de la conducta y el abuso de sustancias. Ambientales, como la violencia. Y del cuidador, como la enfermedad mental.

Lecturas recomendadas

- Alfaro-LeFevre. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Elsevier-Masson; 2003.
- Allué M. *El paciente inquieto. Los servicios de la atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2013.
- Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. *Fundamentos de enfermería*. 2.^a ed. Madrid: DAE; 2009.
- Castelo, C. (coordinadora). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Comisión consultiva de cuidados de enfermería (2010-2011). Servicio Madrileño de Salud.
- Colomer, AJ. (coordinador). Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. Plan Estratégico de Salud Mental Comunidad Autónoma de Aragón, Servicio Aragonés de Salud. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Escalada P, Muñoz P, Marro I. Atención de enfermería a personas psiquiátricos. NANDA-NOC-NIC: una revisión de la literatura. *Revista Rol de Enfermería*. 2013;36(3):166–177.
- Fornés J. (2008). Metodología científica y uso de las taxonomías en salud mental. *Rev. Presencia* 2008 ene-jun 4(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/np0248.php>. Consultado el 21 de marzo de 2014.
- Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2003.
- Johnson M, Moorhead, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3.^a ed. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007.
- Johnson J, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Mass M, Moorhead S, Swanson E. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2.^a ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007.
- Lluch MT. Enfermería psicosocial y de salud mental. Marco conceptual y metodológico. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2004.
- Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. 8.^a ed. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- Medina JL. El regreso a la razón. *Revista Rol de Enfermería*. 2006;29(7-8):494–497.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5.^a ed. Medición de resultados en salud. Barcelona: Elsevier; 2014.
- NANDA Internacional *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2007-2008. Barcelona: Elsevier; 2008.
- NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Rigol A, Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2001.
- Wilkinson JM, Ahern NR. *Manual de diagnósticos de enfermería*. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.

¹ Para referirnos a los diagnósticos de esta clasificación lo haremos indistintamente con los términos: clasificación NANDA o taxonomía NANDA.

² Aprobado en la 9.^a Conferencia de NANDA en 1990.

³ Esta etiqueta se analiza en el apartado del dominio correspondiente.

CAPÍTULO 6

Procesos psicopatológicos básicos

Ana M.^a Santos Herrero

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 60

Psicopatología de la conciencia 60

Clasificación de las alteraciones de la conciencia 60

Alteraciones cuantitativas 60

Alteraciones cualitativas 60

Trastornos de la conciencia del propio yo 60

Psicopatología de la sensopercepción 61

Clasificación de las alteraciones de la sensopercepción 61

Distorsiones 61

Percepciones engañosas 61

Psicopatología de la atención y orientación 62

Psicopatología de la atención 62

Clasificación de las alteraciones de la atención 62

Psicopatología de la orientación 62

Clasificación de las alteraciones en la orientación 62

Psicopatología del pensamiento y del lenguaje 62

Psicopatología del pensamiento 62

Alteraciones formales o del curso del pensamiento 62

Trastornos del contenido del pensamiento 63

Alteraciones de la vivencia del pensamiento 64

Psicopatología del lenguaje 64

Alteraciones funcionales del lenguaje 64

Alteraciones orgánicas del lenguaje 65

Psicopatología de la memoria 65

Clasificación de las alteraciones de la memoria 65

Alteraciones cuantitativas 65

Alteraciones cualitativas 66

Psicopatología de la afectividad 66

Clasificación de las alteraciones de la afectividad 66

Alteraciones transitorias del estado de ánimo 66

Alteraciones más duraderas en el estado de ánimo 66

Psicopatología de la psicomotricidad 67

Clasificación de las alteraciones de la psicomotricidad 67

Relacionados con el aumento de movimientos 67

Relacionados con la disminución de movimientos 67

Concernientes a la realización de actividades 67

Resumen 68

OBJETIVOS

- Identificar los síntomas y los signos más significativos de los trastornos en salud mental.
- Definir los términos usados normalmente para la descripción de las alteraciones de la conciencia, percepción, atención, orientación, pensamiento, lenguaje, memoria, afectividad y psicomotricidad.
- Conocer las clasificaciones de cada una de las áreas psicopatológicas nucleares de las alteraciones en salud mental.

Introducción

En la descripción de todas las enfermedades nos encontramos con una serie de signos y síntomas que las caracterizan y definen. Los signos son las manifestaciones objetivas, externas y observables de un cuadro clínico, mientras que los síntomas son los elementos subjetivos, la experiencia que la persona tiene de la enfermedad, y no son objetivables. En salud mental, tanto los signos como los síntomas de las alteraciones no están tan claramente delimitados como en otras ramas de la medicina; con frecuencia se superponen y los trastornos en salud mental se describen, a menudo, como un conjunto de signos y síntomas que conforman un cuadro clínico reconocible, es decir, como síndromes.

La psicopatología es la rama de la psicología que estudia la causa y naturaleza del comportamiento y de las enfermedades mentales, y la psicopatología descriptiva es el conjunto de términos, enunciados y proposiciones que pretenden describir las manifestaciones sintomáticas que presentan las personas que padecen una enfermedad mental.

En el presente capítulo realizamos una exposición breve de las diferentes áreas psicopatológicas que conforman la exploración básica en salud mental para la descripción de las alteraciones en diferentes procesos psicológicos: conciencia, sensopercepción, orientación, atención, lenguaje, pensamiento y memoria, entre otros.

Es importante destacar que la alteración psicopatológica forma parte de la sintomatología global de los trastornos mentales; por tanto, los síntomas están relacionados y no se encuentran exclusivamente en un solo trastorno.

Psicopatología de la conciencia

La conciencia es un término difícil de definir; prueba de ello es la multitud de intentos que podemos encontrar a lo largo de la historia. En cualquier caso, y de manera puramente descriptiva, la conciencia parece poseer unas características básicas que pueden verse modificadas en diversas condiciones. La primera es la subjetividad y privacidad de la misma. La segunda es la unidad con la que la conciencia de una persona siempre hace referencia a su experiencia de forma conjunta. La tercera es la intencionalidad y, finalmente, la cuarta es su capacidad para reconocerse a sí misma y a la vez reconocer el propio cuerpo.

Clasificación de las alteraciones de la conciencia

Alteraciones cuantitativas

Son aquellas en las que el deterioro de la conciencia se centra, fundamentalmente, en el nivel de alerta. En estas distinguimos:

Si hay aumento del nivel de conciencia:

Hipervigilia. Vivencia de hiperclaridad de conciencia que puede asociarse a un aumento de la actividad motora y/o verbal.

Si hay disminución del nivel de conciencia, encontramos la siguiente clasificación, puesta en orden decreciente:

Obnubilación. Discreta disminución del nivel de conciencia. Se considera el más leve estado de alteración en el pensamiento, atención, percepción y memoria. La persona presenta una reducida capacidad de captación del entorno.

Somnolencia. Dificultad para mantener la alerta y la atención a pesar de realizar un esfuerzo sostenido; los estímulos externos precisan de cierta intensidad para hacerse conscientes y el pensar discurre con dificultad. La persona está despierta, pero puede volver a quedarse dormida si se le libra de la estimulación sensorial.

Letargia. Estado de conciencia alterado que se caracteriza por la disminución de la actividad general, incoordinación motriz y tono muscular disminuido. Apenas se responde a estímulos verbales ni dolorosos.

Sopor. La persona está inconsciente, aunque puede parecer mínimamente consciente ante estímulos de gran intensidad. Los reflejos y el tono muscular están conservados, aunque disminuidos.

Coma. La persona se encuentra en un estado de inconsciencia total, no responde ante estímulos intensos, siendo imposible despertarla.

Alteraciones cualitativas

Son aquellas alteraciones de la conciencia que se caracterizan por una restricción

del campo de la conciencia, por una alteración del juicio global de la persona, o por ambas.

Estados crepusculares

Estados transitorios de inicio y fin súbitos, con amnesia lacunar posterior, caracterizados por estrechamiento de la conciencia, ausencia de atención al entorno, curso del pensamiento confuso y explosiones emocionales, junto con conductas automáticas y alteraciones de la identidad.

Delirium

Alteración orgánica que implica un deterioro cognitivo global que no se explica por la existencia de una demencia, que suele tener un curso agudo y una duración relativamente corta. La persona ve afectada su atención y la orientación espacio-temporal. Puede presentar también alteraciones perceptivas como alucinaciones o ilusiones; alteraciones cognitivas como pensamiento desorganizado; alteraciones motoras como inquietud y agitación, y alteraciones afectivas como ansiedad, irritabilidad o labilidad. Son característicos también del *delirium* la fluctuación y el empeoramiento nocturno.

Trastornos de la conciencia del propio yo

Son aquellos que guardan relación con el sentido de identidad de la persona. Entre ellos distinguimos:

Alteraciones de la conciencia del yo corporal:

Anosognosia. Falta de conciencia de la persona sobre una parte de su cuerpo dañada. Aparece, generalmente, en personas paralíticas o con hemiplejía con ausencia de conciencia de que existe una alteración en una determinada zona de su cuerpo.

Miembro fantasma. Suele aparecer en las personas a las que se les ha amputado un miembro. Consiste en la falsa percepción del miembro amputado, experimentando incluso dolor.

Asomatognosia. Es la vivencia de desaparición del propio cuerpo.

Alteraciones de la conciencia del yo psíquico:

Despersonalización. Cuando la persona se siente como si fuese irreal, extraño a sí mismo, se nota cambiado, hasta el punto de que puede intentar comprobar su propia identidad.

Alteraciones de la conciencia del mundo circundante:

Desrealización. Cuando la persona experimenta sensación de extrañeza ante el mundo externo, que no reconoce y lo percibe como diferente. Suele ir unido a la despersonalización.

Astereognosia. Cuando la persona es incapaz de reconocer los objetos por el tacto.

Prosopagnosia. Es una forma rara de agnosia en la que la persona es incapaz

de reconocer caras familiares.

Psicopatología de la sensopercepción

La sensopercepción constituye una forma superior de conocimiento. El acto perceptivo conecta nuestra conciencia con el mundo exterior a través de la aprehensión de datos sensoriales concretos y manifiestos. La percepción es un proceso constructivo en el que la persona desempeña un papel activo y, en función de su experiencia y su estado físico y afectivo, interpreta y da forma a las sensaciones procedentes de los órganos de los sentidos, elementos básicos en la percepción del mundo externo e interno.

Clasificación de las alteraciones de la sensopercepción

Clasificadas en dos grupos: las distorsiones y las percepciones engañosas.

Distorsiones

Las *distorsiones* se producen cuando un estímulo que existe fuera de la persona, accesible a los órganos de los sentidos, es percibido de modo diferente al que cabría esperar, dadas las características formales del estímulo.

En este tipo de alteraciones se distinguen:

Hiperestesias o **hipoestesias**, según la intensidad esté aumentada o disminuida.

Cuando hay cambios en la forma percibida:

Micropsia. Los objetos parecen más pequeños que su tamaño real.

Macropsia. Los objetos parecen mayores que su tamaño real.

Dismegalopsia. Los objetos parecen más grandes por una parte que por otra.

Cuando hay alteraciones en la integridad perceptiva:

Escisión. El objeto se fragmenta en sus componentes, como ver, por una parte, a una persona que mueve los labios y, por otra, oír lo que está diciendo, como si ambos hechos no tuvieran relación.

Sinestesia. Cuando una sensación se asocia a una imagen que pertenece a un órgano sensorial diferente, como ver colores cuando se escucha música.

Percepciones engañosas

Las *percepciones engañosas* se caracterizan porque la persona llega a percibir objetos irreales que son de hecho nuevas percepciones.

Ilusiones

Percepción errónea de un estímulo externo real. En esta percepción errónea intervienen factores tanto neurofisiológicos como emocionales y de personalidad. El juicio de la realidad está conservado en la ilusión, por lo que se pueden corregir.

Un tipo especial de ilusión es la *paredolia*, en la que la persona crea imágenes a

partir de elementos de la realidad, en cierto modo amorfos o imperfectos. Por ejemplo, las caras que vemos dibujadas en el perfil de una montaña o las imágenes que nos parece ver en los contornos de las nubes.

Alucinaciones

Percepción sin objeto. En la misma se produce una sensación de realidad de lo que se está percibiendo, es decir, la persona entiende esta percepción falsa como real; es inesperada, ocurre espontáneamente y no puede ser controlada fácilmente por la persona.

Según su complejidad, las alucinaciones pueden ser clasificadas en *elementales* (luces, ruidos...) o *complejas* (imágenes, canciones...).

En función de la esfera sensorial implicada, distinguimos los siguientes tipos de alucinaciones:

Alucinaciones visuales. La persona está convencida de ver a personas, animales u objetos que en realidad no están presentes.

Alucinaciones auditivas. La persona está convencida de oír desde sonidos simples y ruidos, hasta voces, que en realidad son inexistentes. Las voces que oye comentan acciones, amenazan, insultan, ordenan o expresan en voz alta los pensamientos. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes en los trastornos psiquiátricos, sobre todo en la esquizofrenia.

Alucinaciones olfativas y gustativas. El paciente tiene la sensación de percibir olores y/o gustos extraños. Suelen ir acompañadas de delirios.

Alucinaciones táctiles o hápticas. La persona tiene la sensación de haber sido tocada por una persona o por un animal. Son sensaciones cutáneas de presión, temperatura, de deformación o infestación de la dermis, como la *formicación*, en la que se tiene la sensación de que pequeños animales o insectos corren por la piel o inmediatamente por debajo de la misma.

Alucinaciones cenestésicas o somáticas. Son sensaciones infundadas de alteraciones en los órganos corporales. Por ejemplo, la persona manifiesta quemazón en el cerebro o presión en los vasos sanguíneos.

Pseudoalucinación o alucinación psíquica

Son percepciones vividas por la persona en su espacio interno, tiene sensación de percibir una voz interna (que procede de dentro del cerebro) o de tener un objeto dentro de la cabeza. Este término actualmente ha caído en desuso, dadas las múltiples y diferentes interpretaciones que del mismo se han hecho. Cada vez se le concede menor importancia a su diferenciación respecto a las alucinaciones.

Alucinosis

Consiste en una percepción sin objeto, pero, a diferencia de lo que ocurre en las alucinaciones, el juicio de la realidad está conservado. La persona critica la experiencia, es consciente de que aquello que está percibiendo no puede ser real.

Puede aparecer en el consumo de determinadas sustancias tóxicas como el LSD.

Psicopatología de la atención y orientación

Psicopatología de la atención

La atención es un proceso psicológico básico que nos pone en comunicación, tanto con el medio exterior como con el interior. La atención nos permite controlar el flujo del procesamiento de la información que cumple diferentes funciones: la fijación sobre estímulos o situaciones (concentración), la capacidad para separar los estímulos relevantes de los irrelevantes (atención selectiva) y el mantenimiento de la vigilancia y receptividad al medio.

Clasificación de las alteraciones de la atención

Hiperprosexia, distraibilidad o labilidad atensiva emocional

La persona sufre una fluctuación del nivel de atención con actividad superficial y pérdida de la capacidad de mantenerla. Conserva parcialmente la capacidad de focalizarla, capta todo lo que hay a su alrededor, pero no se centra en nada.

Hipoprosexia

Disminución de la capacidad de atención caracterizada por una elevación del umbral de atención.

Aprosexia

Falta absoluta de atención.

Perplejidad

El sujeto no logra la síntesis del contenido de la atención, no comprende el significado de lo que sucede en su correcta significación y sus efectivas relaciones.

Fatigabilidad

Se define como la dificultad para mantener el foco de atención durante un espacio de tiempo no excesivamente largo. Como consecuencia, se produce una pérdida de concentración que se acompaña de escasos rendimientos y abundantes errores.

Psicopatología de la orientación

La orientación es la capacidad que permite a la persona incluirse en el marco espacio-temporal de referencia, así como situarse respecto a la propia persona (autopsíquica) u otros (alopsíquica).

Clasificación de las alteraciones en la orientación

Desorientación

Pérdida de la capacidad de situarse correctamente en lugar y tiempo. La desorientación autopsíquica es más infrecuente y representa un estado grave de confusión.

Falsa orientación (orientación confabulada)

El paciente parece ignorar los parámetros espacio-temporales reales y sólo maneja sus propias coordenadas patológicas.

Doble orientación (orientación errónea delirante)

La persona se orienta simultáneamente o de forma alternativa con sus parámetros anormales y los espaciotemporales correctos.

Psicopatología del pensamiento y del lenguaje

El pensamiento y el lenguaje se verán conjuntamente, ya que existe una estrecha relación entre ellos. Existen diversos aspectos complejos en la separación práctica de las alteraciones del pensamiento y del lenguaje. La exploración del pensamiento no se puede realizar directamente, sino sólo a partir de sus expresiones, en especial del lenguaje. No se puede inferir con certeza que un lenguaje normal refleje un pensamiento normal, ni que un lenguaje patológico refleje un pensamiento patológico.

Aunque las alteraciones del pensamiento y del lenguaje vayan íntimamente relacionadas, a continuación se exponen por separado cada una de estas funciones, con fines expositivos y didácticos.

Psicopatología del pensamiento

El pensamiento es un proceso mental propio del ser humano que le permite reflexionar, juzgar, realizar abstracciones y proceder al análisis y la síntesis. La facultad de pensar implica un proceso complejo cuyo resultado final, el pensamiento, ejerce una acción integradora, asociativa y recíproca sobre el resto de las funciones psíquicas, con las que se relaciona para elaborar representaciones y estructurar conceptos, con vistas a afrontar y resolver las cuestiones prácticas que el día a día nos plantea.

Clasificación de las alteraciones del pensamiento

Podemos clasificar las alteraciones del pensamiento en tres grupos: el primero, relacionado con los aspectos formales del pensamiento (velocidad y forma); el segundo, relacionado con el contenido (delirios), y un tercero, relacionado con la vivencia del mismo.

Alteraciones formales o del curso del pensamiento

Relacionadas con el desarrollo del pensamiento, la elaboración de las ideas y la espontaneidad. Las principales alteraciones son:

Relacionados con la velocidad

Bradipsiquia o inhibición del pensamiento

Es un enlentecimiento de los procesos psíquicos, lo que en la práctica se traduce en un aumento del tiempo que el sujeto necesita para dar una respuesta a las preguntas que se le formulan, un fenómeno identificado como aumento del período de latencia entre la pregunta y la respuesta. Se manifiesta por la lentitud

en el modo de hablar, el paciente habla poco y da la impresión de que le cuesta pensar.

Taquipsiquia o aceleración del pensamiento

Es el proceso opuesto al anterior. El desarrollo del pensamiento es más rápido de lo normal. Se caracteriza por una desbordada productividad y un aumento de la velocidad del pensamiento y del lenguaje. Hay una extremada capacidad asociativa que produce un distanciamiento del tema inicial.

Fuga de ideas o pensamiento ideofugal

Se presenta como una sucesión de asociaciones múltiples por las que el pensamiento parece saltar bruscamente de un tema a otro; el flujo de palabras es continuo; existe distraibilidad y se cambia de tema ante cualquier estímulo externo. Asimismo, aparece una exagerada capacidad asociativa, saltando de una idea a otra con excesiva facilidad (pensamiento saltigrado) o incluso pueden aparecer asociaciones de ideas por asonancia de palabras. La persona habla sin parar, estableciendo escasas pausas y sin manifestar cansancio.

Bloqueo del pensamiento

Consiste en una interrupción súbita del discurso de la persona y la imposibilidad de retomarlo, debido a la pérdida de la idea principal que lo dirige. Suele manifestarse con un «me he quedado en blanco» y la persona puede reanudar la conversación con otro tema.

Relacionados con la forma

Pensamiento circunstancial

La información dada por la persona es excesiva, con inclusión de detalles y explicaciones innecesarias e irrelevantes. El sujeto es incapaz de dirigir el pensamiento hacia un objetivo.

Pensamiento prolijo

Aparición en el discurso de la persona de una sobreabundancia de ideas con dificultad para seleccionar lo accesorio de lo esencial, expresándose todo con la misma importancia. El paciente, a diferencia que en el pensamiento circunstancial, sí que llega expresar la idea final tras un discurso lleno de detalles.

Pensamiento perseverante o perseveración

Incapacidad de pensar en un tema diferente o cambiar de tema, la persona repite monótonamente una idea o pensamiento, resultando imposible establecer un discurso fluido.

Pensamiento disgregado

La construcción de frases es correcta, pero hay una pérdida en la directriz del discurso como consecuencia de la rotura de las asociaciones normales. Los pensamientos fluyen sin conexión lógica ni relación aparente y dan como resultado final un contenido del discurso poco comprensible y absurdo.

Pensamiento incoherente

Cuando además de no existir una idea principal en el discurso hay una alteración extrema en la elaboración del lenguaje, lo que hace que éste sea incomprensible, siendo mínima la capacidad comunicativa.

Trastornos del contenido del pensamiento

Ideas sobrevaloradas

Son pensamientos que predominan sobre los demás, tienen un marcado tono afectivo y significado propio para la persona, y rigen gran parte de su conducta.

Ideas obsesivas

Son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes, no deseados, de carácter irracional que se imponen a la persona generando una intensa ansiedad, y la persona es incapaz de eliminarlos a pesar de reconocerlos como absurdos. Pueden acompañarse de actos compulsivos.

Ideas fóbicas

Son miedos excesivos a objetos, situaciones o personas específicos. La persona reacciona de manera desproporcionada e irracional en relación con la causa que la provoca.

Aunque las fobias se verán con más amplitud en el capítulo de trastornos de ansiedad, apuntaremos aquí que están tipificadas una gran variedad de las mismas, entre ellas:

- **Agorafobia.** Miedo a los espacios abiertos (en los que la persona se encuentra sola) o a los lugares de los que sea difícil escapar o en los que cueste conseguir ayuda, como transportes públicos o grandes almacenes.
- **Criptofobia.** Miedo a los espacios pequeños.
- **Algofobia.** Miedo al dolor.
- **Claustrofobia.** Miedo a los espacios cerrados.
- **Zoofobia.** Temor a los animales.

Ideas delirantes

Son falsas creencias basadas en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida a pesar de las pruebas o la evidencia

contradictoria objetiva y manifiesta, incluso a pesar de que otros miembros del entorno cultural no compartan la creencia.

Las ideas delirantes las podemos clasificar:

Por su origen:

Ideas delirantes (primarias). Son ideas o creencias falsas sobre la realidad, sostenidas con convicción, irreducibles a toda argumentación lógica, no influenciadas por la experiencia, que se establecen por vía patológica (a diferencia de creencias ancestrales, mágicas o religiosas) y que no se derivan de otras manifestaciones psicopatológicas.

Ideas delirantes secundarias o ideas deliroides. Son ideas que surgen como consecuencia de otros fenómenos más primarios (psicopatológicos o no psicopatológicos). Su contenido es parcialmente comprensible en el conjunto de las vivencias de la persona.

Por su contenido:

Delirio de persecución. La persona cree ser objeto de una persecución, sintiéndose amenazada física o psíquicamente (piensa que está siendo difamado o que hay una conspiración en su contra o en contra de su familia). Tiene la firme creencia de estar siendo observado, bien directamente por personas físicas, o bien por medio de aparatos electrónicos (micrófonos, cámaras ocultas...). Constituye la ideación delirante más frecuente.

Delirio de grandeza o megalomaniaco. La persona cree estar en posesión de un don especial o de grandes riquezas, o tener un importante objetivo a realizar en la tierra (p. ej., Don Quijote). A su vez, estima de forma exagerada sus capacidades, bienes o rol social.

Delirio de posesión y/o místico. Creencia de estar poseído o de ser la reencarnación de alguna persona (Jesucristo, Mahoma, el demonio...) que, por lo general, tienen una importante relación con la religión. Contenido de carácter religioso como, por ejemplo, el delirio mesiánico.

Ideas delirantes de referencia o autorreferenciales. Sensación de que la conducta de los demás se está refiriendo a uno mismo. Como ejemplo, el paciente cuando ve a dos personas hablando o cuando escucha la radio y o ve la televisión, piensa que lo que oye y ve hacen referencia a él.

Delirio celotípico o síndrome de Otelo. La persona cree que su pareja le está engañando e interpreta cualquier indicio o situación como una clara muestra de infidelidad con la búsqueda de pruebas que demuestren esta creencia.

Delirio erótico o de Clérambault. Creencia de ser amado por otra persona, habitualmente de estatus superior.

Ideas delirantes de ruina. Ideas delirantes depresivas, en la que se cree haber perdido todas las posesiones materiales.

Ideas delirantes de culpa. Convicción de haber hecho algo imperdonable y, por tanto, merecedor de castigo.

Delirio de control o influencia. La persona tiene una sensación subjetiva e

intensa de estar bajo el control de alguna fuerza extraña o de alguna persona, que modifican su mente; muchas veces, mediante mecanismos más o menos sofisticados, como micrófonos, cámaras o chips.

Delirio de significación. El paciente encuentra significados especiales (autorreferidos) en los hechos cotidianos y que sólo él puede descifrar.

Delirio fantástico. Son delirios físicamente imposibles, más propios de cuentos de hadas que de la vida real.

Delirio somático-hipocondríaco. Convicción de que el cuerpo o alguna parte de él no está funcionando bien.

Delirio nihilista. Creencias referentes al cuerpo con contenido de negación o inexistencia. El extremo se denomina **síndrome de Cotard** que es cuando la persona cree que está muerta, que no existe.

Delirio de Capgras o ilusión de Sosías. Creencia de que ciertas personas significativas para su vida han sido sustituidas por dobles exactos.

Según su organización:

Delirios sistematizados. Aquellos delirios organizados coherentemente en los que la persona puede justificar su creencia con amplios detalles que se sostienen unos a otros.

Delirios no sistematizados. Aquellos delirios en los que las ideas no tienen relación unas con otras y su argumentación es poco consistente.

En relación con la evolución de los delirios, podemos distinguir tres posibilidades: que persista a lo largo del tiempo con igual intensidad y, a medida que se hace crónico, disminuya su influencia sobre la conducta de la persona; que se aísle o encapsule y, aunque persista, permita un pensamiento y una conducta de la persona apenas influenciada por el mismo; por último, que el delirio se degrade hasta su disolución.

Alteraciones de la vivencia del pensamiento

En estas experiencias, la persona siente que su mundo interno escapa a su control de manera que pierde su carácter de privacidad y propia pertenencia.

Los fenómenos que se describen en estas alteraciones son:

Ideas delirantes de lectura de pensamiento

El sujeto está convencido de que le leen el pensamiento, que los demás saben lo que piensa. Por ejemplo: «cuando voy por la calle debo mirar al suelo porque, de lo contrario, leen todo lo que pienso, y enfermo».

Ideas delirantes de irradiación o difusión del pensamiento

El individuo tiene la sensación de que su pensamiento se irradia o difunde entre otras personas. Siente que los demás conocen lo que piensa. Por ejemplo: «todo el mundo sabe de mí, conocen mi pensamiento, comentan lo que pienso».

Ideas delirantes de inserción o imposición del pensamiento

El paciente cree que le han insertado pensamientos que no reconoce como propios y le son extraños. Por ejemplo: «me meten ideas en la cabeza que no son mías».

Robo del pensamiento

La persona cree que alguna fuerza externa ha sacado los pensamientos de su cabeza y, por tanto, no tiene. Por ejemplo: «me quedo sin ideas, me las quitan, me las roban y me dejan en blanco».

Psicopatología del lenguaje

Definimos el lenguaje como un conjunto de signos que sirve de vehículo para expresar lo que el ser humano piensa o siente, en definitiva, para establecer la comunicación con otras personas. Para el funcionamiento correcto del lenguaje es necesaria la adecuada coordinación motora de todo el aparato destinado a la fonación, así como la integridad de las áreas cerebrales responsables del lenguaje.

Clasificación de las alteraciones del lenguaje

Podemos dividir las alteraciones del lenguaje en dos grandes grupos: funcionales (no orgánicas), que son aquellas en las que no hay ninguna alteración de tipo sensorial, motor, de comprensión, expresión o elaboración del lenguaje y son consecuencia de un trastorno psíquico, así como las alteraciones orgánicas del lenguaje de origen mayoritariamente neurológico.

Alteraciones funcionales del lenguaje

Ausencia de lenguaje o mutismo

Ausencia total de lenguaje verbal sin que estén afectadas las capacidades instrumentales del lenguaje. La persona deja de comunicarse a pesar de tener en perfectas condiciones los órganos fonatorios y las estructuras neurológicas encargadas de la fonación.

El origen puede ser múltiple, por ejemplo, puede aparecer como reflejo de una actitud negativista, en situaciones de estrés intenso, en niños con mutismo selectivo o secundariamente a síntomas psicóticos.

Alteraciones del ritmo:

Taquifemia o taquifasia. Aceleración en la emisión de las palabras. La persona habla sin parar, unas veces siguiendo un orden y otras de forma incoherente. Se suele asociar a un hablar excesivo (*logorrea o verborrea*).

Presión del habla. Incremento del lenguaje espontáneo en relación con lo considerado adecuado socialmente. La persona habla con rapidez y resulta difícil interrumpirla.

Bradifemia o bradifasia. Enlentecimiento en la emisión de las palabras.

Aumento de la latencia de respuesta. El lenguaje es normal, pero el tiempo que pasa desde que se realiza la pregunta hasta que la persona empieza a responder es más prolongado de lo habitual.

Espasmofemia o tartamudez. Alteración del ritmo y de la fluidez del lenguaje, caracterizada por la interrupción del flujo del habla, por la tendencia a repetir las sílabas iniciales de las palabras.

Alteraciones de la significación:

Neologismos. Creación y uso de palabras o expresiones sin un significado generalmente aceptado y a las que la persona da un significado concreto. Pueden ser totalmente inventadas, o bien formadas a partir de la combinación de otros términos.

Paralogismos. A una palabra existente se le da un significado diferente al real.

Ensalada de palabras. Aparición de conexiones incoherentes o incomprensibles de palabras, que no responden a ninguna regla gramatical, y sin significado aparente.

Descarrilamiento o asociaciones laxas de ideas o fuga de ideas.

Interrupción de la conexión lógica entre las ideas y el sentido general de la dirección del pensamiento. Las ideas se suceden con rapidez, cada frase puede estar más o menos conectada lógicamente con la anterior, pero la meta cambia antes de que se elabore el pensamiento.

Trastornos iterativos:

Estereotipia verbal. Repetición frecuente de palabras, sílabas o frases en un contexto inadecuado.

Verbigeración. Repetición anárquica de palabras o frases de manera automatizada, con las siguientes modalidades:

Palilalia. Repetición involuntaria de la última palabra de la frase.

Ecolalia. Repetición irrelevante y persistente de las últimas palabras o frases que han sido dirigidas al sujeto como si fuera un eco.

Coprolalia. Empleo de palabras vulgares, obscenas, de carácter agresivo y soez.

Alteraciones orgánicas del lenguaje

Afasia

Alteraciones del lenguaje secundarias a lesiones cerebrales localizadas en el hemisferio dominante. Según la localización de la lesión cerebral podemos distinguir entre:

- *Afasia motora o de Brocca*, en la que la persona comprende, pero es incapaz de hablar.
- *Afasia sensorial o de Wernicke*, donde la persona es incapaz de entender el contenido del lenguaje, pese a una producción normal o aumentada del mismo. En cuanto a las alteraciones de la articulación:

Disartria

Alteración de la articulación de las palabras originada por problemas en los órganos fonatorios o en las conexiones nerviosas, centrales o periféricas, que inervan dichas estructuras fonatorias.

Dislalia

Dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras.

Psicopatología de la memoria

La memoria es la capacidad del ser humano de almacenar, retener y recuperar información. Se trata de una función compleja por la cual la información almacenada en el cerebro es después recordada, en la que intervienen diversos procesos:

- De percepción o recogida de información a través de los sentidos.
- De codificación, organización y conservación de la información en la memoria.
- De almacenamiento o retención de la información durante un tiempo determinado.
- De recuperación o evocación de la información almacenada.
- Del reconocimiento o sensación de familiaridad que acompaña a la información almacenada cuando ésta es recuperada o presentada de nuevo.

La memoria está intrínsecamente vinculada al aprendizaje o proceso de adquisición de información o de patrones de conducta previos. Habilita la persistencia del aprendizaje para que éste pueda utilizarse en el futuro, como referencia en la conducta adaptativa.

Una de las características de la memoria es su dimensión temporal. Atendiendo a ella podemos hablar de memoria.

- A largo plazo, que hace referencia al recuerdo de la información después de un período de tiempo durante el cual la persona ha localizado su atención lejos del estímulo presentado.
- A corto plazo, que hace referencia al material que se recuerda inmediatamente después de ser presentado o bien durante un ensayo ininterrumpido del material expuesto.

Clasificación de las alteraciones de la memoria

Alteraciones cuantitativas

Hipermnesias

Aumento anormal de la capacidad de memorizar. Es un fenómeno que no siempre debe considerarse patológico y que puede ser permanente o breve. Es conocido el caso de las personas, ya sea poco escolarizadas, o, en otros casos, con algún tipo de debilidad mental, que se han denominado clásicamente como *idiots savants* y que presentan una habilidad extraordinaria para recordar gran cantidad de información. Otro ejemplo son las *ecmenesias*, que son las vivencias del pasado con gran carga emocional (p. ej., un bombardeo) que se pueden revivir y representar con gran viveza e implicación emocional.

Hipomnesias

Disminución de la actividad mnésica sin llegar a la pérdida total.

Amnesia

Incapacidad total o parcial para el registro, retención y/o evocación de la información. En relación con el tiempo al que pertenecen los recuerdos afectados, podemos encontrar la siguiente clasificación:

- **Amnesia de fijación o anterógrada.** Incapacidad de aprender o retener información tras un estímulo patógeno, por ejemplo, un traumatismo. La persona puede recordar perfectamente acontecimientos del pasado previos a la lesión, pero es incapaz de retener información o acontecimientos posteriores a la misma.
- **Amnesia de conservación o retrógrada.** Incapacidad de recuperar información que había sido almacenada previamente al trastorno que ocasiona la amnesia (traumatismo, shock físico o psíquico...). Según la Ley de Ribot, los recuerdos que se pierden en mayor proporción y antes son los más recientes, y, en último lugar, los más remotos, los recuerdos de la infancia.
- **Amnesia lacunar o localizada.** Pérdida de memoria parcial que abarca un período de tiempo concreto.
- **Amnesia psicógena o afectiva.** Pérdida o disminución de la memoria producida por factores de tipo emocional o psicológico. La persona es incapaz de recordar información personal importante, habitualmente de manera parcial y selectiva, y ello no es debido a una enfermedad orgánica o ingesta de tóxicos.

Alteraciones cualitativas

Paramnesias

Distorsiones o errores de la memoria, como resultado de introducir detalles falsos, emociones erróneas o descontextualización del recuerdo. Podemos distinguir:

- **Paramnesias del recuerdo.** Transformaciones ideativas que la persona hace de situaciones pasadas. Una paramnesia del recuerdo es la **confabulación** que se caracteriza porque la persona utiliza o inventa recuerdos, sin intención de mentir, para rellenar lagunas de memoria.
- **Paramnesias del reconocimiento.** Cabe destacar los fenómenos de *déjà vu*, *déjà vécu* o *déjà entendu* que se caracterizan porque la persona tiene la impresión de haber visto, oído o vivido una situación con anterioridad, cuando en realidad se trata de una nueva experiencia. O sus contrarios *jamais vu*, *jamais vécu*, *jamais entendu*, donde experiencias previas no son reconocidas por la persona y se experimentan como nuevas.

Psicopatología de la afectividad

La afectividad o vida afectiva es el conjunto de experiencias que definen y delimitan la vida emocional de una persona. Representa el conjunto de estados de ánimo que el sujeto vive de forma personal y subjetiva, trascendiendo a su personalidad y conducta, especialmente en su capacidad de comunicación tanto verbal como no verbal y, generalmente, se distribuyen en términos duales como alegría-tristeza o agradable-desagradable.

La psicopatología de la afectividad analiza el sistema emocional o sentimental de la persona en general y engloba diferentes funciones psíquicas como son el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, el humor, los afectos..., siendo el estado de ánimo un tono vital interno dominante y mantenido que influye en el comportamiento y en la percepción del mundo de la persona, y siendo el afecto la expresión externa del estado de ánimo. Se denomina *eutimia* al intervalo normal del estado de ánimo, que implica la ausencia de un estado de ánimo depresivo o elevado.

Clasificación de las alteraciones de la afectividad

Alteraciones transitorias del estado de ánimo

Labilidad afectiva

Sensibilidad emocional excesiva que se caracteriza por un cambio inestable y rápido de las emociones. La persona tiene cambios afectivos súbitos, pasando de la alegría a la tristeza, sin tener necesariamente una estimulación externa que los provoque.

Incontinencia afectiva

Ausencia de control afectivo de manera que la expresión de los afectos surge de forma rápida y exagerada, alcanzando una intensidad excesiva, sin que el sujeto pueda dominarlos.

Ambitimia o ambivalencia afectiva

Coexistencia de sentimientos positivos y negativos con respecto a un mismo objeto, contenido vivencial o representación. La persona mantiene una coexistencia de sentimientos contradictorios, como, por ejemplo, amor y odio.

Indiferencia afectiva o frialdad

Falta de modulación emocional, sin respuesta a estímulos afectivos. La persona es fría, indiferente, insensible, con escasez de sentimientos, tanto hacia sí mismo como hacia el mundo externo.

Paratimia o inadecuación afectiva

Afectividad inadecuada en relación con el contexto en el que se produce. Por ejemplo, una persona nos dice que sufre mucho y al mismo tiempo está sonriendo.

Anhedonia

Incapacidad de experimentar placer en circunstancias que, con anterioridad, sí lo procuraban.

Alexitimia

Incapacidad de percibir sentimientos y expresar los propios.

Alteraciones más duraderas en el estado de ánimo

Disforia

Sentimiento de desagrado o de incomodidad. La persona presenta un estado de ánimo de insatisfacción e intranquilidad general.

Hipotimia

Disminución anormal del tono emotivo. Sentimiento patológico de tristeza, desesperanza e infelicidad.

Hipertimia

Humor más alegre de lo normal, desproporcionado y no ajustado a la realidad.

Irritabilidad

Excitabilidad anormal o excesiva, con facilidad de desencadenamiento de la ira, contrariedad e impaciencia. La persona se enoja y se enfada con facilidad.

Ansiedad

Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, que puede ser interno o externo. La ansiedad puede ser considerada en una doble vertiente:

Ansiedad estado con la presencia de síntomas ansiosos en un momento concreto y definido.

Ansiedad rasgo o personalidad ansiosa con tendencia de afrontamiento a las situaciones vitales con un excesivo grado de ansiedad.

Psicopatología de la psicomotricidad

El comportamiento motor de la persona es el vehículo que media entre el hombre y su relación con el medio. A través de las actitudes, los gestos, la forma de moverse y la mímica, entre otros, establecemos un nexo entre aspectos externos y características internas de la persona, es decir, con los factores psicológicos de la misma.

El estudio de la psicopatología de la motricidad abarca la actividad motora que se refleja en la actitud, gestos, mímica y movimientos, tanto aislados como combinados, voluntarios o involuntarios, del ser humano. La exploración de los signos o actos motores se presenta en dos ámbitos: uno objetivo, centrado en la descripción del acto motor y de los parámetros de su exploración física, y el subjetivo, referido a la vivencia personal que acompaña al acto motor. Los actos motores pueden estar compuestos de cualquier combinación de actos reflejos, movimientos involuntarios, movimientos conscientes intencionados y secuencias automatizadas.

La evaluación de las alteraciones psicomotoras propiamente dicha deberá recoger datos sobre la expresión facial, las características del habla y la motórica general, teniendo en cuenta la frecuencia, factores situacionales que precipitan, aumentan o reducen las manifestaciones y signos psicomotores.

Clasificación de las alteraciones de la psicomotricidad

En general, las alteraciones de la psicomotricidad suelen dividirse en dos grandes bloques, en función de si suponen un aumento de movimientos (*hipercinesia*) o una disminución de movimientos (*hipocinesia*).

Relacionados con el aumento de movimientos

Agitación psicomotriz

Exceso de actividad motora que se asocia a una inquietud psíquica. La persona realiza movimientos de manera desorganizada y sin una intencionalidad clara; suelen estar relacionados con un estado ansioso, eufórico o colérico, existiendo un potencial agresivo sobre sí mismo (*autoagresividad*) o sobre los demás (*heteroagresividad*), por lo que la agitación psicomotriz suele ser motivo de urgencia psiquiátrica. La intensidad varía de leve, en cuyo caso hablaríamos de *inquietud psicomotora*, a muy intensa.

Estereotipias motoras

Repeticiones continuas de movimientos (gestos, posturas) que, aunque son

intencionales, no tienen ninguna finalidad clara y están descontextualizados de la situación en la que se encuentra la persona. Pueden ser movimientos simples como: rascar, dar palmadas en las rodillas o acariciar; o más complejos, como dar vueltas sobre sí mismo, aletear con los brazos...

Acatisia

Sensación interna de inquietud que se manifiesta por la necesidad de estar en constante movimiento. Ello lleva a la persona a cambiar de lugar y postura, a levantarse y sentarse repetidamente, cruzar y descruzar las piernas.

Tics

Movimientos involuntarios, repetidos y espasmódicos, más o menos breves, que carecen de meta y que suelen implicar a pocos grupos musculares. Como, por ejemplo, parpadeos, carraspeos, tos, guiños o girar la cabeza. Los tics raramente afectan a la musculatura por debajo de los hombros.

Relacionados con la disminución de movimientos

Bradicinesia o enlentecimiento psicomotor

Se caracteriza por una lentificación de la actividad psicomotora y suele acompañarse de retardo en la actividad mental. En la persona observamos una mayor latencia en las respuestas, una disminución del pensamiento y del habla y una menor actividad motora espontánea.

Inhibición psicomotriz

Consiste en un retardo de las funciones psíquicas y motoras, presentando movimientos lentos, pudiendo incluso llegar a la ausencia de movimientos en períodos largos. Suele estar acompañada de sentimientos de tristeza, desesperanza y llores sin motivo.

Estupor

Alteración que consiste en la reducción importante de las funciones de relación, tanto verbal como motora. La persona permanece indiferente al medio que le rodea. Generalmente, observaremos al paciente con un déficit o ausencia completa de movimientos voluntarios, con el rostro inexpresivo, sin respuesta a estímulos externos o con movimientos semiautomáticos súbitos. Además de esto puede presentar mutismo, trastornos en la micción, en la defecación y negativismo.

Catatonía

Clásicamente, ha sido definida como un enlentecimiento psicomotor importante

con inmovilidad. En la actualidad, el concepto de catatonia se ha ampliado para referirse a estados que presentan diversas anormalidades psicomotoras importantes. Este concepto ampliado de catatonia incluye manifestaciones de alguno de los síntomas siguientes: inmovilidad motora (en forma de cataplejía), actividad motora excesiva (agitación catatónica), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares (estereotipias, gesticulación exagerada, adopción de posturas extravagantes).

Catalepsia y flexibilidad cérea

La catalepsia consiste en una actitud inmóvil, con la musculatura rígida, que permite colocar a una persona en una posición forzada, incómoda o antigravitatoria durante largo tiempo. Hablamos de *flexibilidad cérea* cuando al intentar que la persona adopte una postura impuesta pasivamente existe una pequeña tensión fácilmente superable, comportándose como si fuera de cera.

Concernientes a la realización de actividades

Actividad delirante ocupacional

Actividad improductiva en la que se realizan movimientos que asemejan la actividad habitual o profesional de la persona afectada.

Ceremoniales obsesivos

Acciones estereotipadas, de diversa complejidad y carácter absurdo, que la persona siente necesario ejecutar para aliviar la tensión originada por la ideación obsesiva o prevenir la ocurrencia de un hecho improbable.

Negativismo

Actitud por parte de la persona de oposición a los movimientos que se le ordenan. Hablamos de *negativismo pasivo* cuando la resistencia no es activa, es decir, el sujeto se niega a hacer lo que se le indica. El negativismo activo se caracteriza porque la persona muestra una resistencia u oposición activa haciendo incluso lo contrario de lo que se le pide.

Un último aspecto a tener en cuenta dentro del área motora son las alteraciones de los movimientos expresivos o la mímica. Aquí podemos encontrarnos con alteraciones cuantitativas como las *hipermimias* (por exceso) o las *hipomimias* (por defecto), o cualitativas, como las *dismimias* o *paramimias*, que consisten en una disonancia entre el afecto de la persona y su expresión facial.

Resumen

En la [tabla 6-1](#) se expone un cuadro-resumen de lo expuesto en este capítulo.

Tabla 6-1

Cuadro resumen

Área de clasificación				
Conciencia	Cuantitativas	Aumento	Hipervigilia	
		Disminución	Obnubilación. Somnolencia. Letargia. Sopor. Coma	
	Cualitativas	Estados crepusculares. Delirium		
	Del propio yo	Yo corporal	Anosognosia. Miembro fantasma. Asomatognosia	
		Yo psíquico	Despersonalización	
		Mundo circundante	Desrealización. Astereognosia. Prosopagnosia	
Sensopercepción	Distorsiones	Intensidad	Hiperestesias/hipoestesias	
		Forma	Micropsia/macropsia. Dismegalopsia	
		Integridad	Escisión. Sinestesia	
	Percepciones engañosas	Ilusiones		
		Alucinaciones	Visuales, auditivas, olfativas, gustativas, táctiles o hápticas, cenestésicas o somáticas	
	Pseudoalucinaciones o alucinaciones psíquicas			
	Alucinosis			
Atención	Hiperprosexia/hipoprosexia. Aprosexia. Perplejidad. Fatigabilidad			
Orientación	Desorientación. Falsa orientación. Doble orientación			
Pensamiento	Aspectos formales	Velocidad	Bradipsiquia/taquipsiquia. Fuga de ideas. Bloqueo	
		Forma	Circunstancial. Prolijo. Perseverante. Disgregado. Incoherente	
	Contenido	Ideas sobrevaloradas. Ideas obsesivas. Ideas fóbicas. Ideas delirantes (de persecución, de grandeza, de posesión, autorreferenciales...)		
	Vivencia	Ideas delirantes de lectura, difusión, inserción o robo del pensamiento		
Lenguaje	Funcionales	Mutismo		
		Del ritmo	Taquifemia/badifemia. Presión del habla. Aumento de la latencia de respuesta. Espasmofermia o tartamudez	
		Significación	Neologismos. Paralogismos. Ensalada de palabras. Fuga de ideas	
		Iterativos	Estereotipia verbal. Verbigeración (palilalia/ecolalia) Coprolalia	
	Orgánicas	Afasia. Disartria. Dislalia		
Memoria	Cuantitativas	Hipermnesias/hipomnesias. Amnesia (anterógrada; retrógrada; lacunar; afectiva)		
	Cualitativas	Paramnesias de recuerdo y de reconocimiento		
Afectividad	Transitorias	Labilidad afectiva. Incoherencia afectiva. Ambivalencia afectiva. Indiferencia afectiva. Paratimia. Anhedonia. Alexitimia		
	Duraderas	Disforia. Hipotimia/hipertimia. Irritabilidad. Ansiedad		
Psicomotricidad	Aumento	Agitación psicomotriz. Estereotipias motoras. Acatisia. Tics		
	Disminución	Bradicinesia. Inhibición psicomotriz. Estupor. Catatonía. Catalepsia. Flexibilidad cerea		
	Realización actividades	Actividad delirante ocupacional. Ceremoniales obsesivos. Negativismo		
	Mímica	Hipernimias/Hiponimias. Paraminimias		

Lecturas recomendadas

- Araque D, Serrano FJ. *Psiquiatría: Salud Mental*. 7.^a edición, Formación Continuada Logoss, SL; 2006.
- Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana; 2008.
- Bobes J, Bousoño M, González P, López JL, Sáiz PA. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid: Síntesis; 2002.
- Caballo VE, Salazar IC, Carrobbles JA. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide; 2011.
- Masson. *Diccionario médico*. 4.^a edición Barcelona: Masson; 1998.
- Megías-Lizancos F, Serrano. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid Difusión Avances de Enfermería; 2002.
- Rebraca L. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos*. 6.^a edición Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana; 2007.
- Rey A, Livianos L. *La psiquiatría y sus nombres*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.
- Rodríguez JF, Mesa PJ. *Manual de psicopatología clínica*. Madrid: Pirámide; 2011.
- Stuart G, Laraia M. *Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica*. 8.^a edición Madrid: Elsevier; 2006.
- Sadock B, Sadock V. *Sinopsis de psiquiatría*. 10.^a edición Barcelona: Williams and Wilkins; 2009.
- Segarra, y Eguiluz I. Psicopatología descriptiva. En: Tomás Palomo y Miguel Ángel Jiménez, Manual de psiquiatría; 2009. p. 171-193. Disponible en: http://www.aen.es/docs/Manual_Psiquiatria.pdf
- Teva MI, y Zamora FJ. (2009). Psicopatología descriptiva básica. En: Manual del residente en psiquiatría (163-174). Disponible en: http://www.unioviedo.es/psiquiatria/doctorado/TOMO_I_Residente_en_Psiquiatria.pdf
- Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

SECCIÓN 2.1

Demencias

Capítulo 7: Trastorno mental orgánico

Capítulo 8: Psicogeriatría: trastornos mentales en la vejez

CAPÍTULO 7

Trastorno mental orgánico

Rocío Albuixech García

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción: concepto de trastorno mental orgánico 73

Delirium 73

Demencia 74

Trastornos amnésicos y otros trastornos
cognoscitivos 75

El trastorno amnésico 75

Otros trastornos cognoscitivos 76

Proceso enfermero en el trastorno mental orgánico 76

Valoración de enfermería por patrones funcionales
de salud 76

Valoración de enfermería de la situación
familiar 77

Diagnóstico de enfermería 77

Actuación y cuidados de enfermería 77

Introducción: concepto de trastorno mental orgánico

Se emplea el término general «trastorno mental orgánico» (TMO) para describir una alteración de la función mental distinta a otros trastornos mentales. Su rasgo diferencial radica en que, en los TMO, la etiología biológica debe estar claramente demostrada. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10.^a edición CIE-10¹ de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los TMO como un amplio conjunto de desórdenes psicológicos y conductuales que tienen en común una causa demostrable de disfunción del tejido cerebral. Esta causa puede ser primaria, en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afecten al cerebro de modo directo, o secundaria, cuando otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinen el mal funcionamiento cerebral.

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a edición, texto revisado (DSM-IV-TR), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA)², propone el abandono del término «TMO», pese a que sí había sido empleado para la 3.^a edición DSM-III-R. El cambio de denominación propuesto se debe a que el término «TMO» implica, de manera incorrecta, que otros trastornos mentales «no orgánicos» (como, por ejemplo, la esquizofrenia) carecen de base biológica. En la 5.^a revisión DSM-5 se utiliza el término «trastorno neurocognitivo» y se establece la distinción entre trastornos graves y leves. Se reconoce así un nivel de discapacidad menor que puede ser objeto de diagnóstico y tratamiento⁴.

Los grandes TMO, coincidentes en ambas clasificaciones, CIE-10 y DSM-IV, son el *delirium*, las demencias, los trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. La alteración predominante en todos ellos es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas con respecto a un nivel previo de actividad⁵.

Delirium

El «*delirium*» (también llamado «síndrome confusional agudo») es un trastorno grave, habitualmente reversible, asociado a una alta morbilidad y mortalidad. Su origen se suele encontrar en causas sistémicas. En los mayores de 65 años hospitalizados a causa de una enfermedad médica, aproximadamente el 10% puede presentar *delirium* en el momento de su admisión, mientras que otro 10-15% puede presentarlo a lo largo de su estancia hospitalaria^{6,7}.

El *delirium* se caracteriza por una *alteración de la conciencia* acompañada de un cambio de las *funciones cognoscitivas*, que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla en un breve período de tiempo. Será necesario demostrar, a través de la historia, el examen físico o los exámenes complementarios, que el trastorno es consecuencia

fisiopatológica directa bien de una enfermedad sistémica, bien de intoxicación, bien de una combinación de causas. El EEG es típicamente anormal, y puede mostrar tanto un enlentecimiento generalizado como una actividad rápida^{1,2}.

Entre los síntomas más frecuentes del *delirium* se encuentra la *alteración de la conciencia*, la cual se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno. También encontramos cambios de las *funciones cognoscitivas* (deterioro de la memoria, desorientación o alteraciones del lenguaje), alteraciones de la *percepción* o *desorientación*. Se acompaña con frecuencia de una *alteración del ciclo sueño-vigilia* y de *alteraciones del comportamiento psicomotor* que pueden oscilar de un extremo a otro a lo largo del día. Por un lado, el paciente puede mostrar inquietud e hiperactividad manifestada en el desorden de las sábanas de la cama, intentos de levantarse y ponerse de pie, o gritos y llamadas de ayuda; comportamientos éstos que predominan durante la noche y cuando falta una estimulación ambiental adecuada. Por otro, también es posible encontrar una disminución de la *actividad psicomotora*, con inactividad y letargia cercanas al estupor.

Los *trastornos emocionales* pueden manifestarse a través de la ansiedad, el miedo, la depresión, la irritabilidad, la ira, la euforia o la apatía. El miedo es muy frecuente y puede ser el resultado de alucinaciones amenazadoras o de ideas delirantes pobremente sistematizadas.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con respecto a la demencia, constatando si el paciente padece sólo un *delirium* o si éste se sobreañade a una demencia preexistente. El deterioro de la memoria es frecuente en los dos, pero en la demencia el sujeto está vigil y no sufre la alteración de la conciencia característica del *delirium*.

Demencia

La demencia es el síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo. Representa una pérdida respecto a un nivel previo y reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD)^{5,8}.

Entre las demencias más frecuentes encontramos la enfermedad de Alzheimer (EA), las demencias vasculares (DV), así como las formas combinadas de EA más patología cerebrovascular. El número de casos se incrementa a partir de los 65 años, y constituye un importante factor de riesgo de mortalidad. El coste sociosanitario es elevado y aumenta con la gravedad de la enfermedad^{9,10,11}.

Los criterios diagnósticos de la demencia señalados por el DSM-IV-TR^{2,3} y la CIE-10¹ incluyen como obligatoria la presencia de deterioro mnésico, al contrario de lo que propone la Sociedad Española de Neurología (SEN)¹². Lo cierto es que determinadas formas de demencia, como la DV, no presentan alteración grave de la memoria hasta fases avanzadas. Asimismo, la 5.ª revisión de la APA, DSM-5¹³,

incorpora el *trastorno neurocognitivo leve* como nueva categoría que implica una menor discapacidad, y recomienda no sobrevalorar el déficit de memoria. La demencia bien puede manifestarse por otro déficit (apraxia, afasia o agnosia) o por cambios progresivos de las capacidades funcionales, en la personalidad o por trastornos de la conducta.¹⁴

En el ámbito de la investigación, los criterios CIE-10 son más específicos que los DSM-IV y requieren una persistencia de los síntomas durante un mínimo de seis meses. Esto, si bien es útil para el diagnóstico diferencial de la demencia respecto al síndrome confusional agudo, puede resultar excesivo en aquellos casos de evolución subaguda con deterioro intenso en pocas semanas, como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).

El grado de acuerdo entre los distintos criterios diagnósticos de demencia es moderado. En un estudio ya clásico se comparó la prevalencia de la demencia en una misma muestra de sujetos a través de la aplicación de distintos criterios, y el resultado fue de un 3,1% según la CIE-10, un 17,3% según los DSM-III-R y un 13,7% aplicando los DSM-IV.¹⁵

El criterio más extendido para la clasificación de las demencias es el etiológico, que considera tres grandes categorías: primarias, secundarias y múltiples. Pasamos a comentar brevemente algunos de los principales tipos de demencias que se incluyen en cada una de ellas:

1. Demencias primarias o degenerativas. Esta clase de demencias se debe a procesos degenerativos, y su factor fisiopatológico principal radica en la pérdida neuronal y sináptica, así como en el depósito cerebral de agregados proteicos insolubles. Cada agregado sigue un patrón topográfico, lo que origina la clínica de cada tipo de demencia. En este grupo, las demencias bien pueden ser la manifestación predominante (como en la EA), o bien formar parte de la clínica (como en la enfermedad de Parkinson)⁵.

Dentro de la categoría primaria, destacan las siguientes demencias:

- a. **Demencia tipo Alzheimer (EA).** Representa hasta un 70% de las demencias⁵. El inicio es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo. El diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. La tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) pueden demostrar atrofia cerebral, con mayor dilatación de los surcos y mayor ensanchamiento de los ventrículos comparado con el proceso normal de envejecimiento. El examen microscópico revela con frecuencia cambios histopatológicos que incluyen placas seniles, nudos neurofibrilares, pérdida neuronal y angiopatía amiloide. Se estima una prevalencia de la demencia del 5-10% entre la población mayor de 65 años; tal prevalencia aumenta con la edad, en especial después de los 75 años^{5,10,11}. Su curso es progresivo e irreversible. Un patrón habitual es el inicio insidioso, con rápidos déficits de memoria reciente, y el desarrollo de afasia, apraxia y agnosia después de algunos años. Algunos pacientes

pueden presentar cambios de personalidad o aumento de la irritabilidad en los estadios iniciales. En fases avanzadas de la enfermedad, pueden presentarse alteraciones de la marcha, alteraciones motoras, y, en ocasiones, mutismo y postración en cama. La duración media de la enfermedad, desde el inicio de los síntomas hasta la muerte, es de 8-10 años. En algunas familias con EA de inicio precoz se ha demostrado una herencia de tipo dominante⁵.

- b. **Demencia con cuerpos de Lewy.** Se caracteriza por una asociación del deterioro cognitivo con demencia fluctuante, parkinsonismo y síntomas psicóticos. Desde un punto de vista patológico, se identifica por la aparición de cuerpos de Lewy en la corteza y en los núcleos subcorticales.
- c. **Demencia debida a la enfermedad de Parkinson.** Afecta a más de un dominio cognitivo, principalmente a la atención, a la función ejecutiva y a la visuoespacial. La demencia aparece en un contexto típico de la enfermedad de Parkinson establecida.
- d. **Degeneraciones lobulares frontotemporales.** Constituye la segunda causa de demencia en los menores de 65 años. Se identifica por la afectación de los lóbulos frontales y temporales. Desde un punto de vista clínico, se caracteriza por iniciarse con cambios de la personalidad, deterioro de las habilidades sociales, embotamiento emocional, desinhibición del comportamiento y anomalías llamativas del lenguaje.
- e. **Demencia debida a la enfermedad de Huntington.** Se trata de una enfermedad hereditaria progresiva que afecta a las funciones cognoscitivas, las emociones y el movimiento (coreoatetosis). Se transmite por un gen autosómico dominante, lo que significa que los hijos tienen un 50% de posibilidades de padecerla. A veces coincide con síntomas psicóticos y con un lenguaje desorganizado debido a la atrofia del estriado.
- f. **Demencia debida a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.** Se trata de una encefalopatía espongiiforme subaguda. La tríada clínica está constituida por demencia, movimientos involuntarios (mioclonías) y actividad del EEG periódica. Existe un componente familiar en el 5-15% de los casos.

2. **Demencias secundarias.** En esta segunda categoría, la disfunción neuronal se debe a causas externas al metabolismo neuronal, que pueden ser vasculares, infecciosas, carenciales, endocrinometabólicas, toxicológicas u otra clase de patologías. Entre los procesos que pueden causar estas demencias se incluyen las lesiones estructurales del SNC (tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia normotensiva), el traumatismo craneoencefálico, las alteraciones endocrinológicas (hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia), las alteraciones nutricionales (deficiencia de vitamina B₁₂, tiamina o niacina), las infecciones (VIH, neurolúes, Cryptococcus), la insuficiencia hepática y/o renal, las enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple), los efectos adversos farmacológicos (benzodiazepinas,

betabloqueantes, anticolinérgicos), las enfermedades autoinmunes sistémicas (lupus eritematoso sistémico, encefalopatía de Hashimoto, neurosarcoidosis) y las toxinas ambientales (metales pesados, hidrocarburos orgánicos); además, pueden ser el resultado de largas exposiciones a tóxicos como el alcohol.⁵

No suelen cursar con demencia aislada y se diagnostican por el contexto clínico.

La etiología, en algunos casos, es potencialmente tratable. Entre las demencias secundarias, destacamos las siguientes:

- a. **Demencia vascular.** siguiendo la clasificación de la SEN¹², podemos encontrar varios tipos de DV (isquémicas, isquémicas hipóxicas, hemorrágicas y combinadas). Se trata de la segunda demencia más frecuente, representando hasta un 25% del total de las mismas. Debe haber demostración de una enfermedad cerebrovascular, como síntomas y signos neurológicos focales (respuesta de extensión del reflejo plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías de la marcha, exageración de los reflejos tendinosos profundos o debilidad de una extremidad). Con frecuencia, una TC y RM del cerebro muestran múltiples lesiones vasculares en la corteza cerebral y en las estructuras subcorticales. El inicio de la DV es típicamente brusco, seguido por un curso fluctuante, mientras que el patrón de deterioro suele ser irregular, dependiendo de las regiones del cerebro afectadas. Un tratamiento precoz de la hipertensión y de la enfermedad vascular puede prevenir su rápida progresión.

3. **Demencias de etiología múltiple.** Esta última categoría se aplica ante la existencia simultánea de más de una causa suficiente para originar el síndrome de demencia. En este grupo, cabe destacar por su elevada prevalencia la EA asociada a la enfermedad cerebrovascular¹⁶.

Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

El trastorno amnésico

En la CIE-10¹ se le denomina «síndrome amnésico orgánico». Se caracteriza por un deterioro de la capacidad para aprender información nueva (memoria reciente), así como por la incapacidad de recordar acontecimientos pasados o información previamente aprendida (memoria remota). No existe alteración de la conciencia (*delirium*) ni deterioro intelectual (demencia). La capacidad para recordar información nueva se encuentra siempre afectada (amnesia anterógrada), lo que propicia la desorientación temporal. Por otra parte, la afectación de la memoria a largo plazo se produce de forma más variable y los pacientes recuerdan mejor la información más antigua. La memoria inmediata o de fijación se conserva. La confabulación es muy frecuente, llegando a recordar como verídicos datos que no lo son.

El curso depende de la causa, y bien puede haber recuperación total o parcial o ser irreversible.

La etiología se debe a una afectación del sustrato orgánico de la memoria: sistema hipotalámico-diencefálico o porción medial del lóbulo temporal (cuerpos mamilares, fórnix, hipocampo). Entre las causas encontramos la *deficiencia de tiamina* típica del alcoholismo crónico, en el que se acompaña de una neuropatía periférica y constituye lo que se conoce como «síndrome de Korsakoff»; también las *enfermedades* que comprometen bilateralmente al hipocampo (postencefalitis, meningitis tuberculosa, trauma cerebral, infarto de la región temporal por trombosis o embolias), la *anoxia cerebral* (intento de ahorcamiento, paro cardíaco, complicaciones anestésicas) y las *intoxicaciones* por CO, insecticidas, organofosforados, plomo y fármacos.

El síndrome amnésico debe diferenciarse de los trastornos psicógenos de la memoria (estados disociativos de amnesia y fuga), que se caracterizan únicamente por la amnesia retrógrada con cierta pérdida de la identidad personal, y que son desencadenados por conflictos emocionales^{1,2,3}.

Otros trastornos cognoscitivos

Se trata de trastornos caracterizados por disfunciones cognoscitivas que no cumplen los criterios del *delirium*, la demencia o el trastorno amnésico. Tampoco pueden catalogarse como otros trastornos con sintomatología similar, como la esquizofrenia, los trastornos disociativos, los trastornos afectivos, los trastornos de angustia o pánico o los trastornos de la personalidad que no reconocen una causa orgánica. Para el diagnóstico diferencial es importante considerar tanto la personalidad premórbida, como la presencia o ausencia de enfermedad orgánica. Algunos ejemplos son:

- **Síndrome postencefalítico.** Cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana; suele ser reversible.
- **Síndrome posconmocional.** Sucede a un traumatismo craneal que generalmente ha producido pérdida de conciencia, con deterioro de la memoria o de la atención y síntomas asociados^{1,2,3}.

Proceso enfermero en el trastorno mental orgánico

En este apartado desarrollaremos la valoración, diagnóstico e intervenciones integrantes del proceso enfermero, entendido éste como un proceso en 5 fases¹⁷. A modo de síntesis, se elabora la tabla 1, que atiende a criterios de frecuencia de manifestación en los TMO y que recoge: 1. Signos y síntomas que podemos encontrar en la recogida de datos (fase de valoración) agrupados por *patrones funcionales de salud* (PFS)¹⁸. 2. Los diagnósticos (problemas más frecuentes) (taxonomía II)¹⁹. 3. Posibles intervenciones, taxonomía NIC, Nursing Interventions Classification²⁰, y actividades. Dicha tabla es orientativa y su interpretación precisa de una adaptación individualizada: cada caso guiará al enfermero a otras posibles interrelaciones e intervenciones. En la tabla se recoge tanto la sintomatología del individuo enfermo como la del cuidador.

En el desarrollo de los siguientes apartados nos referiremos con mayor frecuencia a la demencia tipo Alzheimer, por ser considerada el TMO de mayor cronicidad y porque, como tal, precisa de cuidados más dilatados en el tiempo.

Valoración de enfermería por patrones funcionales de salud

La valoración de enfermería es un proceso sistemático que permite la obtención ordenada de datos relevantes del cliente, ya sea este un individuo, una familia o una comunidad. En salud mental debemos tener en cuenta que, cuando se inicia la fase de valoración, a la vez que estamos tratando de conocer el estado de salud estamos iniciando una relación terapéutica²¹.

La valoración puede realizarse utilizando diferentes herramientas, con independencia del modelo enfermero seguido. Una de ellas será la recogida y ordenación de los datos por PFS. Para la recogida se pueden utilizar distintos instrumentos: la entrevista, la observación, las escalas, etc. Los PFS nos permitirán obtener distintos datos relevantes del individuo (físicos, psíquicos, sociales y del entorno) que nos permitirán determinar su perfil funcional¹⁸.

El juicio sobre si un patrón es funcional o no se hace comparando los datos de la valoración con los datos de referencia del individuo, así como con las normas establecidas para su grupo de edad, con normas culturales, sociales o de otra clase. Cada patrón debe evaluarse en el contexto de los demás y en el de su contribución al óptimo funcionamiento del cliente¹⁸.

En los TMO es importante recoger información sobre los antecedentes, la situación actual y el manejo de la salud. También se recomienda evaluar el impacto del deterioro cognitivo sobre las actividades de la vida diaria (AVD)⁵. En

fases iniciales, se afectarán aquellos patrones que impliquen esferas más complejas de la vida, como las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) (actividades sociales y recreativas), seguidas de la afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (uso del teléfono, manejo del dinero, etc.); mientras que en fases avanzadas, se afectarán los patrones que implican las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (nutrición, eliminación, etc.).

Para la valoración de la capacidad funcional y cognitiva, se recomienda utilizar escalas que incluyan ítems relacionados con los distintos PFS²². En los TMO, el patrón funcional más afectado y definitorio de la enfermedad es el patrón cognitivo-perceptual. Otros patrones afectados a destacar son el de autopercepción-autoconcepto, el de rol-relaciones y el de adaptación-tolerancia al estrés.

Para la evaluación cognitiva se ha validado en España la versión española normalizada del Minimental State Examination (MMSE) o versiones de Lobo o MEC (también recomendadas en la evaluación funcional de AAVD), la escala Pfeiffer y el Eurotest. Para realizar la evaluación funcional se recomiendan distintas escalas, como el índice de Katz o el índice de Barthel para las ABVD; o la escala Lawton o la Brody para las AIVD. También se recomiendan escalas de evaluación global, como la Global Deterioration Scale (GDS) o la Functional Assessment Staging (FAST)⁵.

La SEN recomienda la evaluación funcional sistemática del sujeto con un observador fiable, bien a través de cuestionarios estandarizados, bien a través de una entrevista semiestructurada y de su gradación funcional global. La elección del instrumento debe realizarse en función del tiempo disponible, de la experiencia clínica y de otros aspectos como la cultura, la edad, el sexo y el propio trastorno⁸.

En general, los TMO causan agitación, confusión, pérdidas de la función cerebral a largo plazo (demencia) y pérdidas graves de la función cerebral a corto plazo (delirio). En el *delirium* puede ser difícil valorar los cambios de la función cognoscitiva, puesto que el sujeto suele estar poco atento y es incoherente, siendo de utilidad la historia y un informador fiable²¹.

Se recomienda evaluar los SCPD de forma sistemática por tratarse de un componente fundamental del cuadro clínico, así como por su elevada frecuencia, difícil manejo e impacto sobre la calidad de vida. Se recomienda el NPI (Neuropsychiatric Inventory) como instrumento para la evaluación de la intensidad y frecuencia de los mismos. Además, son motivo frecuente de asistencia urgente, claudicación familiar e institucionalización. En la fase de demencia de leve a moderada, paralelamente al deterioro de las AIVD, pueden aparecer trastornos del sueño y conductas de desinhibición con cambios en la conducta alimentaria y sexual. En la demencia moderada-grave, la presencia de SCPD se correlaciona de forma significativa con las puntuaciones en las escalas funcionales ($p = 0,039$)²³.

Valoración de enfermería de la situación familiar

El grado de discapacidad del individuo no depende sólo de la gravedad de su deterioro cognoscitivo, sino también de la disponibilidad de un soporte social.

La demencia, como paradigma de los trastornos mentales orgánicos con curso crónico, tiene importantes repercusiones físicas, psíquicas y sociales, tanto para el enfermo como para la familia y el cuidador principal. En España, el gasto económico familiar por el cuidado de un paciente con EA se sitúa en torno a 12.700-22.000 euros al año, variando en función de la fase de la enfermedad²⁴. A medida que la enfermedad avanza, la carga psicológica y física creciente que soportan los cuidadores puede desembocar en el llamado «síndrome del cuidador», consistente en una respuesta emocional inadecuada ante el estrés emocional crónico, y que termina por producir el agotamiento físico y psíquico del cuidador.

Los cuidadores con poca ayuda se ven sometidos a un sobreesfuerzo y disminuyen sus actividades de ocio y tiempo libre. Con el tiempo, el cansancio origina fatiga, sobrecargas osteomusculares, úlceras gástricas, insomnio, crisis de ansiedad, depresión, aislamiento social, sentimientos ambivalentes hacia el demente (amor-odio) y agresividad, lo que redundará en un descenso en la calidad del cuidado y puede dar lugar a situaciones de maltrato. Se recomienda emplear la escala de Zarit para cuantificar la sobrecarga del cuidador⁵.

Al enfrentarnos a la EA necesitaremos adoptar un enfoque multidisciplinar. El apoyo al cuidador principal y a la familia lo realizará sobre todo la enfermera de atención primaria (en la consulta, en visitas domiciliarias, en charlas y talleres, etc.). Los servicios de salud mental deberán prestar una atención integrada y multidisciplinar coordinada con otros ámbitos, como el de la atención especializada y los servicios sociales²⁷. En una valoración familiar y social inicial convendrá recabar los siguientes datos sobre la familia: fase de la enfermedad, familiares que conviven con el paciente y qué relación les une, identificación del cuidador principal y de sus conocimientos sobre la enfermedad, apoyo formal e informal, nivel socioeconómico, etc.

Diagnóstico de enfermería

Una vez recopilada, organizada y analizada la información obtenida durante la fase de valoración, se procederá a la emisión de un juicio clínico que versará tanto sobre la respuesta del individuo como sobre la respuesta de la familia o comunidad a sus problemas de salud (reales o potenciales) y a sus procesos vitales. El diagnóstico enfermero nos proporcionará la base para seleccionar qué intervenciones son las adecuadas para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable¹⁹.

En la [tabla 7-1](#) se incluyen los diagnósticos enfermeros más frecuentes en los TMO.

Tabla 7-1**Trastornos mentales orgánicos: valoración por patrones funcionales de salud, escalas, diagnósticos e intervenciones enfermeras**

Patrones funcionales	Diagnósticos de enfermería, taxonomía II ¹⁹	NIC ²⁰	Actividades
<i>Se incluyen escalas que contienen ítems para la valoración de ese patrón:</i> • E, C: afecta al enfermo y al cuidador • C: afecta principalmente al cuidador • Sin especificar: afecta al enfermo	<i>Problemas más frecuentes en los TMO en relación con los datos recogidos de la</i> <i>1. ª columna</i>	<i>Posibles intervenciones de enfermería. Pueden plantearse otras en función de los objetivos deseados. Deben ser factibles</i>	<i>Las actividades dependerán de la factibilidad, recursos disponibles, aceptación, participación del paciente y capacidad profesional</i>
1. Percepción de la salud/ mantenimiento de la salud (Barthel, Lawton, GDS, FAST, Zarit): • Preocupación y ansiedad por la incapacidad de recordar cosas • Miedo a perder las facultades mentales • Miedo a ser hospitalizado (E, C) • Preocupación por pérdida de funcionalidad • Incapacidad de seguir el régimen terapéutico • Abandono de los cuidados médicos preventivos • Caídas • Dependencia para baño, vestido, aseo • Incapacidad de identificar las dificultades • Deterioro de la salud por cuidar a familiar (C) • Hábitos tóxicos (C)	Dominio 1: promoción de la salud Clases: 1. Toma de conciencia de la salud 2. Gestión de la salud 00146 Ansiedad 00148 Temor 00078 Gestión ineficaz de la propia salud 00153 Riesgo de baja autoestima situacional 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud 00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene 00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento 00055 Desempeño ineficaz del rol 00193 Descuido personal	Facilitación de los autocuidados: 1610 Baño 1630 Vestir 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal 1800 Ayuda al autocuidado 1805 Ayuda con los autocuidados: AIVD 6462 Manejo de la demencia: baño Control de fármacos: 2300 Administración de medicación 2395 Control de la medicación Educación a los pacientes 5510 Educación sanitaria 5604 Enseñanza: individual	Habilidades autocuidado: • Identificar causas de oposición al autocuidado: frío, intimidad, miedo, caídas • Respeto intimidad y autonomía • Reforzar buen olor, vestido • Educación para la salud • Informar sobre importancia del autocuidado
2. Nutricional/metabólico (Lawton, Barthel, Zarit, Norton): • Cambios en el apetito normal (E, C) • Aumento o pérdida de peso (E, C) • Malos hábitos	Dominio 2: Nutrición Clases: 1. Ingestión 2. Digestión 3. Absorción 4. Metabolismo 5. Hidratación 00102 Déficit de autocuidado:	Apoyo nutricional: 1020 Etapas en la dieta 1803 Ayuda en los autocuidados: alimentación 1030 Manejo en	Adecuada nutrición: • Establecer rutinas • Dieta variada • Dieta blanda si problemas de deglución • Educación para la salud • Adecuada

alimentarios (E, C) • Dificultad para comer por problemas dentales • Falta de sed • Morados y cortes por chocar contra los objetos • Lenta cicatrización • Preocupación por la apariencia física • Riesgo de úlceras por presión (UPP)	alimentación 00001 Desequilibrio nutricional por exceso 00002 Desequilibrio nutricional por defecto 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 00047 Riesgo deterioro de integridad cutánea	los trastornos de la alimentación 1100 Manejo de la nutrición 1260 Manejo del peso 1120 Terapia nutricional 1050 Alimentación 5246 Asesoramiento nutricional 3540 Prevención UPP	alimentación • Talleres de alimentación saludable, nutrición en prevención UPP
3. Eliminación (Barthel, Katz, GDS, FAST): • Incontinencia urinaria y fecal • Estreñimiento o diarrea • Síntomas de infección del tracto urinario, como micciones frecuentes o dolorosas • Olor corporal	<i>Dominio 3: Eliminación e intercambio</i> Clases: 1. Función urinaria 2. Función gastrointestinal 3. Función tegumentaria 4. Función respiratoria 00110 Déficit de autocuidado: uso del WC 00011 Estreñimiento 00013 Diarrea 00016 Deterioro de la eliminación urinaria 00004 Riesgo de infección	Control de la eliminación: 0430 Manejo intestinal 0450 Manejo de la diarrea 0450 Manejo del estreñimiento 0590 Manejo de la eliminación urinaria 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo 0410 Cuidados de incontinencia intestinal 0560 Ejercicio del suelo pélvico	Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria e intestinal • Identificar la causa • Respetar intimidad • Rutina para ir al WC • Señalizar camino y liberar de obstáculos • Restricción de líquidos por la noche
4. Actividad/ejercicio (Barthel, Katz, Lawton): • Fatiga, sedentarismo (E, C) • Pérdida de interés por las actividades recreativas y de ocio (E, C) • Dificultad para realizar actividades de la vida diaria • Dificultad para subir y bajar peldaños • Dificultad en el mantenimiento del equilibrio • Dificultad en la coordinación • Inquietud • Repetición de la misma	<i>Dominio 4: Actividad/reposo</i> Clases: 1. Reposo/sueño 2. Actividad/ejercicio 3. Equilibrio de la energía 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar 5. Autocuidado 00154 Vagabundeo 00155 Riesgo de caídas 00168 Sedentarismo 00035 Riesgo de lesión 00085 Deterioro de la movilidad física 00097 Déficit de actividades recreativas 00095 Insomnio 00198 Trastorno del patrón del sueño	Control de actividad y ejercicio: 0200 Fomento del ejercicio 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio 0180 Manejo de la energía Terapia conductual: 4310 Terapia de actividad Control de inmovilidad: 0740 Cuidados del paciente encamado 0840 Cambio de	Evitar sedentarismo: • Ejercicio activo • Ejercicio pasivo en fases avanzadas de la enfermedad para mantener tono muscular • Educación para la salud: importancia ejercicio físico • Rutinas paseo • Actividades de ocio

acción o movimiento • Encajado		posición 3540 Prevención UPP 6580 Sujeción física	
5. Sueño/descanso (ansiedad-depresión Goldberg): • Despertar temprano o insomnio (E, C) • Preocupación por los patrones interrumpidos de sueño (E, C) • Empleo de las alteraciones del sueño como razón de la disminución en la participación de las actividades diarias • Ciclo inverso del sueño-despertar		Facilitación de los autocuidados: 1850 Mejorar el sueño	Control trastornos del sueño: • Infusiones relajantes al acostarse • Actividad durante el día • Técnicas de relajación
6. Percepción/cognitivo (SPSMQ Peiffer, MMSE, MEC o Lobo, GDS, FAST): • Alteraciones sensoriales (visión, audición, olfato...) • Dificultad para recordar lugares, nombres y situaciones • Dificultad de orientación, concentración • Repetición de preguntas y afirmaciones • Dificultad para seleccionar palabras al hablar • Dificultad comprensión de ideas abstractas, cosas nuevas • Dificultad para seguir órdenes verbales • Dificultad para iniciar y centrarse en una tarea • Dificultad en la percepción de la dirección, distancia y relación espacial • Incapacidad para reconocer símbolos y objetos familiares • Agnosias, apraxias	<i>Dominio 5: Percepción/cognición</i> Clases: 1. Atención 2. Orientación 00051 Deterioro de la comunicación verbal 00131 Deterioro de la memoria 00122 Trastorno de la percepción sensorial 00126 Conocimientos deficientes 00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno 00128 Confusión aguda 00129 Confusión crónica	Control neurológico: 2620 Monitorización neurológica Terapia conductual: 4310 Terapia de actividad 4320 Terapia asistida con animales 4330 Terapia artística 4350 Manejo de la conducta 4390 Terapia con el entorno 4400 Musicoterapia 4430 Terapia con juegos Terapia cognitiva: 4720 Estimulación cognoscitiva 4740 Llevar un diario 4760 Entrenamiento de la memoria 4820 Orientación de la realidad 4860 Terapia de reminiscencia 5520 Facilitar el aprendizaje	Favorecer la orientación: • Información verbal sobre el lugar, día, mes, año... • Acondicionar el medio: rótulos en las puertas, establecer rutinas Estimular la memoria Favorecer comunicación: • Contacto visual • Mantener la calma • Evitar estímulos distractores • Llamarle por su nombre • Utilizar un tono suave • Humor desdramatizador • Contacto físico

		Potenciación de la comunicación: 4920 Escucha activa	
7. Autopercepción /autoconcepto (autoestima Rosenberg, Zarit, Yesavage): • Expresiones de inutilidad, desesperanza (E, C) • Sentimientos de carga familiar (E, C) • Tristeza y enfado por la función física y cognitiva disminuida • Depresión, miedo o ansiedad (E,C) • Se siente incapaz de cuidar a su familiar (C) • Desinterés (E, C) • Verbalizaciones autonegativas (E, C) • Problemas conductuales, deterioro de la atención	Dominio 6: Autopercepción Clases: 1. Autoconcepto 2. Autoestima 3. Imagen corporal 00121 Trastorno de la identidad personal 00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana 00175 Sufrimiento moral 00124 Desesperanza 00125 Impotencia 00120 Baja autoestima situacional 00146 Ansiedad	Ayuda a hacer frente a situaciones difíciles: 5450 Terapia de grupo 5460 Contacto Educación a los pacientes: 5510 Educación sanitaria	Información y formación, apoyo asistencial, apoyo psicológico y emocional: • Favorecer la expresión de sentimientos, inquietudes, miedos • Bloquear el cuidado que prestan • Instruir en estrategias de solución de problemas técnicos de relajación y autocontrol • Animar al cuidador a participar en grupos de ayuda mutua • Potenciar la comunicación familiar y toma de decisiones compartida • Implicación del mayor número de familiares • Acudir a asociaciones • Solicitar ayuda social • Organizar el descanso y ocio • Identificar situaciones tensas y potenciar la capacidad de afrontamiento
8. Rol-relaciones (Zarit, riesgo social Gijon, apgar familiar): • Preocupación por la vigilancia familiar • Sentimientos de ser olvidado por la familia (E, C) • Soledad (E, C) • Falta de apoyo (E, C) • Preocupación aspectos económicos (E, C) • Preocupación por no llevarse bien con todos (E, C) • Disminución de las relaciones sociales y ocio (E, C) • Aislamiento (E, C) • Falta de apoyo familiar y conflicto (E, C) • Pérdida o abandono del trabajo (E, C) • Falta de motivación y conocimientos para cuidar (C) • Sospecha de maltrato	Dominio 7: Rol/relaciones Clases: 1. Roles de cuidador 2. Relaciones familiares 3. Desempeño del rol 00052 Deterioro de la interacción social 00053 Aislamiento social 00055 Desempeño ineficaz del rol 00060 Interrupción de los procesos familiares 00061 Cansancio del rol del cuidador 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador 00063 Procesos familiares disfuncionales 00074 Afrontamiento familiar comprometido	Cuidados de la vida: 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomentar la implicación familiar 7120 Movilización familiar 7130 Mantenimiento de los procesos familiares 7140 Apoyo a la familia 7150 Terapia familiar 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar 7260 Cuidados intermitentes Ayuda a hacer frente a situaciones difíciles: 5450 Terapia de grupo 5460 Contacto	

		5370 Potenciación de roles 5340 Presencia 5320 Humor	
9. Reproducción/sexualidad: • Flirteo inadecuado • Conducta sexual inapropiada (como desnudarse en público...) • Dificultad con la intimidad • Afectación sexualidad del cuidador (C)	<i>Dominio 8: Sexualidad</i> Clases: 1. Identidad sexual 2. Función sexual 3. Reproducción 00065 Patrón sexual ineficaz	Ayuda a hacer frente a situaciones difíciles: 5240 Asesoramiento 5248 Asesoramiento sexual 6160 Intervención en caso de crisis Terapia conductual: 4356 Manejo de la conducta sexual	Asesorar: • No reñir ni avergonzar • Indicar suavemente que la conducta no es correcta • Prevenir conductas sexuales socialmente inaceptables
10. Afrontamiento/tolerancia al estrés (Zarit, NPI): • Tensión o ansiedad en las nuevas situaciones (E, C) • Agitación en respuesta a los estímulos internos o externos (E, C) • Sentimientos de estar fuera de control (E, C) • Ansiedad o inquietud si no es capaz de seguir las direcciones (E, C) • Incapacidad de resolver problemas (E, C) • Síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) (E, C) • Dependencia familiar	<i>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés</i> Clases: 1. Respuesta postraumática 2. Respuesta de afrontamiento 3. Estrés neurocomportamental 00146 Ansiedad 00175 Sufrimiento moral 00055 Desempeño ineficaz del rol 00177 Estrés por sobrecarga	Fomento de la comodidad psicológica: 5820 Disminución de la ansiedad 5880 Técnica de relajación 6040 Terapia de relajación simple 5230 Aumentar el afrontamiento Control de riesgos 6440 Manejo del delirio 6460 Manejo de la demencia 6450 Manejo de ideas ilusorias 6510 Manejo de alucinaciones 2300 Administración de medicación Ayuda a hacer frente a situaciones difíciles: 5240 Asesoramiento 7040 Apoyo al cuidador principal	Actitud ante agitación: • Educación sanitaria al cuidador • Tranquilizar • Distracción del conflicto • No obligar si no quieren • No discutir a pesar de las ofensas • Habla suave • Fármacos
11. Valores/creencias: • Desesperanza para conseguir los objetivos de la vida (E, C) • Pérdida de interés en las creencias importantes • Sentimiento de obligación de cuidado del familiar • Piensa que debe cuidar mejor a su familiar • Conducta incongruente con sus valores	<i>Dominio 10: Principios vitales</i> Clases: 1. Valores 2. Creencias 3. Valores/creencias/congruencia de las acciones 00066 Sufrimiento espiritual 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual 00068 Disposición mejora bienestar espiritual 00169 Deterioro de la religiosidad		

		5310 Dar esperanza 5270 Apoyo emocional	
	Dominio 11: Seguridad/protección Clases: 1. Infección 2. Lesión física 3. Violencia 4. Peligros del entorno 5. Procesos defensivos 6. Termorregulación	Fomento de la comodidad física: 6482 Manejo ambiental: confort	Favorecer un medio seguro: • Eliminar obstáculos • Adaptar aseo, asideros • Suelo antideslizante • Identificación (pulsera) • Sistema de seguridad, evitar fugas • Luz tenue en la noche • Control vagabundeo
	Dominio 12: Confort Clases: 1. Confort físico 2. Confort del entorno 3. Confort social 00214 Disconfort		
	Dominio 13: Crecimiento y desarrollo Clases: 1. Crecimiento 2. Desarrollo		

Actuación y cuidados de enfermería

En función de los diagnósticos identificados en la fase anterior *planificaremos* el cuidado, elaborando las estrategias de intervención y estableciendo los objetivos e intervenciones para conseguirlos²⁵. En los TMO, el objetivo general de los cuidados de enfermería es mantener el bienestar del paciente y preservar el mayor grado posible de autonomía funcional del mismo.

El tratamiento y la atención de enfermería dependerán del trastorno. Muchos de los TMO se tratan principalmente con rehabilitación y terapias complementarias que ayuden a la persona en áreas en las que se ha perdido la función cerebral (tabla 1). También puede requerirse el uso de psicofármacos para el tratamiento de los SCPD.

El pronóstico dependerá del trastorno específico, ya que algunos son de corta duración y se pueden tratar, mientras que otros son prolongados o empeoran con el tiempo. Con frecuencia, las personas que padecen trastornos crónicos pierden la capacidad para interactuar con los demás o de valerse por sí mismas.

Las *intervenciones de enfermería en el ámbito familiar* se adaptarán a las necesidades tanto del enfermo como de la familia, en función de cómo evolucione la enfermedad. Entre los problemas familiares susceptibles de aparecer encontramos los siguientes, dependiendo de la fase del trastorno en la que nos encontremos:

- Fase 1: inquietud y ansiedad prediagnóstico, impacto emocional tras el mismo, dificultades en la elección del cuidador principal, alteración de la vida familiar, miedo ante la posible evolución de la enfermedad.
- Fase 2: angustia y desesperanza, cansancio físico y psíquico, disminución de relaciones sociales, aparición del *burnout*.
- Fase 3: sentimientos de soledad en el cuidador principal, riesgo de claudicación, problemas físicos y psíquicos, somatizaciones.

Las actuaciones en el ámbito familiar deben consistir principalmente en:

- **Educación para la salud.** La información y formación deben estar adaptadas a las fases de la enfermedad, al nivel sociocultural y a las necesidades sentidas por la familia; debe tener una finalidad preventiva, asistencial y rehabilitadora.
- **Apoyo asistencial.** En aquellos casos en que el enfermo presente otras patologías agudas que requieran ingreso hospitalario y/o tratamiento (infecciones respiratorias, urinarias, fractura de cadera, etc.).
- **Apoyo psicológico y emocional** para aliviar la carga psicológica que sufren los cuidadores; el objetivo será favorecer la expresión de los sentimientos, las inquietudes y los miedos; elogiar el cuidado que prestan los cuidadores, organizar períodos de descanso y actividades recreativas, identificar situaciones que generan ansiedad y potenciar la capacidad de afrontarlas, instruir en estrategias de solución de problemas, técnicas de relajación y autocontrol y alentar a la participación en grupos de ayuda mutua²⁶.
- **Promoción de una planificación familiar y social de los cuidados.** La mejora de los cuidados requiere complementar el apoyo formal con el informal, potenciar la comunicación y la toma compartida de decisiones en la familia, la agrupación en asociaciones y el recurso a ayudas sociales.

Bibliografía

1. World Health Organization *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revised DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 2000.
3. López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 2005.
4. Blazer D. Neurocognitive disorders in DSM-5. *The American journal of psychiatry*. 2013;170(6):585–587.
5. Molinuevo JL, Peña-Casanova J. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Guía n.º 8. Barcelona, Sociedad Española de Neurología (SEN), 2009.
6. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, García A, Chow T, Borrie M, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ*. 2008;178(7):825–836.
7. Ham RJ. Confusion, dementia and delirium. In: Ham RJ, Sloane PD, eds. *Primary Care Geriatrics. A Case Base Approach*. 3rd. ed. St Louis: Mosby; 1997:217–259.
8. Viñuela F, Olazarán J. Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, eds. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona, Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología n.º 8; 2009; 1-8.
9. Qiu C, De RD, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):380–385.
10. De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol*. 2009;9:55.
11. Eurostat (Statistical Office of the European Communities). Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
12. Robles A, Del Ser T, Alom T, Peña-Casanova J. Grupo asesor del grupo de neurología de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo leve, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2002;17:17–32.
13. Reisberg B. Diagnostic Criteria in Dementia: A Comparison of Current Criteria, Research Challenges, and Implications for DSM-5. *J Geriatr*

- Psychiatry Neurol.* 2006;19:137–146.
14. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999;56(3):303–308.
 15. Erkinjuntti T, Ostbye T, Steenhuis R, Hachinski V. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. *N Engl J Med.* 1997;337:1667–1674.
 16. Kovacs GG, Alafuzoff I, Al-Sarraj S, Arzberger T, Bogdanovic N, Capellari S, et al. Mixed brain pathologies in dementia: the BrainNet Europe consortium experience. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2008;26(4):343–350.
 17. Alfaro-Le Fevre R. Aplicación del proceso enfermero. 5.^a ed. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Elsevier Masson; 2003.
 18. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.^a ed. Madrid: Elsevier; 2003.
 19. NANDA *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier; 2010.
 20. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S. Interrelaciones. NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros. 2.^a ed. resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007.
 21. Rigol A, Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2.^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
 22. Girao J, Gallud J. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia, Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.
 23. F.M.M. Molano A, Castro J, Zarranz JJ. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease, and its relationship with cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res.* 2010; 7(6):517-26.
 24. Estudio ECO: Carga y coste de la enfermedad de Alzheimer en España; 2003.
 25. Fornés J, Gómez J. *Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica*. Madrid: FUDEN; 2007.
 26. Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):75–89.

CAPÍTULO 8

Psicogeriatría: trastornos mentales en la vejez

Josep Giné Berenguer

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 84

La vejez y el envejecimiento 84

Perspectiva biopsicosocial 84

Trastornos asociados a la vejez 84

Introducción 84

Etiología 84

Trastornos mentales más frecuentes en la vejez 85

Trastornos de ansiedad 85

Epidemiología 85

Etiología 85

Fobias 85

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) 85

Trastorno de angustia o pánico 85

Trastorno obsesivo-compulsivo 85

Ansiedad secundaria a procesos somáticos 85

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias 85

Trastorno por estrés postraumático 86

Ansiedad y depresión 86

Ansiedad y demencia 86

Trastornos afectivos en el anciano 86

Síndrome depresivo 86

Epidemiología 86

Etiología 86

Depresión mayor 86

Distimia 86

Trastorno adaptativo 86

Trastorno bipolar 87

Depresión, demencia y pseudodemencia 87

Trastornos cognitivos 87

Deterioro cognitivo y demencias 87

Epidemiología 87

Etiología 87

Demencia tipo Alzheimer 87

Demencia vascular 87

Demencia mixta 88

Demencia con cuerpos de Lewy 88

Demencia frontotemporal 88

Demencia en la enfermedad de Parkinson 88

Delirium 88

Epidemiología y etiología 88

Trastornos psicóticos 88

Epidemiología 88

Etiología 88

Esquizofrenia en el anciano 88

Trastorno delirante 88

Sintomatología psicótica y demencias 88

Valoración, atención, intervención de enfermería 88

Actuaciones de enfermería en pacientes con
ansiedad 89

Actuaciones de enfermería en pacientes con
depresión 89

Actuaciones de enfermería en pacientes bipolares
en fase maníaca 89

Actuaciones de enfermería en trastornos
cognitivos 89

Actuaciones de enfermería en trastornos
psicóticos 90

Aspectos éticos y legales 90

Introducción

La vejez y el envejecimiento

En las últimas décadas, ha habido un incremento del desarrollo de patología psiquiátrica en pacientes ancianos, dando paso a una especialización dentro de la psiquiatría que conocemos como psicogeriatría¹. El envejecimiento de la población favorece el aumento de la prevalencia de demencias²; sin embargo, no ocurre así con el resto de enfermedades mentales^{3,4}.

Perspectiva biopsicosocial

Una parte importante de la especialidad de la psicogeriatría tiene que ver con cambios estructurales, funcionales, psíquicos y sociales que ocurren durante el envejecimiento; así pues se debe abordar al paciente anciano de una forma global, integrando todos los aspectos que configuran su realidad^{5,6}.

El envejecimiento⁷ es un proceso intrínseco que afecta a todos los organismos vivos y que se caracteriza por dos hechos básicos: disminución progresiva de la vitalidad y descenso de la capacidad de adaptación a los cambios. Este descenso hace que el organismo sea más vulnerable a múltiples agentes, favoreciéndose el desarrollo de procesos morbosos y difuminándose la línea que separa el envejecimiento fisiológico de la enfermedad.

En el sistema nervioso se pueden apreciar cambios tanto a nivel macroscópico como microscópico (tabla 8-1).

Tabla 8-1

Sistema nervioso: cambios macroscópicos y microscópicos

Cambios macroscópicos	Cambios microscópicos
Disminución del peso y volumen del cerebro (se pierden de 2 a 3 g al año a partir de los 30 años)	Cambios estructurales a nivel neuronal que favorecen la disminución de su volumen
Aumento de tamaño de los ventrículos en 0,3 ml/año ⁸ y de los surcos cerebrales	Disminución del contenido proteico de la membrana plasmática neuronal (hasta un 30% de reducción a los 80 años)
Disminución del tamaño de las circunvoluciones cerebrales	Aumento de la rigidez y enlentecimiento del metabolismo, dificultando el transporte iónico y la neurotransmisión ⁹
Meninges con acúmulo de calcio, fibrosis y adherencias a zonas óseas	
Cambios en el cerebelo	
Depósitos de calcio, fosfolípidos, colesterol y aumento del grosor en arterias cerebrales	
Microaneurismas	
Vasos tortuosos	

En dicho sistema también se aprecian cambios a nivel funcional (tabla 8-2).

Tabla 8-2

Sistema nervioso: cambios a nivel funcional

Nivel somatosensorial	Disminución de la sensibilidad táctil y vibratoria, conservando sensibilidad propioceptiva, dolorosa y a la presión
Nivel motor	Pérdida de eficacia en el control del balance muscular, disminución de la coordinación motora, atenuación de los reflejos y disminución de los mecanismos de regulación frente al ortostatismo
Alteración ritmo sueño-vigilia	Insomnio de mantenimiento con despertar precoz; disminución de sueño REM
Nivel cognitivo	A nivel de inteligencia, según la teoría bifactorial de Horn y Cattell ¹⁰ , veremos cómo la cristalizada (se representa por el conocimiento adquirido a lo largo de la vida) se mantiene estable o aumenta hasta el final de la vida y la fluida (capacidad para resolver nuevos problemas) declina con la edad
Memoria	Memoria sensorial: suele estar mantenida aunque enlentecida Memoria a corto plazo: incluye la memoria inmediata y la memoria de trabajo, manteniéndose la primera mantenida ¹² y la segunda alterada en esta población Memoria a largo plazo: incluye la memoria remota; se conserva de forma aceptable Memoria reciente: sufre un deterioro asociado al envejecimiento
Atención	Atención selectiva: sin cambios significativos Atención dividida: deteriorada con la edad
Lenguaje	Deterioro en la denominación de objetos y en la fluidez verbal ¹³
Pensamiento abstracto	Dificultad para la formación de conceptos, para la capacidad de establecer categorías y para completar series
Razonamiento práctico	Conservados en situaciones simples. Presentan dificultades en situaciones complejas
Resolución de problemas	
Funciones ejecutivas	Disminuidas
Procesamiento de información	Se aprecia deterioro progresivo a la hora de procesar la información.

Trastornos asociados a la vejez

Introducción

La enfermería geriátrica defiende que la vejez no es una enfermedad, busca un diagnóstico lo más preciso posible e intenta curar muchas de las enfermedades que aparecen en esta etapa.

Etiología

Se establecen aspectos comunes para la patología geriátrica¹⁴:

- Amplia variabilidad individual entre las personas, aumentando ésta de forma exponencial con el paso de los años.
- Patología múltiple en la población anciana¹⁵; para ello, hay que establecer un orden de prioridades a fin de poder obtener un adecuado tratamiento para ellas.
- Mayor tendencia a la cronicidad y a la aparición de incapacidades.

Trastornos mentales más frecuentes en la vejez

Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una señal de alerta que genera aprensión ante la anticipación de un peligro. Consideramos ansiedad normal cuando está relacionada con un estímulo y es proporcional a éste y una ansiedad patológica cuando se manifiesta inapropiadamente.

Los trastornos de ansiedad pueden estar asociados a síntomas afectivos¹⁶, aumentan la mortalidad y disminuyen la calidad de vida^{17,18}.

Epidemiología

En estudios epidemiológicos realizados, se ha objetivado que el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias son los más frecuentes en ancianos y que el trastorno de pánico es mucho menos habitual (tabla 8-3).

Tabla 8-3

Epidemiología de los trastornos de ansiedad

Beekman (1998)	N = 3.107 > 65 años
Prevalencia de ansiedad global	10,2%
Ansiedad generalizada	7,3%
Trastornos fóbicos	3,1%
Crisis de angustia	1,0%
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,6%
Creamer y Paslow (2008)	>65 años
Estrés postraumático	0,2%

Etiología

La etiología es compleja y en ella se incluyen diversas teorías biológicas, psicodinámicas y del aprendizaje, así como antecedentes traumáticos²⁰.

El modelo biológico defiende que existe una hiperreactividad del *locus ceruleus*, una disregulación de la modulación serotoninérgica, reducción de la unión del complejo del receptor del GABA-benzodiazepina, quimiorreceptores del tronco cerebral hipersensibles al CO₂, red del miedo condicionado hipersensible centrada en la amígdala y componente genético moderado.

Fobias

Se definen como un temor persistente e irracional hacia un objeto, actividad o situación, que conlleva la evitación del mismo. Un factor importante en esta patología es diferenciar entre si se considera una fobia simple primaria, que no es

frecuente a estas edades, o si estamos ante una evitación fóbica secundaria a otra circunstancia. También es importante precisar si estas fobias tienen un origen actual o antiguo que haya podido exacerbarse por dificultades de adaptación por razones de edad, o en relación a factores de personalidad preexistentes. Las fobias más frecuentes en ancianos son: miedo a caerse, a perderse, a ser atropellado, a ser agredido, a no comprender, a estar solo o a ser abandonado.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

El DSM-IV-TR define el TAG como la preocupación excesiva, generalizada, difícil de controlar y asociada a un sufrimiento o discapacidad marcados²⁰. En los pacientes con TAG se observa que sienten una preocupación constante por temas menores, temor y esperan lo peor. El diagnóstico de TAG se realiza cuando un paciente experimenta, por lo menos, 6 meses de ansiedad.

Trastorno de angustia o pánico

En los ancianos es poco frecuente, sobre todo el de aparición tardía, y afecta más a la mujer. Es más frecuente el que ha comenzado en épocas más precoces y cursa de manera crónica con mejorías y recaídas. Se caracteriza por una presentación súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso y sensación de muerte inminente. Se acompaña de otras manifestaciones como palpitaciones, sensación de falta de aire, opresión precordial y miedo a perder el control. En los ancianos, la dificultad respiratoria, la sensación de mareo y el temor a caerse son especialmente frecuentes. También pueden añadirse síntomas exacerbados de alguna enfermedad preexistente. A veces, se complican con el desarrollo de trastornos depresivos y pueden desarrollar conductas de abuso de alcohol o tranquilizantes, con evidente incremento del riesgo de suicidio²¹.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de manera estereotipada y causan ansiedad y malestar significativo. Los actos o rituales compulsivos no son placenteros ni útiles al repetirse una y otra vez, con el objetivo de neutralizar la ansiedad. Los ancianos pueden padecer trastornos obsesivo-compulsivos típicos, con pocas variaciones respecto a los del adulto.

Ansiedad secundaria a procesos somáticos

Se trata de una ansiedad recurrente, debida a factores orgánicos específicos, en ausencia de un trastorno cognoscitivo importante o de alteraciones del humor, la percepción, el pensamiento o la personalidad. El grado puede ir de leve a intenso y los ancianos son particularmente proclives a estos cuadros por cambios metabólicos e interferencias medicamentosas. Los síntomas son secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica subyacente. Se ha de demostrar la existencia de esta enfermedad y una asociación entre inicio, exacerbación o remisión médica y los síntomas de ansiedad.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Es secundario a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico. Los ancianos son más sensibles por los cambios metabólicos farmacocinéticos y farmacodinámicos que se originan con la edad. Puede aparecer al inicio del consumo, o más tarde por intoxicación o abstinencia²².

Trastorno por estrés postraumático

Consiste en la aparición de miedo y ansiedad intensa después de haber vivido una experiencia traumática con experimentación repetida de la misma en forma de imágenes (flashes). En el caso de los ancianos, podemos encontrarlos en dos situaciones claramente diferenciadas: permanencia de fenómenos ansiosos e imágenes tipo flash, en general, progresivamente amortiguadas, muchos años después de la experiencia desencadenante, o presentación de novo después de un desencadenante, que no necesariamente cumple con las características de extraordinario, que suele citarse en la definición del cuadro (guerras, catástrofes, etc.). Éste puede ser muy intenso en el anciano, repercute en él en forma de temor, retraimiento, inseguridad y se agudiza por su situación física o soledad. Los síntomas pueden incluir sentimientos de incapacidad, inutilidad, vergüenza, retraimiento social, desconfianza, quejas somáticas o tendencia a comportamientos autodestructivos.

Ansiedad y depresión

A menudo, resulta difícil diferenciarlas, y más en la vejez, ya que la relación entre ambas se hace muy estrecha (23). Los síntomas más comunes a las dos enfermedades son fundamentalmente: alteraciones de sueño y apetito, molestias gastrointestinales o cardiopulmonares inespecíficas, irritabilidad, falta de energía, fatigabilidad y dificultad de concentración.

Ansiedad y demencia

El deterioro cognitivo favorece la presencia de sintomatología ansiosa clásica, que casi nunca suele faltar en algún período de la evolución de la demencia.

Trastornos afectivos en el anciano

Síndrome depresivo

La depresión supone un problema de primera magnitud en la población anciana. Su presencia disminuye la calidad de vida y eleva el riesgo de muerte prematura (enfermedades, suicidio)^{24,25}.

En ancianos, la depresión cursa con algunos síntomas característicos: presentan muchos síntomas somáticos, quejas de disminución de memoria y rendimiento intelectual, síntomas endógeno/melancólicos, ansiedad/agitación y síntomas psicóticos.

Epidemiología

La epidemiología de la depresión en edad avanzada resulta compleja. Generalmente, se ha descrito una mayor prevalencia de síntomas depresivos que de episodios depresivos (10% frente a 1,3%) y en pacientes hospitalizados la prevalencia oscila entre 12-45%, según los estudios.

El estudio EURODEP adoptó el término de depresión clínicamente significativa encontrando cifras entre 8,6% y 14,1% frente a prevalencias de depresión mayor de entre 1 y 4%²⁶.

Etiología

En la etiología de la depresión se pueden ver implicados numerosos factores: biológicos, genéticos y psicosociales, entre los que se incluyen situaciones vitales y de estrés, factores de personalidad y los factores psicodinámicos de la depresión. Dependiendo del inicio precoz o tardío, predominan unos u otros factores²⁹.

Los acontecimientos vitales estresantes requieren un tiempo de adaptación que está disminuido en la edad avanzada y pueden contribuir al desencadenamiento del episodio depresivo igual que a su persistencia o recurrencia. Existe una estrecha relación entre la discapacidad y la depresión. El envejecimiento se asocia con una disminución sustancial en la concentración de neurotransmisores. Las demencias están asociadas con la depresión y el humor depresivo^{30,31,32}. Los traumatismos craneales se acompañan de depresión en un tercio de los casos. La epilepsia también puede provocar depresión y riesgo de suicidio alto. En el 20% de los pacientes con cáncer, un cuadro depresivo precede al diagnóstico de la enfermedad³³.

Depresión mayor

La depresión mayor se define como episodio depresivo que precisa al menos 2 semanas de duración y con una intensidad importante. En función de la

severidad, se puede calificar como leve, moderada o grave.

La depresión grave en ancianos puede cursar con estado de ánimo deprimido, pérdida de memoria, insomnio, alteraciones del pensamiento, anhedonia, alteraciones neurovegetativas, ideación suicida y síntomas psicóticos.

La presencia de síntomas psicóticos en depresiones graves incrementa el riesgo de suicidio, siendo los delirios hipocondríacos los más relacionados con esta conducta.

Los trastornos afectivos graves, incluso en su fase poscrítica o residual, pueden evolucionar hacia conductas regresivas que pueden empeorar notablemente el pronóstico. Estas conductas incluyen la negativa a la ingesta, el oposicionismo activo, el mutismo o la pérdida súbita y sin justificación orgánica de algunas funciones básicas de la vida diaria.

Distimia

Síndrome depresivo de curso crónico y de más de dos años de duración e intensidad leve, con un período sin síntomas de sólo dos meses al año²⁰.

Trastorno adaptativo

Los trastornos adaptativos comprenden una categoría diagnóstica caracterizada por la respuesta emocional ante un episodio estresante.

Los ancianos constituyen una población de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos adaptativos. Éste puede aparecer por primera vez en la vejez como consecuencia de acontecimientos estresantes que aparecen con mayor frecuencia o intensidad durante este período evolutivo. Uno de los aspectos de la vulnerabilidad de los ancianos lo constituye el estado de salud, ya que la menor competencia personal incrementa el efecto estresante de los acontecimientos. Otros acontecimientos que generan mucho estrés en los ancianos son la muerte de un ser querido, problemas en las relaciones interpersonales o el pensar en la propia muerte³².

Trastorno bipolar

La enfermedad bipolar consiste en la oscilación de episodios depresivos y episodios maníacos (trastorno bipolar tipo I) o hipomaníacos (trastorno bipolar tipo II) seguidos de períodos de estabilidad emocional o eutimia. El trastorno bipolar en ancianos puede presentarse como una evolución de la enfermedad iniciada en épocas más jóvenes o de nueva aparición en esta edad.

La clínica, que en ancianos no suele presentar un patrón evolutivo típico, y no siempre se atenúa con la edad.

En el episodio maníaco suelen presentar síntomas confusionales, trastorno cognitivo, alteraciones del comportamiento, delirios paranoides no congruentes con el estado de ánimo, estado mixto en forma de manía disfórica, discurso circunstancial más que fuga de ideas, hiperactividad y humor expansivo menos frecuente, e irritabilidad y hostilidad más frecuentes que euforia.

Depresión, demencia y pseudodemencia

En los ancianos, es frecuente encontrar quejas subjetivas de mal funcionamiento mental que pueden confundir al clínico.

El paciente puede presentar trastornos de la atención, se puede objetivar que está replegado sobre sí mismo y sumido en pensamientos depresivos, así como presentar indiferencia y apatía ante estímulos habitualmente agradables. El término pseudodemencia depresiva se utiliza comúnmente para denominar estos casos, pero puede inducir a error.

Se ha objetivado que es frecuente encontrar una demencia que curse con síntomas depresivos, por lo que existe un margen de duda razonable para realizar el diagnóstico. En caso de duda, hay que recordar que siempre que constatemos la presencia de síntomas depresivos está indicada la realización de una prueba

terapéutica con fármacos antidepresivos.

Trastornos cognitivos

Deterioro cognitivo y demencias

La demencia consiste en un síndrome clínico caracterizado por un conjunto de síntomas y signos entre los que encontramos alteraciones cognitivas (destacando la alteración del lenguaje y de la memoria), trastornos psiquiátricos, del comportamiento y deterioro funcional.

El deterioro es apreciable hasta el punto de repercutir en actividades como el aseo, vestirse o comer, afecta a la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información, afecta al pensamiento y a la capacidad de razonamiento. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia, por lo que se considera el paradigma de este tipo de entidades.

Epidemiología

Aunque las demencias no son un trastorno exclusivo de la vejez, sí son más frecuentes en esta etapa de la vida, y la edad constituye un factor de riesgo para padecerlas. Un cálculo conservador estima que alrededor de 12 millones de personas padecen demencia en el mundo y se prevé que esta cifra se incremente hasta 25 millones en el año 2040. La incidencia aumenta con la edad, desde 1 por 1.000 en sujetos de 60-64 años, a más de 70 por 1.000 en sujetos de 90 o más años (tabla 8-4).

Tabla 8-4

Prevalencia de demencia

>60 años	3,9%
>65 años	Su prevalencia se duplica cada 5 años ³⁷
60-69 años	1,5%
Nonagenarios	90%
Enfermedad de Alzheimer	50-70% de las demencias
Demencia vascular	12-25%
Demencia mixta	25%
Demencia cuerpos de Lewy	10-15%
Resto de demencias	5%

Etiología

Entre las posibles etiologías de demencia destacamos: demencias producidas por causas psiquiátricas, fisiológicas, metabólicas, tumores, infecciones, demencias degenerativas, miscelánea (enfermedad de Huntington, neuroacantosis, enfermedad de Wilson y leucodistrofia metacromática), traumáticas, cardíacas, vasculares y anóxicas, enfermedades desmielinizantes y las producidas por drogas y tóxicos.

Demencia tipo Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una alteración neurodegenerativa de inicio lento e insidioso y curso gradual y progresivo. El tiempo estimado desde el comienzo de la enfermedad hasta la muerte del paciente es de 7 a 10 años. Se manifiesta por cuatro tipos de síntomas fundamentales: cognitivos, psiquiátricos, neurológicos y funcionales. En cuanto a los síntomas cognitivos, destacan la pérdida de memoria, los trastornos del lenguaje y las alteraciones de las funciones ejecutivas. Por lo que respecta a los síntomas psiquiátricos, son frecuentes la depresión, los síntomas psicóticos, la agitación y las alteraciones del sueño. Los síntomas neurológicos aparecen en la última fase y consisten en rigidez generalizada, incapacidad para la marcha y la deglución, incontinencia y aparición de reflejos primitivos; también pueden aparecer mioclonias y crisis epilépticas. Los síntomas funcionales se refieren a la incapacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria, para afectar posteriormente a actividades básicas.

Demencia vascular

Se cree que la causa principal de este tipo de demencia es la presencia de numerosas áreas de enfermedad vascular cerebral. En la demencia vascular, anteriormente llamada multiinfarto, respecto a las capacidades cognitivas, las características más diferenciales comprenden afectación de funciones ejecutivas, déficit de atención, pérdida de iniciativa y apatía.

Demencia mixta

No hay criterios diagnósticos, clínicos o patológicos que definan con claridad este concepto. En su lugar se recomienda utilizar el término enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada. El principal factor de riesgo es la edad. Se caracteriza por una mayor gravedad, mayor compromiso del lenguaje, peor rendimiento en pruebas cognitivas y menor número de placas seniles y ovillos neurofibrilares para un mismo nivel de gravedad.

Demencia con cuerpos de Lewy

Es una demencia similar clínicamente a la enfermedad de Alzheimer. Suele cursar con alucinaciones, signos extrapiramidales, rasgos parkinsonianos y niveles fluctuantes de atención y alerta. Es característico encontrar inclusiones de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral³⁸.

Demencia frontotemporal

El inicio es insidioso, alrededor de los 45-60 años y sin diferencia entre sexos, en forma de síntomas psiquiátricos poco específicos. Primero aparecen los síntomas psíquicos, después los cognoscitivos y luego los extrapiramidales. En la mitad de los casos se relaciona con incidencia familiar y alteraciones en los cromosomas 17 y 3³⁹. Dentro de este grupo se incluye la demencia de la enfermedad de Pick.

Demencia en la enfermedad de Parkinson

Los factores de riesgo para desarrollar esta demencia son edad avanzada, comienzo tardío de la enfermedad de Parkinson, gravedad de la sintomatología motora, depresión, mala tolerancia a la levodopa y efectos secundarios importantes a la medicación, como alucinaciones, delirios o *delirium*⁴⁰.

Delirium

Es un cuadro clínico agudo caracterizado por la aparición concurrente de trastornos en todos los niveles siguientes: conciencia, atención, pensamiento, percepción y memoria. Los síntomas tienden a fluctuar a lo largo del día y de un día para otro, alternando períodos de lucidez con otros de mayor confusión. Se clasifican en *delirium* hipoactivo e hiperactivo y las formas mixtas.

Epidemiología y etiología

La causa del *delirium* es orgánica, ya sea por una enfermedad o alteración médica. En cuanto a los factores de riesgo, destacan la edad avanzada del paciente, demencia previa, mal estado general y las complicaciones médico-quirúrgicas y antecedentes previos de *delirium*.

Trastornos psicóticos

El significado tradicional del término psicosis alude a la pérdida del sentido de realidad y el deterioro del funcionamiento mental —manifestado por ideas delirantes, alucinaciones, confusión y deterioro de la memoria—. En el uso psiquiátrico, psicótico es sinónimo de deterioro importante del funcionamiento social y personal, que se caracteriza por retraimiento social e incapacidad para desempeñar los papeles domésticos y profesionales usuales.

En los ancianos, hallamos las ideas delirantes en esquizofrenias, trastornos delirantes, trastornos demenciales, cuadros psicoorgánicos agudos y trastornos afectivos.

Epidemiología

Los síntomas psicóticos son más frecuentes en la población anciana que en cualquier otra edad, situándose la prevalencia en muestras comunitarias entre el 0,2% y el 5%. No hemos de olvidar que conforme la población envejece los síntomas psicóticos van a ser progresivamente más prevalentes.

Etiología

La etiología de la psicosis es de carácter multifactorial, destacando los factores genéticos, familiares y ambientales.

Esquizofrenia en el anciano

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, crónico, que afecta al 1% de la población mundial. Los pacientes pueden presentar numerosos síntomas, agrupados como síntomas positivos y negativos.

La población anciana con diagnóstico de esquizofrenia representa el 13% del total de estos pacientes⁴⁶.

Trastorno delirante

Este trastorno, más frecuente en mujeres, se caracteriza por la existencia de uno o más delirios de contenido no extravagante en ausencia de otros síntomas psicóticos. Suele tener una evolución larga y tórpida.

Sintomatología psicótica y demencias

Los pacientes con diagnóstico de demencia pueden presentar, entre otros síntomas, alteraciones sensorio-perceptivas y trastorno del contenido del pensamiento⁴⁷.

Valoración, atención, intervención de enfermería

La valoración y atención de enfermería en relación a este capítulo los podemos realizar principalmente en el ámbito institucional y en atención primaria siendo en ambos un tratamiento integral u holístico y multidisciplinar. La ubicación preferente del anciano es la comunidad, ya que de esta manera mantendrá más fácilmente los lazos afectivos familiares y no tendrá la dificultad de adaptarse a nuevas situaciones. Está demostrado que cuando se desarrollan estrategias de ayuda a las familias, éstas son capaces de realizar los cuidados que los pacientes precisan hasta el final de su vida, o hasta etapas muy avanzadas de la enfermedad⁴⁹. El tipo de ayuda a los cuidadores puede ser material, informativa o de soporte y cuando los cuidados son muy dificultosos en la comunidad es conveniente facilitar el ingreso en una institución⁵⁰. El plan de cuidados, además de ser a medio y largo plazo, ha de ser factible y realista con revisiones periódicas y evaluación sistemática de la salud física, función mental, síntomas cognitivos y psiquiátricos, capacidad funcional para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, disponibilidad de recursos sociales, ambientales y económicos⁵¹.

El espacio físico para cualquier dispositivo psicogeriatrico requiere unas características especiales que faciliten el acceso al mismo (planta baja de acceso directo o con acceso a ascensor que permita la introducción de al menos un paciente en silla de ruedas y otra persona), pavimento antideslizante a fin de evitar caídas, pasamanos adosados a las paredes para facilitar la deambulación con seguridad, servicios higiénicos asistidos con elevación de la taza del inodoro y agarraderos plegables, habitaciones con camas motorizadas y con barandillas, amplitud para que se puedan manejar las ayudas técnicas (grúas) cuando se precisen, iluminación natural y adecuada.

Las actividades terapéuticas se realizarán en espacios amplios y versátiles, con ambiente templado, pero bien ventilado. El paciente psicogeriatrico cuenta con diversos recursos, entre los que destacamos: los de tiempo parcial, como los centros de día terapéuticos u hospitales de día psicogeriatricos, y los de ingreso a tiempo total, como residencias asistidas, camas de media estancia sociosanitaria, camas de larga estancia sociosanitaria y unidades de agudos de psiquiatría geriátrica. Se debe entender que todos estos dispositivos han de trabajar de manera coordinada, junto con los equipos de atención primaria, para atender de forma adecuada a nuestros pacientes, ofreciendo el recurso que mejor se adapte al enfermo en el momento que éste lo precise.

Cuando la asistencia se realiza en el ámbito del domicilio, el peso de esta asistencia va a recaer en las familias, y aquí los recursos asistenciales de ayuda se encuentran en atención primaria y en los centros de salud mental de adultos;

también cuentan con recursos socioasistenciales para ayudar en las actividades de la vida diaria que estos pacientes no pueden realizar por sí mismos. Otros recursos que pueden utilizar son apoyo como teleasistencia o teléfono de la esperanza y asociaciones de familiares o entidades de voluntariado.

La atención domiciliaria se realiza de forma urgente o programada para pacientes que estén incluidos en programas concretos. Esta atención está dirigida, en general, a pacientes que, por motivos de salud, no puedan desplazarse hasta los centros de atención, y los objetivos buscados estarán en relación a la continuidad de la atención sanitaria adecuada y a la mejora de su calidad de vida.

Actuaciones de enfermería en pacientes con ansiedad

Intentar favorecer que el paciente identifique verbalmente las preocupaciones, problemas, factores que asocia con su ansiedad, así como facilitar los recursos adecuados (ya sea con tratamiento farmacológico como con técnicas de relajación u otros recursos) a fin de que el paciente aprenda a reconocer y controlar, en la medida de lo posible, los factores que desencadenan esa ansiedad. Es importante que enfermería monitorice la toma correcta de tratamiento farmacológico, a fin de evitar un abuso del mismo, y que controle también las posibles fuentes desencadenantes de la ansiedad en cada paciente.

Actuaciones de enfermería en pacientes con depresión

Garantizar un adecuado funcionamiento biológico en todos sus aspectos (actividad, descanso, hidratación, alimentación, eliminación, sueño). Establecer pautas de higiene personal. Valorar posibilidades de autolesión o suicidio y tomar medidas preventivas. Favorecer la afloración de los sentimientos negativos y promover la expresividad de los sentimientos positivos. Reconducir la hostilidad. Orientar al paciente en la realidad y potenciar su autoestima con refuerzos positivos. Monitorizar la correcta toma de medicación y verificar que las dosis son terapéuticas (en pacientes geriátricos muchas veces están infrautilizadas). Indagar si el paciente está en un proceso de duelo y en ese caso acompañarlo con escucha activa, dando soporte y ofreciendo disponibilidad. Incrementar el nivel de socialización del paciente ofreciéndole actividades de su agrado y potenciando que acuda a actos de su entorno. Fomentar el apoyo emocional tanto dentro de su familia como con profesionales. Ayudar a diseñar planes coherentes de futuro. Informar y dar apoyo a la familia sobre la enfermedad y las pautas de actuación para prevenir posibles recaídas.

Actuaciones de enfermería en pacientes bipolares en fase maníaca

Garantizar un adecuado funcionamiento biológico en todos sus aspectos (actividad, descanso, hidratación, alimentación, eliminación, sueño). Moderar las formas de actuar inadecuadas, tanto las económicas como las sexuales o de cualquier otra índole. Garantizar la seguridad física. Evitar la toma de decisiones en momentos agudos de la enfermedad. Trabajar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico. Realizar educación sanitaria para que el paciente pueda identificar sintomatología de descompensación de la enfermedad o de cambio de ciclo. Concienciar de la necesidad de seguir controles analíticos (dependiendo de la medicación prescrita). Involucrar a la familia en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad como parte implicada y apoyarla cuando lo precise (facilitar ingresos).

Actuaciones de enfermería en trastornos cognitivos

Las enfermedades degenerativas y progresivas precisan una serie de cuidados que se irán modificando en base a la evolución del proceso. Como medidas generales, se intentará garantizar la seguridad del paciente a fin de evitar posibles accidentes, modificando para ello el entorno de forma que se encuentre lo más cómodo y seguro posible; se facilitará la instauración de hábitos saludables, incluyendo la presentación física de los alimentos, se monitorizará tanto la micción como el ritmo intestinal y el ritmo sueño-vigilia; se supervisará la realización de las actividades básicas de la vida diaria, promocionando la autonomía, siempre que sea posible; se promoverán actividades de estimulación cognitiva; se tomarán las medidas oportunas a fin de evitar la presencia de úlceras por presión cuando se instaure un síndrome de inmovilidad, y se monitorizarán patologías concomitantes que puedan acompañar al proceso; se verificará la correcta toma del tratamiento; se prestará atención a la aparición de nuevos síntomas, tanto físicos como orgánicos (infecciones respiratorias, urinarias u otras, impactaciones fecales, reacciones adversas o paradójicas de la medicación, retención urinaria...), para intentar la remisión o complicación de los mismos; facilitarán información a los cuidadores de las características y la evolución de la enfermedad, así como soporte emocional a lo largo de todo el proceso, y se facilitarán los recursos físicos, económicos y sociales necesarios.

Por último, cuando llegamos a la fase final debemos proporcionar los cuidados paliativos para acompañar y proporcionar una buena muerte, garantizando el tratamiento de los síntomas que puedan aparecer y retirando todos los medicamentos que no son necesarios. En esta fase es recomendable ofrecer un buen apoyo a los familiares para que puedan elaborar un duelo no patológico.

Actuaciones de enfermería en trastornos psicóticos

Conseguir una buena relación terapéutica con el paciente para ganar confianza en el profesional. Asegurar la toma de medicación de forma sostenida, ya sea por vía oral o por vía parenteral (formas retardadas o depot, que en pacientes ancianos hay que manejar con mucha cautela); el cumplimiento y la adherencia suele ser mejor que en edades más tempranas. Monitorizar la aparición de efectos secundarios de la medicación, explicarle cómo puede manejar estos efectos en caso de que aparezcan. Si hay ideación delirante o alucinaciones, escuchar estas ideas y concienciarle en la realidad, pero sin enfrentamientos ni conductas de rechazo. Evitar reforzar los delirios. Hacer un acompañamiento activo para dar seguridad y darle referencias sobre la realidad. Orientar en espacio y tiempo. Asegurar la nutrición e hidratación. Marcar pautas de higiene y vestido. Instaurar rutinas de descanso y actividad (terapia ocupacional). Favorecer el contacto con otros pacientes o con personas de su entorno. En caso de agitación psicomotriz, utilizar la contención psicológica, farmacológica y, en última instancia, la física para impedir hetero o autoagresividad. Si existe inhibición, acompañar al paciente y estimularlo con actividades que le gusten para motivarlo, pero sin que se sienta agobiado. Vigilar el estado de salud somático, ya que suelen presentar más problemas sanitarios que otras personas de su edad (por la dificultad para seguir tratamientos y visitas). Dar soporte a los familiares, que suelen sufrir mucho desgaste por las rarezas y conflictos que presentan estos pacientes. Los marcos terapéuticos más probados en ancianos son el tratamiento comunitario asertivo y el manejo de casos (*Case management*)⁵², generalmente en el contexto de un equipo multidisciplinar.

Aspectos éticos y legales

El anciano con enfermedad mental presenta una situación de vulnerabilidad que precisa una adecuada protección legal, ya que puede ser objeto de abuso y maltrato. Sin embargo, al mismo tiempo, debe recibir una información adecuada y expresar su consentimiento ante cualquier actuación.

La incapacitación legal regula la protección del paciente anciano sin capacidad de autogobierno⁵³.

En las demencias, uno de los problemas surgidos en las fases iniciales es la revelación del diagnóstico, no tan sólo a las demás personas, sino también al mismo paciente. Este tiene el derecho a conocer el diagnóstico, pero tiene el mismo derecho a no conocerlo, según recoge la Ley de autonomía del paciente⁵⁴.

Otra de las consideraciones que deberemos tener en cuenta en las demencias son las instrucciones previas. Antiguamente, los médicos tomaban todas las decisiones de tipo asistencial sin que el paciente pudiera tener control sobre su proceso. Actualmente, es el propio paciente quien toma las decisiones mientras se encuentre mentalmente competente para ello (principio de autonomía). Según recoge la LAP, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo⁵⁵.

Existen tres situaciones distintas en que se pueden aplicar instrucciones previas⁵⁶: urgencia vital, *post mortem* e **incapacidad**, para casos en los que hay una enfermedad que produce una discapacidad grave desde el punto de vista mental (p. ej., una enfermedad de Alzheimer)⁵⁷.

Bibliografía

1. Jeste DV. Psychiatry of old age is coming of age. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1356–1358.
2. Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(9):809–815.
3. Mc Lennan W. *Mental health and well-being: profile of adults*. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 1998.
4. Flint AJ. Anxiety and its disorders in late life: moving the field forward. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(1):3–6.
5. Saiz RJ. *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson; 2000: p. 5-7.
6. Tobaruela JL. Psiquiatría geriátrica. El envejecimiento desde la perspectiva biológica. Barcelona: Masson; 2006: p. 3-24.
7. Bellamy D. Biología del envejecimiento. In: Pathy MSJ, ed. *Principios y práctica de la medicina geriátrica*. Madrid: CEA; 1988: p. 67-108.
8. Pfefferbaum A, Mathalon DA, Sullivan E, et al. A quantitative magnetic resonance imaging study of changes in brain morphology from infancy to late adulthood. *Arch Neurol*. 1994;51:874–887.
9. Shinitzky M. Patterns of lipid changes in membranes of the aging brain. *Gerontology*. 1987;33:149–154.
10. Horn JL, Catell RB. Age differences in fluid and crystalized intelligence. *Acta Psychol*. 1967;26:107–129.
11. Horn JL, Psychometric studio of aging and intelligence. Gershon S, Raskin A, eds. *Genesis and treatment of psychological disorders in the elderly patients*, 2. New York: Raven Press; 1975:19–43.
12. Botwinick J, Storandt M. *Memory, related functions, and Age*. Springfield, III: Thomas CC; 1974.
13. Spar JE, La Rue A. *Concise guide to geriatric Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
14. Ribera JM. Concepto y generalidad en geriatría. In: Farreras P, Rozman C, eds. *Tratado de medicina interna*. Barcelona: Doyma; 2004:1301–1305.
15. Gil P. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. In: Farreras P, Rozman C, eds. *Tratado de medicina interna*. Barcelona: Doyma; 2004:1315–1328.
16. Small GW. Recognizing and treating anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry*. 1991;58(supl.3):41–47.
17. Coryell W, Noyes R, House JD. Mortality among outpatients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143:508–510.
18. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Panic disorders, comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:805–808.
19. Himmelfarb S, Murrel SA. The prevalence and correlates of anxiety

- symptoms in older adults. *J Psychol.* 1984;41:959–967.
20. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. *Tratado de psiquiatría clínica*, 12. Barcelona: Elsevier Masson; 2009:481–575.
 21. Eudd MD, Dahm PF, Rajab MH. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *Am J Psychiatry.* 1993;150:928–934.
 22. De la Serna I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona. Masson: Trastornos por ansiedad; 2000: p. 57-78.
 23. Derogatis L, Klerman GL, Lipman RS. Anxiety states and depressive disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1972;155:392–403.
 24. Rosvner BW. Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *Am J Med.* 1993;94(supl. 5A):19–22.
 25. Engedal K. Mortality in the elderly a 3 year follow-up of an elderly community sample. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1996;11:467–471.
 26. Sánchez M, Agüera, L, Martín, M, Azpiazu, P, Olivera, J, Mateos, R. Guía esencial de psicogeriatría realizada por la Sociedad Española de Psicogeriatría editada por la Editorial Médica Panamericana con ISBN: 978-84-9835-218-4.
 27. Benjamin J, Sadock; Virginia, A, Sadock; Wolters Kluwer. Lippincott, William & Wilkins: Kaplan&Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10.^a ed.
 28. Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population: The Zaragoza Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52:497–506.
 29. Abrams RC, Rosendahl E, Card C, Alexopoulos GS. Personality disorder correlates of late and early onset depression. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:1–5.
 30. Cummings JL. Depression and Parkinson's Disease: a review. *Am J Psychiatry.* 1992;149:443–454.
 31. Lazarus LW, Newton, N, Cohler, B, y cols. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1987; 144:41-45.
 32. Stokes SA, Gordon SE. Common stressors experienced by the well elderly: Clinical implications. *J Gerontol Nurs.* 2003;29:38–46.
 33. Yesavage J. Differential diagnosis between depression and dementia. *Am J Med.* 1993;94(supl.):23–28.
 34. Whitlock FA. Suicide, cancer and depression. *Br J Psychiatry.* 1976;132:269–274.
 35. Hermann N, Lieff SJ, Silbierfield M. The effect of age of outset on depression in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1989;2:140–145.
 36. Blazer D. *Depression in late life*. New York: Springer Publishing; 2002.
 37. DeKosky ST. Epidemiology and pathophysiology of Alzheimer's disease. *Clin Cornerstone.* 2001;3:15–26.
 38. McKeith IG. In: O'Brien J, Ames D, Burns A, eds. *Dementia with Lewy*

- bodies: A clinical overview*. London: Arnold; 2000:685–697.
39. Foster, N.L, Wilhelmsen, K, Simor, A., y cols. Conference participants. Frontotemporal dementia and parkinsonism linked to chromosome 17: A consensus conference. *Ann Neurol* 1997 41: 706-15.
 40. Emre M. Dementia associated with Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 2003;2:229–237.
 41. Jacobson SA. Delirium in the elderly. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20:91–111.
 42. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. *Clin Geriatric Med*. 1998;14:745–764.
 43. Millar HR. Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *Br J Psychiatry*. 1981;138:17–20.
 44. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1048–1050.
 45. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationships with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996;275:852–857.
 46. Cohen CI. Practical geriatrics: directions for research and policy on schizophrenia and older adults: summary of the GAP committee report. *Psychiatr Serv*. 2000;51:299–302.
 47. Wrag R, Jeste DV. An overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *AM J Psychiatry*. 1989;146:577–587.
 48. Mittelman M, Ferris S, Shulman E, Steinberg G, Mackell J, Ambinder A. Efficacy of Multicomponent Individualized Treatment to improve the Well-Being of Alzheimer's Caregivers. *Lights. Stress Effects on Family Caregivers of Alzheimer's Patients. Research and Interventions*. New York: Springer Publishing Co; 1994: p.156-84.
 49. Rodríguez P, Valdivieso C, eds. *El servicio de ayuda a domicilio. Programación del servicio. Manual de formación para auxiliares*. Madrid: Fundación Caja Madrid y SEGG; 1997.
 50. British Geriatric Society. The specialist health needs of older people outside an acute hospital setting. BGS Compendium Document 4.3 (2005). URL disponible en: http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-3.htm
 51. Mohamed S, Kasckow J, Granholm E, Jeste DV. Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental illnesses. In: Cohen CI, ed. *Schizophrenia into later life* (. 1.^a ed. Washington: American Psychiatric Press; 2003:205–223.
 52. Márquez F, Mateos R. Aspectos legales. Guía esencial de psicogeriatría. Madrid Ed: Panamericana; 2011: p. 233-47.
 53. Jefatura del Estado. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación

- clínica. B.O.E. 15-9-2002.(2002).
54. Art. 11.1 de la L.A.P.
 55. Sánchez, J, Abellán, F. Derechos y deberes de los pacientes. Derecho Sanitario Asesores, Madrid, 2003, p. 92.
 56. Calcedo, A. Aspectos éticos y legales en las demencias. Informaciones psiquiátricas. Barcelona n.º 188, 2007; p.153-61.

SECCIÓN 2.2

Trastornos mentales infanto-juveniles

Capítulo 9: Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia

CAPÍTULO 9

Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia

Javier Doménech Tortosa

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 96

Retraso mental 96

Concepto 96

Clínica 96

Tratamiento 96

Caso clínico 96

Trastornos de la comunicación 97

Concepto 97

Clínica 97

Tratamiento 97

Caso clínico 98

Trastornos de la eliminación 98

Concepto 98

Clínica 98

Tratamiento 98

Caso clínico 98

Trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria 99

Concepto 99

Clínica 99

Tratamiento 99

Caso clínico 100

Trastornos de las habilidades motoras 100

Concepto 100

Clínica 100

Tratamiento 100

Trastornos de tics 100

Concepto 100

Clínica 101

Tratamiento 101

Trastornos del aprendizaje 101

Concepto 101

Clínica 101

Tratamiento 101

Caso clínico 101

Trastornos generalizados del desarrollo 101

Concepto 101

Clínica 101

Tratamiento 101

Caso clínico 101

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador 102

Concepto 102

Clínica 102

Tratamiento 102

Caso clínico 102

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia 102

Plan de cuidados enfermeros en los trastornos mentales infanto-juveniles 102

Manejo de los trastornos de inicio en la infancia,
niñez o adolescencia 102

Plan de cuidados 102

Cuidados de enfermería 103

Introducción

El enfermar psíquico infantil es un vivo ejemplo de un suceso antropológico de primera magnitud que pone en peligro la individualidad y la dimensión social de la persona¹.

La conducta del niño está estrechamente influida por la interacción social y por otros factores que determinan que sus primeros aprendizajes sean o no adaptativos². Las alteraciones mentales que pueda vivir en las etapas tempranas de su vida marcarán el desarrollo de la misma cuando pase a su etapa adulta; por eso es de especial importancia detectar y tratar los trastornos ocurridos en esta época de la vida para que tengan la menor repercusión posible en la adultez³.

Es vital considerar los trastornos desde el punto de vista meramente clínico, pero también conductual, y tratarlos desde un enfoque multidisciplinar integrando terapias que no sólo incluyan lo farmacológico.

La sintomatología acaecida en estas alteraciones puede deberse a trastornos psiquiátricos o a manifestaciones conductuales que esconden algún suceso desagradable que está ocurriendo en la vida del infante⁴.

La prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en diversos estudios⁵.

Retraso mental

Concepto

Entendemos por deficiencia mental un estado psicológico, de etiología biológica, psicológica o social, que afecta, en primer lugar, a la inteligencia y también a otros aspectos de la personalidad, retrasa cuantitativamente o cualitativamente el desarrollo psicológico en comparación al promedio de niños de su misma edad cronológica, limita el aprendizaje de las tareas escolares y dificulta el pleno funcionamiento de todas aquellas funciones, conductas y habilidades sociales que posibilitan una autonomía personal suficiente, una adaptación adecuada en su comunidad y una calidad de vida justa².

El retraso mental se define por la existencia de una capacidad intelectual (CI = cociente de inteligencia) inferior al promedio y con una edad de inicio inferior a los 18 años. Se diferencia entre:

- Retraso mental leve. Está definido por un CI entre 55 y 70. Se pone de manifiesto en la etapa escolar.
- Retraso mental moderado. Viene definido por un CI entre 35 y 55. Suele ir acompañado de deficiencias psicomotrices.
- Retraso mental grave. Se define por la existencia de un CI entre 20 y 35. Las alteraciones son evidentes desde el nacimiento, debido a sus importantes retrasos psicomotrices. Su capacidad de lenguaje es reducida y las posibilidades de aprendizaje son limitadas.
- Retraso mental profundo. Está definido por un CI inferior a 20. Responden a estímulos externos con movimientos de contracción o relajación muscular. Su grado de dependencia es máximo, existiendo en la práctica totalidad de los casos un precario control de los esfínteres⁶.

Clínica

La sintomatología es muy variada y va a depender de qué grado de retraso mental presente el paciente. Los signos y síntomas más habituales son los de tipo conductual.

Por norma general, suelen ser obstinados y tercos como una forma de reaccionar a su limitada capacidad de análisis y razonamiento. Son chicos con facilidad de convencimiento y manipulación.

En el retraso mental moderado puede haber hipercinesia con aparición frecuente de rabietas; suelen intentar llamar la atención del adulto con asiduidad.

Destacar en el retraso mental profundo las crisis de cólera y agresividad por su falta de razonamiento, llegando a las autolesiones. Suelen ser frecuentes los trastornos de hábitos motores: chupeteo, balanceo, bruxismo, así como síntomas psicóticos: estereotipias, manierismos, ecolalia, etc.¹

El retraso mental profundo cursa con graves alteraciones a todos los niveles con importante afectación motriz.

Tratamiento

Debe ser individualizado y estar orientado a conseguir la mayor independencia personal y la máxima adaptación a su entorno. Tanto la estimulación precoz como la aplicación de técnicas de modelado de la conducta son puntos esenciales para la obtención de resultados aceptables en el tratamiento de esta entidad.

El tratamiento debe ser multimodal, psicológico y farmacológico. El tratamiento farmacológico más empleado ha sido el de los psicofármacos antidepresivos tricíclicos, la imipramina y la amitriptilina. Este segundo ha sido muy recomendado debido a que, junto a la acción antidepresiva, posee función ansiolítica y anticonvulsivante, hecho este último que debe ser tenido en cuenta dado el potencial convulsivógeno que portan por su propio problema muchos niños y jóvenes con deficiencia mental².

Es primordial saber por qué el joven con retraso mental sufre una alteración a nivel conductual. Es especialmente importante no tratar dicha situación únicamente de manera empírica mediante fármacos, sino también abordar la situación del paciente desde el aspecto psicológico y terapéutico. No va a servir de mucho administrarle psicofármacos si no se resuelve la situación o conflicto que le pueda estar provocando la alteración conductual que puede haber hecho incluso que el paciente requiera un ingreso hospitalario.

Caso clínico

M.S.F. es una adolescente de 15 años que ingresa debido a alteraciones en el comportamiento presentadas en el ámbito familiar y escolar.

Está diagnosticada de retraso mental moderado. De origen sudamericano, se ha trasladado a vivir con su madre a España después de un largo período de separación, cuando la madre dejó el país de origen. Está escolarizada en un centro especial.

La paciente ha presentado alteraciones en la conducta desde una edad temprana que empeoraron justo antes del ingreso en la Unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital Vega-Baja de Orihuela. Esta situación hacía imposible la contención en el domicilio.

La paciente precisa ayuda para el cuidado personal. Su lenguaje es limitado debido a su retraso mental. Ante la frustración y/o las dificultades para satisfacer sus demandas responde con agitación psicomotriz y heteroagresividad que en algunas ocasiones precisaron de sedación farmacológica durante su ingreso. Se descartó ideación delirante y/o alteraciones en el contenido del pensamiento. Es conflictiva en la relación madre-hija, que en parte se atribuyó al largo período de

separación con encuentros muy breves y espaciados en el tiempo, así como a los cambios sufridos a consecuencia del traslado de país y el abandono de lazos afectivos que esto supone.

Evolución clínica. Al ingreso en la planta, se le pautó a la paciente tratamiento con paliperidona a dosis decreciente y se mantuvo la medicación pautada por neuropsiquiatría (valproato sódico 600 mg/día y levopromazina 25 mg en la noche). Se trabajó la relación vincular madre-hija y tras un período breve, en el que no se observaron alteraciones en el comportamiento dentro de la unidad, se procedió al alta y se hizo un control ambulatorio. El ingreso tuvo una duración de 15 días.

Trastornos de la comunicación

Concepto

Los trastornos de la comunicación o del lenguaje tienen una etiología diversa y pueden estar determinados por diferentes causas o mecanismos deficitarios, tanto a nivel orgánico como mecánico o cognitivo.

En la [tabla 9-1](#) podemos observar una clasificación en función de las alteraciones que dan lugar a ese déficit comunicativo².

Tabla 9-1

Clasificación de los trastornos de la comunicación o del lenguaje

Trastornos secundarios a déficits instrumentales	1. Déficit auditivo: retraso audiógeno, sordera 2. Déficit mecánico articulatorio: a. Anomalías anatómicas (disglosias) b. Anomalías motoras (disartrias)
Trastornos específicos del desarrollo del habla	1. Trastorno específico de la articulación (dislalia, trastorno fonológico) 2. Trastorno del ritmo y la fluencia: a. Tartamudeo b. Farfulleo (taquifemia, lenguaje confuso) 3. Disfasias: a. Disfasias expresivas: – Déficit de programación fonológica – Apraxia verbal congénita – Déficit anómico-sintáctico b. Disfasias mixtas: – Déficit mixto fonológico-sintáctico – Agnosia verbal congénita 4. Afasias adquiridas durante el desarrollo: a. Síndrome afasia-epilepsia b. Afasia infantil por lesión unihemisférica adquirida
Trastornos psicolingüísticos	1. Secundarios a carencias socioafectivas 2. Mutismo selectivo 3. Autismo infantil 4. Otros trastornos desintegrativos de la infancia 5. Otros trastornos de la comunicación: a. Déficit semántico-pragmático b. Síndrome de Asperger 6. Deficiencia mental

Clínica

La clínica que presenta este tipo de pacientes es muy variada, encontrando un amplio abanico de síntomas en función de la etiología de su trastorno comunicativo.

Omisión, sustitución, distorsión e inserción de fonemas. Dificultades para realizar los movimientos articulatorios que son laboriosos, lentos e imprecisos. Dificultades en la coordinación de movimientos para hablar. Repeticiones de

sonidos o sílabas, prolongación de sonidos, pausas en mitad de palabra, bloqueos de inicio de palabras, muletillas, alteraciones prosódicas, errores en la organización del discurso. Tensión muscular, movimientos corporales de desbloqueo, ansiedad, fobia a hablar, hablantes tardíos, alteraciones fonológicas, léxico concreto y pobre, estructuras morfosintácticas sencillas, faltan determinantes y nexos, verbos no conjugados y frases simples. También pueden aparecer dificultades de comprensión verbal no ligadas al léxico, interpretación literal, dificultad para entender la ironía, mentiras y uso metafórico, falta de interés, adquisición inapropiada de normas sociales, dificultades para entender juegos y resolver tareas de tipo cognitivo se encuentran entre los signos y síntomas más habituales⁷.

Tratamiento

En este tipo de trastornos será importante averiguar cuál es la causa de la alteración en el habla del niño. Una vez hallada, habrá que trabajar de manera terapéutica para intentar resolverla. Las terapias de grupo e individuales pueden ser importantes para tratar de resolver estas situaciones, y la intervención de un logopeda y/o un foniatra tendrá especial relevancia en estos casos.

Caso clínico

C.G.V. es un adolescente de 16 años que ingresó en el Hospital Vega Baja por alteraciones de conducta.

Diagnosticado de un trastorno generalizado del desarrollo y retraso mental severo. En seguimiento por neuropediatría desde una edad temprana y en tratamiento por psicólogo y logopeda. Desde los 6 años acude a un colegio de educación especial.

Desde 6-7 meses antes del ingreso presentó repetidos episodios de agitación psicomotriz tanto en el medio familiar como en el escolar, con autoagresiones y heteroagresividad física que requirieron asistencia urgente y tratamiento médico e imposibilitaron la convivencia, además de suponer un peligro para la integridad física del propio paciente.

C.G.V. es un adolescente sin lenguaje verbal y con dificultades en la comprensión, con un déficit en la interacción social y escaso contacto ocular. Utiliza el señalamiento y algunos gestos como medio para pedir lo que necesita. Precisa ayuda para el aseo personal y para comer. Desde una edad temprana ha presentado problemas conductuales.

Evolución clínica. Inicialmente, se mantuvo el tratamiento de base que llevaba pautado con risperidona, olanzapina y trileptal. Dados los efectos secundarios de ambos neurolépticos se realizó el cambio a Invega^R y se añadió Strattera^R, con una importante mejoría de las alteraciones conductuales, así como de la

hiperactividad. Durante el ingreso se trabajó con la familia aspectos relacionados con las necesidades de la adolescencia. Debido a la gravedad del caso se contactó con servicios sociales para el traslado a un centro de día y/o un recurso apropiado a sus necesidades. Ante la mejoría de las alteraciones conductuales se propone el alta en espera de que se le conceda la plaza en el centro de día para niños con trastorno generalizado del desarrollo.

Trastornos de la eliminación

Concepto

Dentro de los trastornos de la eliminación en la infancia encontramos la enuresis y la encopresis. Se entiende por enuresis la emisión involuntaria de orina. La enuresis nocturna es la micción involuntaria durante el sueño, después de la edad en que se considera normal para el control de esfínteres. La enuresis diurna hace referencia a la pérdida involuntaria de orina mientras se está despierto, y es más probable que se encuentre un problema anatómico o biológico de fondo. El término enuresis primaria se utiliza cuando no se ha alcanzado la continencia por períodos prolongados, y secundaria cuando estos episodios se producen después de un período de por lo menos seis meses de un control completo ([tabla 9-2](#)). Actualmente, la enuresis que aparece durante el sueño, que suele ser primaria, se denomina enuresis nocturna monosintomática (ENM)⁸.

Tabla 9-2

Tipos de enuresis

Tipo	Características
Enuresis primaria	Se da cuando la enuresis ha ocurrido desde siempre
Enuresis secundaria	Si se ha podido controlar en los 6 primeros meses y vuelve a ser recurrente
Síndrome enurético	Se acompaña de síntomas miccionales durante el día tales como polaquiuria, urgencia miccional, incontinencia, etc.

La característica fundamental de la encopresis es la expulsión involuntaria de excrementos formados, semiformados o líquidos, de forma repetida, en lugares inadecuados como, por ejemplo, en el suelo o en la ropa. El niño tiene que tener una madurez que corresponda al menos con los 4-5 años de edad cronológica. Habitualmente, el niño no se da cuenta de que se le están escapando las heces, aunque también puede ser un acto voluntario. Para hablar de encopresis estos incidentes tienen que aparecer al menos una vez al mes durante un mínimo de tres meses. Por consenso, se denomina incontinencia fecal cuando la expulsión involuntaria de heces es debida a lesiones anatómicas o enfermedades médicas como malformación anal, cirugía de ano, traumatismos de ano, mielomeningocele o por el uso de sustancias (laxantes).

Clínica

La sintomatología que define este tipo de trastorno es la expulsión involuntaria tanto de orina como de heces. Suele ir asociado a trastornos conductuales y síndromes ansiosos que son habitualmente el factor desencadenante de ellos.

Tratamiento

El tratamiento de la enuresis, fundamentalmente, se debe realizar desde diversos prismas.

- Psicoterapia de orientación psicodinámica. La adquisición del control vesical tiende a favorecer mejoras emocionales, cognitivas y psicosociales⁹.
- Tratamientos farmacológicos: antidepresivos, desmopresina, oxibutinina.
- Tratamientos conductuales: alarma, entrenamiento en cama seca, entrenamiento en retención voluntaria².

Caso clínico

Niño de 4 años y 5 meses con antecedente de diagnóstico de craneofaringioma a los 2 años de edad, intervenido con éxito (extirpación macroscópicamente completa de la tumoración con pruebas de imagen posteriores que lo confirman). Presenta hipotiroidismo y diabetes insípida secundarios, por lo que recibe tratamiento con 75 µg de levotiroxina y desmopresina, según las necesidades (alrededor de 0,012-0,025 ml/d). Acude a consulta de atención primaria porque desde hace 3 días no ha defecado (suele defecar a diario) y cuando lo intenta refiere dolor intenso. A la exploración se observa una pequeña fisura anal y, ante la aparente transitoriedad del cuadro, se pauta tratamiento con corticoides locales y parafina líquida a dosis bajas y consejos dietéticos. Acude de nuevo a los 5 días con empeoramiento del cuadro: se niega a defecar, «se aguanta las ganas», presenta un eritema perianal intenso con alguna lesión vesículo-pustulosa y exudativa y refiere escape de heces en las ropas. La palpación abdominal es normal, no se palpan masas, pero, debido a la obesidad, es difícil esta exploración. Se realiza tacto rectal en el que se observa buen tono del esfínter anal externo y se palpa un fecaloma.

En primer lugar, se valoraron las principales causas físicas que pudieran justificar el estreñimiento repentino. Interrogados los padres por la última revisión endocrinológica, nos refieren que ha sido hace 15 días y les han comentado la posibilidad de bajar la levotiroxina, por lo que descartamos la posibilidad de hipotiroidismo. No ha presentado poliuria en los últimos días, por lo que no han tenido que variar la dosis de desmopresina. No refieren cambios importantes en la dieta y habitualmente toma fruta y verdura. Con posterioridad, la madre ha relacionado el endurecimiento de las heces con la ingestión de batidos de chocolate o chocolate solo. Descartadas causas físicas importantes, pasamos a investigar el hábito intestinal anterior a su enfermedad y la capacitación en el control de esfínteres. Nos refieren que no presenta episodios de enuresis diurna, que por la noche no usa pañales y que sólo tiene algún escape aislado de orina, y que hacía deposiciones a diario, de consistencia normal, por las mañanas, después del desayuno, pero que para ello le tenían que poner el pañal,

y que defecaba de pie. Nos informan de que el niño tiene miedo al váter y sólo lo usa para orinar. Conociendo este hecho, valoramos también otros aspectos psicológicos que conocemos por la relación continuada con la familia. Desde el diagnóstico de craneofaringioma, el padre ha quedado anclado en el miedo. La madre está superando mejor la situación, pero ambos siguen persistiendo en posturas sobreprotectoras. El niño reacciona con actitudes tiranas en ocasiones y con un comportamiento más infantil de lo que le corresponde. Esto no les ha resultado problemático a la familia hasta el momento, pero sí ha afectado un poco la relación entre iguales en el colegio (suele evitar situaciones que considera de desventaja, lo que produce un cierto aislamiento). Los datos escolares nos los ha aportado la profesora, con la que mantenemos relación. Además, tras la cirugía, el niño muestra un retraso psicomotor y del lenguaje leves y una obesidad que empeora la movilidad. Creemos que todos estos aspectos producen una deficiente imagen personal y una sensación de incapacidad por su parte.

Tras todas estas consideraciones, creemos que el origen del estreñimiento puede ser que el niño retiene las heces durante el día (ya que sólo defeca cuando le ponen el pañal en casa).

Evolución clínica. La primera acción es conseguir la desimpactación, tratar la fisura y el eritema perianal. Por el aspecto del eritema se consideró que tenía una sobreinfección por candidas, y se trató con una combinación de hidrocortisona y miconazol. Para la desimpactación se prescribió un enema de fosfatos de 80 ml, se aumentó la cantidad de parafina líquida (10 ml, 3 veces al día) y añadimos lactulosa (10 ml, 3 veces al día). Se revisa a los 2 días y, según la madre, ha eliminado el fecaloma y está haciendo las deposiciones blandas sólo en el pañal. El eritema y la fisura han mejorado. Estando en la sala de espera ha tenido que entrar en el váter por una necesidad imperiosa de defecar, unido al sentimiento de vergüenza que supone el episodio de encopresis, y ha sido la primera vez que ha conseguido una deposición sentado en la taza del baño. Para intentar reducir los síntomas de ansiedad, se decide utilizar temporalmente una benzodiazepina. Se prescribe cloracepato dipotásico (Tranxilium® sobres) (1 sobre de 2,5 mg cada 8 horas, que equivale a 0,25 mg/kg/día). Se indican también enemas con parafina líquida a diario, en espera de que el niño esté algo más tranquilo y pueda proseguir la terapia conductual. Tres días más tarde se ha conseguido el objetivo, hace deposición sin necesidad de estímulo con enema y no muestra ya tanta ansiedad. El tratamiento ansiolítico se mantuvo dos semanas y se fue reduciendo la dosis durante otras dos. El tratamiento laxante se fue reduciendo paulatinamente, dejando una dosis necesaria para mantener deposiciones a diario y de consistencia normal. A los dos meses ya ha conseguido hacer deposiciones a diario en el retrete, aunque los padres le siguen permitiendo hacer alguna deposición en el pañal por las tardes. Ya no toma laxantes y la madre evita darle chocolate.

Trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria

Concepto

Según el DSM-5, los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez se caracterizan por alteraciones persistentes de la alimentación y la ingestión alimentaria propiamente dichas. Los trastornos específicos incluidos son: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno de atracones, que son considerados trastornos de la conducta alimentaria ([cuadro 9-1](#)).

Cuadro 9-1 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria

DSM-5

1. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
2. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

CIE-10

El diagnóstico de la anorexia debe hacerse de manera que estén presentes todas las siguientes alteraciones:

1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet menor de 17,5) o de la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
2. La pérdida de peso está provocada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 - Vómitos autoprovocados.
 - Purgas intestinales.
 - Ejercicio excesivo.
 - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

4. Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Clínica

La sintomatología consiste en alteraciones a nivel cualitativo, como puede ser el pica y la rumiación o regurgitación voluntaria del alimento ingerido, y a nivel cuantitativo en la anorexia nerviosa, donde se dejan de ingerir alimentos en las cantidades requeridas para el mantenimiento de la salud, y en la bulimia nerviosa, donde se dan los «atracones» de comida con el posterior vómito provocado.

Además, puede haber amenorrea, desnutrición, obsesiones, desacuerdo con la imagen corporal, alteraciones neuroendocrinas e irritabilidad.

Tratamiento

El tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa debe ser multimodal. En él deben establecerse los siguientes objetivos: normalizar el estado nutricional del paciente, normalizar la imagen corporal, ayudar a que se tenga un entorno familiar adecuado, mejorar la autoestima, favorecer la adaptación social, tratar cualquier patología comórbida que pudiera presentarse, así como las complicaciones somáticas debidas al trastorno².

Caso clínico

A.F.P. es una paciente de 13 años de edad que ingresó por mareo sobreañadido a un cuadro de anorexia nerviosa de dos años y medio de evolución.

Presenta depresión referencial. El tratamiento pautado está compuesto por antipsicótico, antidepresivos y un antivertiginoso.

Peso: 38 kg. Talla: 1,65 m. IMC: 13,9.

Evolución clínica. La paciente quedó ingresada en el H.V.B. con una vía periférica heparinizada y dieta adecuada a su edad. Tras un mes y medio de control exhaustivo de actividad física y vigilancia tras comidas, la paciente ganó dos kilos de peso y se dio el alta hospitalaria con seguimiento por la unidad de salud mental pertinente y pautas determinadas por parte de los padres.

Trastornos de las habilidades motoras

Concepto

La característica esencial del trastorno del desarrollo de la coordinación es una alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora. El diagnóstico sólo se establece si tal afectación interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana, y se establece si las deficiencias de la coordinación no se deben a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no se cumplen los criterios del trastorno generalizado del desarrollo. Si hay un retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las habitualmente asociadas a él.

Clínica

Generalmente, los trastornos de las habilidades motoras van asociados a otra alteración de tipo no motor. Estos jóvenes suelen presentar torpeza, movimientos involuntarios asociados a movimientos voluntarios e incapacidad para aprender determinados movimientos.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento farmacológico específico y eficaz para este tipo de trastornos. Deberán tratarse de manera multimodal, debido a la habitual comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de la infancia y/o adolescencia.

El papel de los padres en la reeducación motora será fundamental para la remisión o la mejora de la sintomatología en estos pacientes.

Trastornos de tics

Concepto

Los trastornos por tics son alteraciones en el ámbito psiquiátrico que habitualmente cursan con una serie de movimientos musculares involuntarios, bruscos y recurrentes.

El más conocido de estos trastornos es el síndrome de Gilles de la Tourette, cuyos criterios diagnósticos son: presentar tics múltiples y uno o más tics vocales, presentación en muchas ocasiones al día y sin períodos libres durante más de tres meses, aparición antes de los 18 años y que la alteración no se deba a efectos fisiológicos de una sustancia o a alguna patología².

Este problema provoca deterioro y malestar en lo social u otras áreas importantes de funcionamiento personal.

La comorbilidad de niños diagnosticados de este síndrome con TOC es del 30-40% de los casos¹⁰.

Clínica

Habitualmente, la sintomatología que presentan este tipo de pacientes son tics motores faciales, como guiños de ojos o movimientos de cabeza; también pueden aparecer tics vocales y rara vez los denominados tics mentales, como puede ser un estado de inmutabilidad y/o confusión¹¹.

Tratamiento

El tratamiento más adecuado para este tipo de trastornos es la terapia conductual y familiar. Ningún tratamiento farmacológico se ha mostrado plenamente eficaz, y la mayoría presentan efectos secundarios no deseados.

Trastornos del aprendizaje

Concepto

Para diagnosticar trastornos del aprendizaje debe existir un déficit del rendimiento escolar y no tienen que ser debidos a problemas neurológicos importantes, discapacidad visual o auditiva y retraso mental³.

Clínica

Los signos habituales son la discalculia, disgrafía y dislexia. Pueden existir, además, trastornos de la actividad motora, trastornos en la percepción, trastornos de la emotividad y trastornos de atención. Suele haber comorbilidad en niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tratamiento

El tratamiento irá encaminado a establecer planes de intervención sobre el niño, tratando de reforzar sus puntos fuertes en cuanto al ámbito escolar. Es importante la puesta en marcha de terapias de grupo y familiar. Especial relevancia tiene el papel de los padres en este tipo de trastornos.

Caso clínico

A.M.N. es un niño de 7 años escolarizado en 2.º de educación primaria con dificultades para el aprendizaje constatadas desde el inicio de su andadura en esa etapa escolar. Presenta alteración en el área del lenguaje y de las matemáticas, fundamentalmente.

A la conclusión del curso pasado se le realizó una evaluación psicopedagógica obteniendo un CI de 85, sin detectarse alteraciones sensoriales ni de ningún otro orden.

Se propuso una intervención a nivel escolar donde se modificó fundamentalmente la metodología de enseñanza para el alumno y también se realizó terapia familiar con los padres y el niño en la consulta de psiquiatría infantil.

Al evaluar los programas de intervención de manera cualitativa y cuantitativa se obtuvieron datos positivos en cuanto a la mejora del aprendizaje en las áreas que estaban menos desarrolladas en el paciente.

Trastornos generalizados del desarrollo

Concepto

Son un grupo de trastornos de inicio en la primera infancia habitualmente y que cursan con trastornos de la comunicación verbal y no verbal, trastornos de la socialización, desinterés hacia el medio que rodea al paciente y conductas repetitivas.

En la mayoría de los casos, el desarrollo es atípico o anormal, desde las primeras edades, siendo su evolución crónica ([cuadro 9-2](#)).

Cuadro 9-2 Clasificación de los trastornos generalizados del desarrollo según la CIE-10

1. Autismo infantil.
2. Autismo atípico.
3. Trastorno desintegrativo (síndrome de Heller).
4. Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
5. Trastorno esquizoide.
6. Síndrome de Asperger.
7. Síndrome de Rett.

Clínica

La sintomatología es muy variable. Los pacientes presentan alteraciones y anormalidades en diferentes áreas. Se pueden ver alteradas la conciencia y la orientación, la atención y la memoria, la capacidad intelectual, la afectividad y el comportamiento social, el lenguaje y el pensamiento, la sensorización y la psicomotricidad¹.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento que resuelva este tipo de trastornos. Debe afrontarse esta patología desde un punto de vista multidisciplinar mediante fisioterapia, logopedia, cuidados de enfermería y tratamiento farmacológico.

Caso clínico

E.P.A es un niño de 13 años que ingresó en el Hospital Vega Baja de Orihuela debido a las alteraciones en el comportamiento presentadas tanto en el ámbito familiar como escolar.

Está diagnosticado de trastorno generalizado del desarrollo y retraso mental

moderado/grave. De los 3 a los 6 años tuvo tratamiento en un centro de atención precoz. Previamente y en el medio hospitalario recibió estimulación psicomotriz debido a hipotonía y retraso en el desarrollo motor. En seguimiento por el servicio de neuropediatría y por psiquiatría infantil. Sus padres se separaron años atrás, habiendo existido una orden de alejamiento del domicilio materno hacia el padre.

E.P.A. es un niño sin lenguaje hablado y con dificultades en la comprensión que emite únicamente sonidos guturales y gritos y utiliza escasos gestos como medio de expresión. Gran hiperactividad motora con estereotipias, presentando a menudo episodios de agresividad hacia objetos y autoagresividad que ocurren en la mayoría de las veces de manera brusca, resultando difícil, en muchas ocasiones, conocer el desencadenante. Es un niño sin autonomía, precisa ayuda para comer, vestirse y lavarse.

Evolución clínica. Tras permanecer ingresado durante 30 días y apartado del medio familiar, enrarecido habitualmente, con tratamiento de olanzapina 7,5 mg/día y sinogan^R 60 gotas/día mejoró la conducta del paciente y se procedió a darle el alta.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

Concepto

El trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador es una alteración psiquiátrica de tipo conductual caracterizada por una marcada desatención, hiperactividad e impulsividad y que suele aparecer en edades tempranas de la vida¹².

Clínica

La sintomatología se centra fundamentalmente en tres ámbitos o áreas más frecuentes: desatención, impulsividad, hiperactividad. Se dan diversos síntomas relacionados con cada una de ellas en diferentes entornos, como pueden ser el medio familiar y la escuela.

Tratamiento

El tratamiento debe ser multimodal, psicológico, psicopedagógico y farmacológico, donde se ha demostrado la eficacia de terapias conductuales y cognitivo-conductuales. También es importante la terapia con los padres y el entrenamiento de estos ante la nueva situación que deben afrontar. La psicoeducación a los docentes del joven también será un pilar fundamental para conseguir una buena respuesta en el paciente.

Los fármacos más usuales en este tipo de trastornos son los psicoestimulantes (metilfenidato), inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina), agentes adrenérgicos (clonidina), antidepresivos (venlafaxina, ATC, IMAO) y agentes dopaminérgicos (modafinilo).

Caso clínico

E.S.C. es un niño de 5 años que ingresó en una unidad de salud mental infanto-juvenil hospitalaria por alteraciones en el comportamiento en el medio familiar y escolar.

Presenta alteraciones en el comportamiento desde hace un año con un nivel de inquietud y actividad por encima de lo normal, mostrando dificultades para permanecer un tiempo prolongado realizando la misma actividad. Sus padres están separados y el niño apenas tiene relación con el padre, que mantiene un conflicto permanente con la madre.

Evolución clínica. Durante el ingreso se mantuvo el tratamiento psicofarmacológico con metilfenidato y risperidona, la madre participó en la

terapia grupal desarrollada en la unidad y se estableció contacto telefónico con el padre. Se propuso alta al observar una mejoría conductual y comportamental en el chico ayudada por una evitación de situar en medio del conflicto entre los padres a los hijos.

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

En las edades tempranas de la vida se dan otros trastornos donde siempre hay que abordar el origen de éste, no sólo desde el punto de vista biológico, sino también desde el conductual y de factores externos que pueden condicionar la aparición de ciertas patologías en estas épocas. Se deben tratar de manera multimodal, no abordando el caso únicamente desde el ámbito farmacológico, sino también incluir terapias de diversos tipos y diferentes profesionales de la salud.

Enumeramos algunas de las más frecuentes, que anteriormente no se han detallado:

- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Esquizofrenia.
- Fobias.
- Trastorno adaptativo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos afectivos.

Plan de cuidados enfermeros en los trastornos mentales infanto-juveniles

Manejo de los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia

Las características del paciente psiquiátrico infantoadolescente son bastante heterogéneas, aunque suelen tener puntos en común que hace que los cuidados de enfermería y los planes de cuidados se asemejen unos a otros. Es importante tratar y cuidar al paciente de una manera global entendiendo el porqué de su situación de crisis y actuando no sólo desde el punto de vista farmacológico, sino también desde un punto de vista terapéutico, en el que seamos capaces de llegar a entender qué es lo que le ocurre al joven para, de esta manera, tratar de revertir esa situación.

Plan de cuidados

Valoración por patrones funcionales¹³.

Desde la experiencia en la práctica clínica diaria, los resultados NOC relativos a los diagnósticos más usuales, y algunas de las intervenciones NIC más importantes y más frecuentemente realizadas en los trastornos mentales infanto-juveniles son:

Patrón percepción control de la salud

00079 Incumplimiento del tratamiento.

NOC 1601 Conducta de cumplimiento.

NIC: Acuerdo con el paciente (4420).

Vigilancia (6650).

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).

Patrón nutricional-metabólico

00002 Desequilibrio nutricional: por defecto.

NOC 1612 Control del peso.

NIC: Control de la nutrición (1100).

Control de los trastornos alimenticios (1030).

Control del peso (1260).

Patrón de eliminación

Los diagnósticos relacionados con este patrón no tienen una incidencia relevante.

Patrón actividad-ejercicio

00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.
NOC 0305 Cuidados personales: higiene.
NIC: Ayuda en el autocuidado: baño/higiene (1801).
Enseñanza: individual (5606).
Vigilancia: seguridad (6654).

Patrón sueño-descanso

00095 Deterioro del patrón del sueño.
NOC 0004 Sueño.
NIC: Administración de la medicación (2300).
Disminución de la ansiedad (5820).
Potenciación de la seguridad (5380).

Patrón cognitivo-perceptivo

00130 Trastorno de los procesos del pensamiento.
NOC 1403 Control del pensamiento distorsionado.
NIC: Control de las alucinaciones (6510).
Escucha activa (4920).
Orientación de la realidad (4820).

Patrón autopercepción-autoconcepto

00138 Riesgo de violencia dirigida a otros.
NOC 1401 Control de la agresión.
NIC: Administración de medicación (2300).
Control ambiental: prevención de la violencia (6487).
Sujeción física (6580).

Patrón rol-relaciones

00060 Interrupción de los procesos familiares.
NOC 2604 Normalización de la familia.
NIC: Apoyo a la familia (7140).
Apoyo emocional (5270).
Modificación de la conducta (4360).

Patrón sexualidad-reproducción

00065 Patrones sexuales inefectivos.
NOC 1207 Identidad sexual: aceptación.
NIC: Asesoramiento sexual (5248).
Aumentar el afrontamiento (5230).
Disminución de la ansiedad (5820).

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

00071 Afrontamiento defensivo.

NOC 1502 Habilidades de interacción social.

NIC: Asesoramiento (5240).

Mantenimiento de los procesos familiares (7130).

Potenciación de la socialización (5100).

Patrón valores-creencias

00066 Sufrimiento espiritual.

NOC 2001 Bienestar espiritual.

NIC: Apoyo espiritual (5420).

Clarificación de valores (5480).

Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (5300).

Cuidados de enfermería

Una de las mayores dificultades con las que se encuentra el personal de enfermería con pacientes adolescentes es la negativa inicial a mantener una relación terapéutica adecuada, que muestran simplemente como un mecanismo de defensa o coraza. Labor del personal enfermero es ir entrando poco a poco en la relación amistosa con estos chicos.

Sin duda, también entraña gran dificultad el tratar a adolescentes con dificultades en la comunicación como puede ser en el autismo, asperger, retraso mental, etc. Será muy importante en estos casos que el niño sienta seguridad y confort con el personal de enfermería para que se pueda establecer una buena relación terapéutica entre enfermero-paciente.

Además, es importante el abordaje familiar que se realiza a estos pacientes. Explicamos con detalle la intervención realizada en la Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil del Hospital Vega-Baja de Orihuela con los psiquiatras infantiles doctor Sempere y doctora Rodado.

En el programa de intervención¹⁴, entre ocho y doce pacientes y sus familias son invitados conjuntamente a cada sesión de dos horas de duración continuadas durante la cual se llevan a cabo las siguientes actividades:

Grupo multifamiliar de inicio: en este grupo participan los tres profesionales adscritos a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (dos psiquiatras y una psicóloga), siendo uno de ellos —con formación específica en terapia multifamiliar— el coordinador. Aunque no hay una duración prefijada, se trata de que ésta no exceda de los treinta minutos. Este grupo multifamiliar inicial se constituye en un espacio de intercambio entre las familias, cuyos miembros se interesan y preguntan por el devenir de los acontecimientos en las otras familias y en las que sin un tema prefijado se abordan temáticas comunes en un ambiente de

aprendizaje conjunto. En este grupo, cada familia expone los hechos más relevantes en relación con el niño que han acontecido durante los días transcurridos tras la sesión anterior, pero también son abordadas otras situaciones relativas a cualquier otro miembro de la familia.

Grupo de niños: tras la toma de contacto a través del grupo multifamiliar, los niños pasan a una sala contigua junto a dos de los terapeutas (en este caso, ambos psiquiatras infantiles). La dinámica de este grupo tiene tres partes más o menos diferenciadas:

Espacio de encuentro y reflexión: se trata de iniciar el encuentro con los niños (en general, entre ocho y doce) sentándonos en círculo, aunque no todos son capaces de permanecer sentados, debido a su propia sintomatología, y es frecuente que algunos permanezcan realizando movimientos en la sala o tirándose por el suelo. En este tiempo, que suele ser breve (alrededor de quince minutos), se abordan algunos de los temas que han emergido en el grupo multifamiliar previo, tratando de que en este clima grupal más íntimo los niños puedan poner palabras a algunas de las temáticas tratadas. Tras abordar distintos temas de diferentes niños, la sesión en este encuadre acaba tratando de buscar un consenso con todos los niños presentes acerca de las actividades lúdicas que pasaremos a realizar juntos posteriormente.

Espacio de juego/actividad compartido: en función de lo acordado se inician las actividades lúdicas. Éstas pueden ser diversas, comprendiendo desde salir a la pista deportiva anexa al centro para jugar al fútbol, baloncesto u otro deporte grupal, hasta permanecer en la sala dibujando, recortando o jugando a juegos de mesa. Se cambia de una a otra actividad en función de propuestas espontáneas de los propios niños o sugerencias de los terapeutas apoyadas por los niños y de nuevo sometidas al consenso de la mayoría de los asistentes.

Espacio de finalización y reflexión: acabado el juego, tratamos de dedicar diez minutos a sentarnos de nuevo a reflexionar acerca de lo acontecido en su transcurso.

Grupo de padres/familiares: de forma paralela al grupo de niños, los padres permanecen en la sala de reunión del inicio después de que los niños la abandonen, donde participan en un grupo de terapia específico conducido por la psicóloga del equipo. En este grupo se trata de seguir abordando conjuntamente algunos de los temas que han surgido en el grupo multifamiliar inicial. Lo habitual en este grupo de padres es que éstos sigan una inercia de tratar temas relativos a la problemática de sus hijos por la que llegaron a la consulta. Y si bien es inevitable que estos emergentes aparezcan, la meta terapéutica de este grupo radica en que los padres consigan «dejar de hablar exclusivamente de sus hijos» y puedan, además, «hablar de ellos mismos». Este paso es extraordinariamente importante ya que abre la posibilidad de que pueda iniciarse un abordaje de su propia problemática como adultos y padres que a menudo permanece latente y confundándose con las demandas de ayuda puestas en el niño e interfiriendo así

en la positiva evolución de éstos. Se trata, por tanto, de promover una nueva lectura del proceso patológico, desvelando las dinámicas parentales y familiares que puedan estar implicadas en él.

Se entiende que cuando un padre puede al fin hablar de lo que a él mismo le ocurre y no sólo de lo que el niño hace, está iniciando un camino terapéutico «liberador» para el niño. De hecho, es frecuente encontrarnos a lo largo de esta experiencia con numerosos casos en los que los niños han dejado de acudir a la actividad grupal terapéutica, pero cuyos padres han solicitado seguir acudiendo para continuar tratando sus propias dificultades que en otros momentos se habían confundido con la expresión sintomática de sus hijos.

Grupo multifamiliar de cierre: constituye el último momento de la experiencia. Simultáneamente, se pone fin a los grupos de niños y padres paralelos y ambos vuelven a fusionarse en un grupo multifamiliar común de una duración de aproximadamente quince minutos.

Bibliografía

1. www.psicodiagnosis.es.
2. Rodríguez Sacristán J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla; 2001.
3. OMS, 2001.
4. Peralbo Uzquiano. Manual de psicología clínica infantil. Ed. Biblioteca Nueva. 2004.
5. Navarro-Pardo J, et al. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 2012;Vol. 24(n.º 3):377–383.
6. Manual CTO enfermería. 3.ª edición. 2010.
7. Celdrán, M. & Zamorano, F. Trastornos de la comunicación y el lenguaje. Murcia, 2008.
8. Hernández, R. & Rodrigo, M. Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. Madrid, 2006.
9. Toro J, Enuresis: *causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca; 1992.
10. Leckman JF. *Obsessive-compulsive related disorders*. American Psychiatric Press; 1993: p. 113-137.
11. Shapiro, et al. *Gilles de la Tourette syndrome*. New York: Raven Press; 1988.
12. DSM-IV. Masson. Barcelona, 1995.
13. Tejedor M. & Etxabe M. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona, 2007.
14. Sempere J, et al. Un modelo integral de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal de una unidad de salud mental infanto-juvenil. 2005.

SECCIÓN 2.3

Trastornos psicóticos

Capítulo 10: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

CAPÍTULO 10

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Concepción Martínez Martínez

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Etiología, epidemiología, sintomatología y tratamiento. Valoración y cuidados de enfermería 108

Esquizofrenia 108

Epidemiología 108

Factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia 108

Etiología 108

Hipótesis genéticas 108

Hipótesis bioquímicas 109

Teoría del neurodesarrollo 109

Signos y síntomas de la esquizofrenia 109

Síntomas negativos 109

Síntomas positivos 109

Síntomas de desorganización 109

Trastornos y síntomas asociados 109

Subtipos de esquizofrenia 109

Curso de la enfermedad y recuperación 109

Trastorno esquizoafectivo 110

Trastorno esquizofreniforme 110

Trastorno delirante	110
Síndromes poco usuales	110
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	110
Trastorno inducido por sustancias	111
Trastorno psicótico breve	111
Trastorno psicótico compartido (<i>folie à deux</i>)	99
Tratamientos	111
Terapia farmacológica	111
Antipsicóticos	111
Efectos adversos más frecuentes	111
Antipsicóticos atípicos	112
Efectos adversos más frecuentes	112
Formas de administración	112
Fármacos coadyuvantes	112
Terapia electroconvulsiva (TEC)	112
Terapia psicológica, psicoeducativa y psicosocial	112
Terapia cognitivo-conductual	112
Intervenciones familiares	112
Psicoeducación	113
Terapia integrada para la esquizofrenia (IPT)	113
Entrenamiento en habilidades sociales	113
Marco conceptual de actuación enfermera	113
Ambiente terapéutico	113
Cuidados de enfermería	113
Intervenciones de enfermería en pacientes con trastorno psicótico	114
Intervenciones de enfermería en la fase aguda	114

Fase estable o de mantenimiento 116

Fase residual de la enfermedad 116

Intervenciones de enfermería en pacientes con trastorno psicótico 116

Intervención programa del tratamiento con clozapina 116

Intervenciones de enfermería al paciente tratado con TEC 117

Fase pre-TEC 117

Fase post-TEC 117

Intervenciones de enfermería ante paciente con alteraciones de la percepción o cognitivas 117

Intervenciones de enfermería en pacientes con riesgo de suicidio 117

Valoración de la ideación suicida 105

¿Qué debemos preguntar? 117

Psicoeducación para aumentar la adherencia al tratamiento 117

Etiología, epidemiología, sintomatología y tratamiento. Valoración y cuidados de enfermería

El término psicosis fue introducido en 1845 por Feuchtersleben para definir los «trastornos del alma». En un principio, el término no era opuesto al de neurosis hasta que Freud estableció los mecanismos de producción de cada uno de ellos. La definición de psicosis ha seguido evolucionando en el tiempo hasta convertirse en una categoría psicopatológica no exenta de polémica, ya que, dependiendo del autor, se atribuye al episodio psicótico una variedad de síntomas más o menos extensa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y pensamiento desorganizado, etc.). Todos coinciden, sin embargo, que su principal característica es la pérdida de contacto con la realidad.

Las enfermedades que se incluyen en este capítulo tienen como característica definitoria en el DSM-IV y en el CIE-10 la presencia de episodios psicóticos a lo largo de su evolución^{1,2}.

Dependiendo de su duración, etiología y otros síntomas presentes se clasificará en: esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico breve, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico por enfermedad médica.

Esquizofrenia

Epidemiología

La incidencia de la esquizofrenia no es estable, en contra de lo que se creía hasta el momento, siendo significativamente más alta la aparición de nuevos casos en países subdesarrollados frente a países desarrollados. Existen también diferencias atribuibles a la metodología y los criterios diagnósticos empleados en los estudios, oscilando de un 0,14/1.000/año a un 0,42/1.000/año. Por otro lado, se ha constatado que la aparición de nuevos casos de esquizofrenia va disminuyendo cada año^{3,6}.

El pico de incidencia en la aparición de la esquizofrenia se sitúa entre los 15 y 24 años para hombres y mujeres, siendo un poco más precoz en hombres y presentándose un segundo repunte en mujeres entre los 55 y 64 años⁶.

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad, ésta es mayor en los países desarrollados (3,3 vs 2,6 por 1.000), lo que podría explicarse por una mayor esperanza de vida de las personas con esquizofrenia y una menor mortalidad asociada a la enfermedad⁴.

Factores de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia

- **Género.** Los hombres tienen entre un 30-40% más de posibilidades que las mujeres de desarrollar esquizofrenia a lo largo de la vida^{4,6}.
- **Urbanidad.** El riesgo de padecer esquizofrenia es mayor entre personas que han sido criadas en ciudades frente a las que han nacido y han sido criadas en medio rural, teniendo un efecto dosis-dependiente, es decir, a mayor años de crianza en un área urbana, mayor riesgo de padecerla^{3,4}.
- **Migración.** El pico de incidencia aparece 10-12 años después de la emigración³⁻⁸ y la tasa de esquizofrenia es más alta también en la segunda generación de emigrantes. Diversos estudios han demostrado que la frecuencia de aparición de la esquizofrenia es mayor entre individuos pertenecientes a grupos pequeños de emigrantes (baja densidad étnica) frente a los que tienen una gran comunidad en el país de adopción (alta densidad étnica). La soledad y el bajo apoyo social influyen negativamente en la aparición de la enfermedad^{7,9,10}.
- **Nacidos en invierno.** Nacer en los meses de invierno supone un riesgo entre 5-15% mayor de padecer esquizofrenia. Este hecho puede ser debido a exposición de factores ambientales presentes en invierno, como el de la exposición prenatal al virus de la gripe A y B^{4,6,11}.
- **Clase social.** Recientes estudios parecen demostrar que pertenecer a una clase socioeconómica baja es un factor de riesgo para padecer esquizofrenia. Las

malas condiciones ambientales, nutrición materna, desempleo, estrés psicosocial, pueden propiciar la aparición de la enfermedad^{3,4,7}.

- **Edad paterna.** Estudios epidemiológicos realizados en distintos países indican que la edad avanzada del padre es un factor de riesgo para la aparición de esquizofrenia, no siendo significativa la edad materna^{4,6}.
- **Consumo de tóxicos.** El uso de cannabis puede precipitar la aparición de esquizofrenia en personas vulnerables de padecerla. Según recientes estudios, los portadores de una variación Val/Val del gen COMT tienen mayor riesgo de padecer trastornos esquizofreniformes tras el consumo de cannabis¹¹.

Etiología

Las evidencias existentes sobre las alteraciones presentes en pacientes diagnosticados de esquizofrenia son numerosas. Existen diversas hipótesis para intentar explicar el origen del trastorno, si bien no se ha podido obtener una única hipótesis que dé explicación a la presencia de todas las alteraciones encontradas ni pruebas concluyentes de ninguna de ellas.

Hipótesis genéticas

La heredabilidad del trastorno es de un 50%. Familiares de primer grado tienen 10 veces más probabilidades de padecer la enfermedad que la población general; sin embargo, la concordancia entre gemelos monocigóticos no llega al 50%. Esto hace pensar en un origen genético complejo mediado por varios genes y cuya expresión se encuentra modificada por factores ambientales^{11,12}.

Hipótesis bioquímicas

Existen evidencias de que los neurotransmisores están alterados de distinta manera en pacientes que padecen esquizofrenia:

- **Dopamina:** se encuentra aumentada en la región frontal del cerebro¹³.
- **Serotonina:** los receptores 5-HT_{2A} están disminuidos y los 5-HT_{1A} aumentados en la corteza prefrontal¹³.
- **Glutamato:** se encuentra inhibido en la región medial del cerebro y su concentración disminuye con mucha más rapidez con la edad en comparación con pacientes sanos¹⁴.

Teoría del neurodesarrollo

Es una teoría novedosa que postula que el origen de la esquizofrenia responde a un modelo multifactorial. Un factor genético activado durante el desarrollo cerebral del feto, unido a factores ambientales adversos, producirá cambios

significativos en la maduración del cerebro que, a largo plazo, conducirán hacia la sintomatología observable en la esquizofrenia¹³.

Signos y síntomas de la esquizofrenia

Los síntomas que padecen las personas que sufren esquizofrenia incluyen alteraciones en la esfera emocional y cognitiva; no obstante, la forma de manifestarse la esquizofrenia es diferente en cada paciente.

La sintomatología se clasifica en síntomas positivos, negativos y desorganizados.

Síntomas negativos

Se denominan así porque suponen una disminución de las funciones que el sujeto realizaba anteriormente al inicio de la enfermedad:

- **Alogia:** pobreza de expresión, pérdida de fluidez y de productividad del pensamiento y el lenguaje.
- **Aplanamiento afectivo o embotamiento:** es la disminución de la capacidad de respuesta emocional. Existe una baja respuesta empática. Está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.
- **Abulia:** falta de voluntad o iniciativa. Se encuentra un amplio espectro de síntomas que van desde la apatía al mutismo acinético.

Síntomas positivos

Se denominan síntomas positivos por reflejar un exceso de las funciones normales:

- **Ideas delirantes:** son creencias erróneas como consecuencia de una mala interpretación del entorno. Pueden existir ideas de persecución, de autorreferencia, erotómanas, de control o de robo de pensamiento, etc
- **Las alucinaciones** pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), aunque las alucinaciones auditivas son las más habituales en la esquizofrenia. Normalmente, son egodistónicas, teniendo un contenido amenazante o de desvaloración del paciente.

Síntomas de desorganización

Pensamiento desorganizado, lenguaje desorganizado y falta de atención:

- **El pensamiento desorganizado** ha sido considerado por algunos autores como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Se puede inferir la existencia de pensamiento desorganizado a través del lenguaje, el cual puede presentar diversas formas de desorganización:

- **Descarrilamiento o falta de asociación:** el sujeto puede «perder el hilo» del discurso, saltando de un tema a otro.
- **Tangencialidad:** las respuestas tienen una relación oblicua o no tienen ninguna relación con las preguntas.
- **Incoherencia:** cuando el lenguaje está tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva.
- **Comportamientos catatónicos:** disminución de la respuesta a los estímulos del entorno. Este comportamiento varía desde el estupor catatónico — mantenimiento de una postura rígida — al negativismo catatónico; resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido.

Trastornos y síntomas asociados

- **Anhedonia:** incapacidad de disfrutar o experimentar placer.
- **Afecto inapropiado:** sonrisa, risa en ausencia de estímulos apropiados.
- **Humor disfórico:** cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, ira, malestar psíquico.
- **Agitación psicomotriz:** estado de exaltación motora (inquieta, gesticulación, deambulación, etc.) que carece de un objetivo; va acompañado de un estado afectivo alterado, ansiedad, cólera, pánico o euforia.

Subtipos de esquizofrenia

La clasificación de la esquizofrenia ha variado a lo largo del tiempo. Los tipos de esquizofrenia recogidos en el DSM-IV son: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, residual. Estos subtipos desaparecen en el nuevo manual DSM-5.

Curso de la enfermedad y recuperación

Uno de los criterios para el diagnóstico es la presencia durante un mes de dos o más síntomas y que persista al menos 6 meses sintomatología activa unida a un deterioro laboral o social¹.

El inicio de la enfermedad es muy variable, puede tener un inicio insidioso o debutar súbitamente con sintomatología muy florida.

El curso longitudinal se puede dividir en varias fases, que muchas veces no tienen unos límites claros, pero que sirven de ayuda para establecer el tipo de tratamiento y realizar un diagnóstico basado en el curso de la enfermedad ([cuadro 10-1](#)).

Cuadro 10-1 Fases de la esquizofrenia

Pródromos

Antes de la aparición de la sintomatología evidente existe un período de tiempo en el que predominan los síntomas negativos y afectivos, el aislamiento progresivo del paciente, disminución del funcionamiento cognitivo, social, emocional, etc.

Fase aguda

Se presentan los síntomas positivos y el paciente sufre una desconexión total con el entorno que le impide realizar cualquier actividad instrumental o actividades básicas.

Fase estabilización

La fase poscrisis es más larga en el tiempo, los síntomas positivos se han atenuado y permanecen los negativos. El paciente presenta una sensación de confusión por la situación que ha sufrido lo que puede llevar a una depresión pospsicótica.

Fase estable

El paciente está libre de síntomas positivos o es consciente de ellos y es capaz de convivir con su presencia. Normalmente, existen síntomas negativos aunque más atenuados.

Fuente: elaboración propia¹⁵.

La idea de que la esquizofrenia es una enfermedad crónica degenerativa ha cambiado en los últimos años. Los avances en el tratamiento farmacológico, junto con las medidas de apoyo y tratamiento psicosocial, han permitido recuperaciones funcionales contrastadas, evidenciándose casos de remisión completa de la enfermedad^{16,17}.

La remisión se define como la desaparición evidente y mantenida en el tiempo de signos y síntomas en las tres categorías sintomatológicas: positivos, negativos y desorganizados, y su mantenimiento por un período mínimo de 6 meses. Mientras que el término recuperación se refiere al logro de la funcionalidad laboral y social del paciente¹⁶⁻¹⁹.

Trastorno esquizoafectivo

La enfermedad cursa con un trastorno psicótico al que se le suma un componente de alteración en la esfera emocional (episodio maníaco o de depresión mayor).

La presencia de sintomatología mixta ha propiciado la existencia de discrepancias entre autores para considerarlo como un trastorno con entidad propia o clasificarlo como una variante de la esquizofrenia²⁰⁻²². Esto se evidencia en las diferencias entre el sistema de clasificación americano, en el que la sintomatología emocional se ha de intercalar entre episodios psicóticos, y el europeo, para el que tienen que presentarse superpuestas^{1,2}. Al ser un trastorno difícil de clasificar desde un inicio, los datos epidemiológicos son poco fiables.

Trastorno esquizofreniforme

El término fue usado por primera vez en 1939 por Langfeld para pacientes con sintomatología similar a la esquizofrenia, pero cuya evolución era favorable. Para el diagnóstico, la duración total debe ser inferior a 6 meses¹. Este trastorno no requiere que haya un deterioro de la actividad social y/o laboral aunque, sin embargo, la mayoría de los que la padecen presentan disfunciones en estas áreas de su vida cotidiana. Dos tercios de las personas diagnosticadas de trastorno esquizofreniforme serán diagnosticados de esquizofrenia a largo plazo

Trastorno delirante

El trastorno delirante consiste en la presencia de ideas delirantes bien sistematizadas, acompañadas de una afectividad apropiada a la ideación, que persiste en el tiempo en ausencia de otra sintomatología psicótica

Las ideas delirantes no son extrañas, es decir, son situaciones susceptibles de ocurrir en la vida real, y no hay alucinaciones o conducta desorganizada. Suelen tener un menor deterioro en la actividad laboral y social, siempre que no guarde relación con la temática delirante.

Para evaluar de forma adecuada la presencia de este trastorno se deben tener en cuenta la cultura y las creencias religiosas del sujeto, ya que el contenido de las ideas delirantes puede ser distinto en las diferentes culturas.

El trastorno delirante se clasifica en subtipos dependiendo del tema delirante predominante¹:

- **Tipo erotomaníaco** (síndrome de Clerambault): el sujeto tiene la creencia de que otra persona está enamorada de él. Frecuentemente, ésta tiene un estatus superior o se trata de un personaje público.
- **Tipo de grandiosidad**: la idea principal de este delirio consiste en que la persona cree poseer cualidades, conocimientos excepcionales, fama o fortuna.
- **Tipo celotípico**: en el cual la idea delirante es que su pareja es infiel.
- **Tipo persecutorio**: el sujeto tiene la idea de que está siendo perseguido y que hay una conspiración para perjudicarlo.
- **Tipo somático**: la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Por ejemplo, que el sujeto emite un olor insoportable; también puede creer que tiene algún parásito interno o que en algunas partes del cuerpo tiene malformaciones o bien que hay partes del cuerpo que no funcionan.
- **Tipo mixto**: este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema que predomine sobre otro.
- **Tipo no especificado**: se aplica cuando la creencia dominante no puede ser determinada con claridad o bien cuando la idea no está descrita en los otros tipos de específicos.

Síndromes poco usuales

- **El síndrome de Capgras:** el individuo cree que una persona allegada ha sido sustituida por un doble.
- **El síndrome de Fregoli:** en el cual el paciente identifica como familiares a individuos que no lo son.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

La característica principal es la presencia de ideas delirantes y alucinaciones olfativas o visuales predominantemente, aunque también pueden ser táctiles, cenestésicas, etc. Esta sintomatología se produce como consecuencia de una enfermedad somática.

Es necesario encontrar una asociación temporal: diagnosticar primero la existencia de la enfermedad y posteriormente encontrar la relación con el trastorno psicótico. Puede presentarse en un estado único transitorio o bien de forma recurrente¹.

Enfermedades que pueden producir síntomas psicóticos son:

1. **Enfermedades cerebrales:** neoplasias, epilepsia, enfermedades vasculares, hidrocefalia normotensiva; enfermedades infecciosas: neurosífilis; demencias: Alzheimer, Pick, Huntington, Parkinson, HIV...
2. **Enfermedades metabólicas y endocrinas:** hipo e hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, Addison y Cushing, diabetes mellitus, insuficiencia renal, encefalopatía hepática, hiper e hiponatremia.
3. **Enfermedades nutricionales:** carencias vitamínicas, pelagra, beri-beri, anemia macrocítica o microcítica.
4. **Trastornos autoinmunitarios con afectación del SNC.**

Trastorno inducido por sustancias

Se producen alteraciones sensorio-perceptivas como consecuencia del consumo de sustancias tóxicas. Pueden persistir en el tiempo una vez retiradas las sustancias tóxicas que lo causaron.

Se diagnostica, si los síntomas son excesivos, para ser considerados propios de intoxicación o abstinencia de la sustancia que los causó.

No se diagnostica si la persona es consciente de que las alucinaciones son causadas por tóxicos¹.

Trastorno psicótico breve

DSM-IV y CIE-10 tienen en común la duración del episodio: más de 1 día y menos de 1 mes^{1,2}. El trastorno psicótico breve puede aparecer como consecuencia de un episodio vital estresante que el individuo no puede integrar en su esquema vital. Aparecen los síntomas delirantes como un sistema de protección frente a la desintegración del yo.

El pronóstico suele ser favorable si el funcionamiento del paciente anteriormente era bueno, la sintomatología tiene un inicio brusco y la persona tiene pocos rasgos esquizoides.

Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*)

Se presenta cuando la persona que comienza con las ideas delirantes hace partícipe a otra y ésta también les otorga credibilidad. Es propio de parejas en la que uno de los miembros es dependiente emocionalmente del otro. También puede presentarse en un grupo de individuos.

Tratamientos

El objetivo final del tratamiento ha de ser mejorar la funcionalidad de la persona y para ello es necesaria la elaboración de un plan de tratamiento que integre las terapias farmacológicas, sociales y psicológicas.

La realización de un plan de tratamiento integrado se lleva a cabo con la participación de distintos profesionales como psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc., trabajando de forma coordinada para establecer y conseguir los objetivos planteados.

Terapia farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son indispensables en pacientes con esquizofrenia y en otros trastornos psicóticos. La medicación se utiliza para el tratamiento de los episodios agudos, prevención de futuros episodios y mejoría de los síntomas interepisódicos.

Antipsicóticos

Los fármacos antipsicóticos actúan principalmente como antagonistas de receptores postsinápticos de catecolaminas (dopamina, noradrenalina, adrenalina) e indolaminas (serotonina); su actividad se produce al disminuir la comunicación entre neuronas que impiden la unión de neurotransmisores a sus receptores específicos.

Los antipsicóticos se clasifican como de primera generación o típicos (APG) y de segunda generación o atípicos (ASG). Esta clasificación se basa en la afinidad del fármaco por receptores postsinápticos. Los antipsicóticos de primera generación actúan bloqueando selectivamente los receptores dopaminérgicos D₂, mientras que los de segunda generación actúan sobre los receptores D₂ y también sobre los receptores colinérgicos, α -adrenérgicos, histaminérgicos y serotoninérgicos.

En cuanto a la eficacia de los dos grupos de antipsicóticos APG vs ASG, existe mucha controversia al respecto. La Asociación Mundial de Psiquiatría considera que los APG son igual de efectivos que los ASG para tratar los síntomas positivos de la enfermedad (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), pero los ASG son aparentemente más efectivos en el control de la sintomatología negativa (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia).

En la última década se ha introducido un fármaco, aripiprazol, que se puede considerar de tercera generación ya que funciona como agonista parcial en el sistema dopaminérgico, es decir, actúa como regulador; en situaciones de baja actividad dopaminérgica aumenta la potencia y cuando se produce hiperactividad la reduce²³.

Las investigaciones actuales en farmacología se están centrando en el desarrollo de nuevos fármacos que actúen sobre el sistema glutaminérgico, principal sistema

excitatorio del SNC y que en pacientes con esquizofrenia se encuentra inhibido.

Efectos adversos más frecuentes

- **Síntomas extrapiramidales (SEP):** los síndromes agudos aparecen dentro de las primeras horas o días de administrar el fármaco e incluyen distonías, acatisia y parkinsonismo.
- **Distonía aguda:** trastorno del movimiento que causa contracciones involuntarias en un músculo o en un grupo de ellos. Es generalmente focal y puede afectar los músculos del cuello, la mandíbula, la espalda, las extremidades, los ojos, la garganta y la lengua. El riesgo de presentarla es mayor en los pacientes jóvenes de sexo masculino.
- **Acatisia:** es un trastorno del movimiento caracterizado por un sentimiento de inquietud y una necesidad de estar en constante movimiento o balancearse mientras se está de pie o sentado.
- **Discinesia tardía:** los síntomas aparecen tras períodos largos de tratamiento. Los movimientos involuntarios afectan los músculos periorales y las extremidades inferiores. Aparece en un 4-8% de pacientes adultos tratados con antipsicóticos atípicos.
- **Síndrome neuroleptico maligno:** caracterizado por rigidez, hipertermia, hipertensión y disfunción vegetativa que cursa con palidez, taquicardia, sudoración e incontinencia urinaria. La prevalencia es de menos del 1% de los pacientes tratados, pero tiene una mortalidad asociada de entre el 5-20%.
- **Otros efectos adversos comprenden:** somnolencia, apatía, agitación, excitación, insomnio, cefalea, confusión, trastornos digestivos, congestión nasal, síntomas antimuscarínicos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria y visión borrosa), síntomas cardiovasculares (hipotensión, taquicardia y arritmias), efectos endocrinos (trastornos menstruales, galactorrea, ginecomastia), impotencia y aumento de peso; fotosensibilización, sensibilización al contacto, opacidad corneal y del cristalino y pigmentación purpúrea de la piel, córnea, conjuntiva y retina.

Antipsicóticos atípicos

Los antipsicóticos atípicos actúan de forma selectiva sobre los receptores D2 y también sobre los receptores colinérgicos, α -adrenérgicos, histaminérgicos y serotoninérgicos.

Efectos adversos más frecuentes

- **Síndrome metabólico:** conjunto de síntomas caracterizado por presencia de obesidad, hiperglucemia e hipertrigliceridemia; estos factores pueden conducir a cardiopatía isquémica, diabetes y enfermedad abdominal.
- **Otros efectos adversos:** aumento de peso, la hipotensión ortostática, síntomas

extrapiramidales y, a veces, discinesia tardía. Rara vez se ha descrito el síndrome neuroléptico maligno.

Formas de administración

- **Administración oral:** para mantener la concentración terapéutica es necesario realizar varias tomas al día en la mayor parte de presentaciones farmacéuticas. Se utiliza como tratamiento de elección en fase estable.
- **Administración intramuscular de acción rápida:** se alcanza la dosis terapéutica de forma más rápida al saltar el primer paso hepático. Se utilizan frecuentemente para pautas de tranquilización rápida en fase aguda.
- **Administración intramuscular de acción retardada (depot):** son de liberación lenta y acción prolongada. Se administran cada 2-4 semanas. La principal ventaja es que facilitan el cumplimiento terapéutico y aseguran niveles plasmáticos del principio activo.

El principal uso de los antipsicóticos depot es en pacientes que no presentan una adherencia al tratamiento y presentan recaídas frecuentes y en los que tengan riesgo de discinesia tardía o graves efectos secundarios con los antipsicóticos orales.

Fármacos coadyuvantes

Aparte de la medicación antipsicótica, el tratamiento se complementa con otro tipo de fármacos para control de los síntomas derivados del trastorno primario: antiepilépticos, antidepresivos, ansiolíticos, litio, etc.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Las indicaciones más frecuentes del TEC son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.

Consiste en la administración de corrientes eléctricas de bajo voltaje durante 20 minutos con el objeto de restaurar el equilibrio químico cerebral. Se realizan un total de 6 a 12 sesiones con una frecuencia de 3 sesiones semanales. Se aplica con el paciente previamente anestesiado.

Los principales efectos adversos de la TEC son de tipo cognitivo. Se puede producir un estado confusional transitorio o un período de alteración de la memoria anterógrada y retrógrada, que puede durar desde semanas a meses. También puede ser frecuente la hipotensión y la cefalea. No tiene efectos secundarios a largo plazo y no tiene contraindicaciones absolutas.

Terapia psicológica, psicoeducativa y psicosocial

A través de terapias individuales o grupales se proporcionan herramientas para disminuir la ansiedad y angustia que pueden ocasionar las tensiones de la vida laboral, familiar o social; manejar los síntomas de la enfermedad y favorecer el *insight* y adherencia al tratamiento de modo que la persona pueda alcanzar la mayor funcionalidad posible. Mediante estas intervenciones se consigue incrementar la adherencia terapéutica aproximadamente un 30%^{15,24}.

Terapia cognitivo-conductual

Aporta técnicas de ayuda a los pacientes para reinterpretar sus sentimientos y pensamientos ligados a una experiencia traumática y de ese modo disminuir la angustia e interferencias que éstas producen en su vida diaria.

Se puede realizar durante la fase aguda para acelerar la recuperación del episodio y en intervención precoz para evitar el desarrollo de la psicosis¹⁵.

Intervenciones familiares

La presencia de un caso de esquizofrenia conlleva una alteración de los procesos familiares y un cambio en los roles. Por otro lado, determinadas dinámicas familiares (alta expresividad emocional) tienen influencia negativa en la evolución de la esquizofrenia.

Las familias son un importante recurso terapéutico, por lo que es muy importante proporcionar información y herramientas para que contribuyan en el control de los síntomas.

Para su efectividad, debe tener una duración superior a 6 meses, incluir al paciente, tener en cuenta las necesidades de cada miembro de la familia e incluir estrategias de negociación o resolución de problemas¹⁵.

Psicoeducación

La psicoeducación tiene como objetivo aumentar el conocimiento del paciente y/o familiares acerca de la enfermedad que está sufriendo para mejorar su manejo, afrontar las consecuencias y tener un mejor pronóstico. Para ello, es necesaria la participación activa del paciente y familiares.

El ritmo de transmisión de la información debe ajustarse a las necesidades del paciente o familiares¹⁵.

Terapia integrada para la esquizofrenia (IPT)

Es una herramienta terapéutica de elección para tratar los déficits cognitivos, conductuales y sociales de los pacientes con esquizofrenia y prevenir las recaídas del paciente con esquizofrenia. Está compuesto de 5 subprogramas: diferenciación cognitiva, habilidades sociales, percepción social, comunicación verbal y solución de problemas interpersonales.

Se aplica a grupos de 5-7 pacientes, sesiones de 30-60 minutos, 3 veces por semana, mínimo 3 meses²⁵.

Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de estrategias que desarrolla una persona para relacionarse e interactuar con las personas que se encuentran en su entorno. Son fundamentales para lograr un adecuado desempeño a lo largo de la vida, de modo que su carencia puede constituir una fuente de estrés y contribuir a un aumento de la sintomatología y recaídas. Debe aplicarse según el método de resolución de problemas¹⁵.

Programa de rehabilitación vocacional

Utiliza el trabajo para mejorar síntomas, las relaciones interpersonales y funcionamiento cognitivo, y también contribuir a evitar el estigma y autoestigma. Están dirigidos a pacientes que viven en la comunidad y se encuentran estabilizados psicopatológicamente¹⁵.

Marco conceptual de actuación enfermera

A lo largo de la segunda mitad del siglo xx ha ido cambiando la aceptación social de los enfermos mentales graves, en parte debido a la disminución de la sintomatología producida por la introducción de fármacos antipsicóticos, lo que llevó de modo progresivo a que los países desarrollados occidentales pasaran de la institucionalización del paciente a la atención basada en el modelo comunitario. Aquí, en España, el modelo de atención comunitaria se incorporó en la Ley general de sanidad en 1986: «... la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas, potenciando la atención en ámbito comunitario y los recursos asistenciales ambulatorios e indicando que la atención en régimen de hospitalización, si así se requiriera, se realice en unidades psiquiátricas de los hospitales generales»²⁶.

Dentro del modelo comunitario, la enfermera forma parte del equipo multidisciplinar en el que se integran todos los profesionales necesarios para acompañar al paciente en la evolución de su enfermedad, tanto en ámbito hospitalario como ambulatorio.

En el marco de los cuidados a pacientes con trastorno psicótico, es fundamental la teoría de la interacción personal de Peplau: la enfermera es un modelo para el paciente en la cual se mira y tiene como ejemplo del que aprender nuevas formas adaptativas de resolver conflictos. Al mismo tiempo, el proceso tiene un sentido inverso en el que la enfermera sigue aprendiendo y creciendo personalmente al establecer cada relación terapéutica²⁷.

Los pacientes con enfermedades psiquiátricas y con trastorno psicótico pasan por fases muy distintas: desconexión total de la realidad, depresión pospsicótica, inhibición o agitación, etc.

La enfermera debe identificar la fase en la que se encuentra el paciente y, a través del modelo de relación de ayuda, servirle de guía para que mejore en su enfermedad, dejando que logre la máxima autonomía, según sus posibilidades.

Ambiente terapéutico

Ambiente terapéutico «es un medio diseñado para proporcionar un nuevo tratamiento seguro para individuos cuyas capacidades de afrontamiento de la realidad se han deteriorado»²⁸. Esto incluye tanto el ambiente físico en el que se desarrollarán los cuidados como la interrelación que se establece entre la enfermera y el paciente.

Conseguir un ambiente terapéutico es prioritario para contribuir a la mejora del enfermo. Al aislar a la persona de su entorno, se le protege de los agentes que percibía como estresantes y amenazadores y de las consecuencias de la conducta que puede desarrollar como respuesta a las interpretaciones delirantes de sucesos.

La enfermera, cada vez que interactúa con el paciente, debe ayudar a incrementar su autoconocimiento, permitiéndole adquirir las habilidades de afrontamiento adaptativo necesarias para volver a incorporarse a la vida familiar y de la comunidad lo antes posible. Peplau insiste en la importancia del autoconocimiento personal de la enfermera y así disminuir las interferencias no terapéuticas que impidan el crecimiento personal de ambos²⁷. Para ello, la enfermera tiene que desarrollar actitudes como: respeto, empatía, constancia, continuidad, calidez, afectividad, comprensión y, la más importante, aceptar a cada paciente como es, sin juzgarlo.

Dependiendo del lugar donde se presten los cuidados al paciente (domicilio, atención ambulatoria, atención hospitalaria y atendiendo a la etapa de la enfermedad que esté atravesando), la enfermera deberá manejar el ambiente y el tipo de cuidados para conseguir los mejores resultados.

Cuidados de enfermería

La persona es un continuo, la enfermedad es un proceso que evoluciona con la persona y pasa por distintas etapas, la enfermera debe acompañar a la persona en su transición y proporcionarle los mejores cuidados en cada una de las etapas de la enfermedad, centrándose en las necesidades del paciente de forma individual; para ello se utiliza como herramienta de trabajo el PAE²⁹.

Los cuidados de enfermería han de tener en cuenta las siguientes variables:

- La capacidad del paciente para asimilar la información y su predisposición al cambio.
- El estado clínico actual, el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores.
- Las enfermedades físicas asociadas.
- Las condiciones sociales y económicas del paciente y su familia.
- La presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Para optimizar el tratamiento es fundamental tener en cuenta los objetivos del paciente y su familia.

La evolución de los trastornos psicóticos es muy heterogénea en función de los estresores del medio, los apoyos sociales y familiares y el modo de afrontamiento de la enfermedad. Son frecuentes las recaídas y abandono del tratamiento; por ello, es necesario una reevaluación constante y ajuste del plan de cuidados.

Realizar una buena valoración inicial para conocer cuáles son los problemas del paciente es la base para diseñar un plan de cuidados individualizado.

Al realizar la anamnesis es necesario tener presentes las alteraciones principales de este trastorno y saber observar en el enfermo alteraciones a los patrones (cuadro 10-2). En pacientes con poca conciencia de enfermedad y frecuentes reingresos puede ser necesario confirmar los datos aportados o hacer la valoración inicial, observando el comportamiento en las horas posteriores a su ingreso, ya que es frecuente que oculten o minimicen la sintomatología.

Cuadro 10-2 Observaciones para la valoración de los patrones funcionales

• Percepción/manejo de salud:

- Adecuación de la ropa y complementos al contexto.
- Uso de maquillaje o cosméticos de forma adecuada a edad o contexto.
- Otros objetos: auriculares, gafas de sol, sombrero.

• Nutricional/metabólico:

- Rechazo de alimentos.
- Guarda o tira alimentos.
- Preferencia por comer solo.
- Presencia de vómitos o náuseas.

- Rituales y conductas extrañas con los alimentos.
- **Patrón eliminación:**
 - Olor corporal.
 - Grado de humedad por sudor, piel, ropa.
 - Si acude al baño con mucha frecuencia.
- **Actividad y ejercicio:**
 - Expresión facial.
 - Enlentecimiento de respuestas motoras.
 - Presencia de tics, estereotipias.
 - Rapidez en los movimientos.
 - Temblores de manos o boca.
 - Balanceo, movimiento rítmico de las extremidades inferiores.
 - Higiene personal.
- **Sueño/descanso:**
 - Si duerme durante el día.
 - Horario de acostarse y levantarse.
 - Nivel de actividad durante el día.
- **Cognitivo/perceptivo:**
 - Distractibilidad.
 - Mirada hacia otros lugares, soliloquios, expresión facial tensa.
 - Risas inmotivadas.
 - Actitud de escucha, taparse los oídos con las manos, actitud de oler algo.
 - Taquipsiquia.
 - Frases incomprensibles, descarrilamiento, tangencialidad, fuga de ideas.
 - Mutismo, verborrea, ecolalia.
 - Neologismos, pobreza de expresión.
- **Autopercepción/autoconcepto:**
 - Expresión facial: rabia, tristeza.
 - Tono de voz.
 - Mantenimiento del contacto visual.
 - Cambios de humor.
 - Conducta adecuada al entorno.
- **Patrón rol-relaciones:**
 - Modo de relacionarse con pacientes, familiares.
 - Se siente cómodo con sus relaciones sociales/familiares.
- **Afrontamiento tolerancia al estrés:**
 - Expresiones verbales de preocupación.
 - Signos y síntomas de ansiedad.
 - Negativa a permanecer solo o salir a la calle solo.
 - Somatizaciones.
 - Consumo de tóxicos.

Una vez realizada la valoración, se obtienen los problemas, se priorizan y se elaboran los diagnósticos NANDA de enfermería, que se trabajarán con el paciente mediante intervenciones enfermeras y actividades para conseguir unos criterios de resultado NOC a corto, medio o largo plazo; periódicamente se evaluará para comprobar si se ha conseguido alcanzar la puntuación diana que se había establecido ([tabla 10-1](#)).

Tabla 10-1**Diagnósticos más frecuentes en trastornos psicóticos^{32,34}**

Diagnóstico	NOC
Percepción/manejo de la salud	
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud	1603 Conducta de fomento de la salud 1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza 1602 Conducta de fomento de la salud 1808 Conocimiento: medicación 1803 Conocimiento: proceso de enfermedad 1806 Conocimiento: recursos sanitarios 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
00079 Incumplimiento	1601 Conducta de cumplimiento 1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria
Nutricional/metabólico	
Desequilibrio nutricional: 00001 Ingesta superior a las necesidades 00002 Ingesta inferior a las necesidades	1802 Conocimiento dieta 1628 Conducta de mantenimiento del peso 1622 Conducta de cumplimiento descrita
Eliminación	
00011 Estreñimiento	0501 Eliminación intestinal 1608 Control de síntomas 0602 Hidratación
Actividad/ejercicio	
00193 Descuido personal	0306 Autocuidados: actividades instrumentales para la vida diaria 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria Autocuidados: 0301 Baño. 0305 Higiene
00097 Déficit actividades recreativas	1604 Participación en las actividades de ocio 1503 Implicación social 1209 Motivación
Sueño/reposo	
00095 Insomnio	0004 Sueño 0003 Descanso
Cognitivo/perceptual	
00126 Conocimientos deficientes	1808 Medicación 1803 Proceso de la enfermedad 1806 Recursos sanitarios 1813 Régimen terapéutico 1209 Motivación
Auto percepción/autoconcepto	
00120 Baja autoestima situacional	1205 Autoestima 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida 1204 Equilibrio emocional
Rol/relaciones	
00052 Deterioro de la interacción social	1503 Implicación social 1203 Severidad de la soledad 1504 Soporte social

	1502 Habilidades de interacción social 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado
00055 Desempeño ineficaz de rol	1302 Afrontamiento de problemas 0900 Cognición 1501 Ejecución de rol 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida
Adaptación/tolerancia al estrés	
00069 Afrontamiento ineficaz	1302 Afrontamiento de problemas 0906 Toma de decisiones 1205 Autoestima 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida

Para una correcta atención al paciente, la enfermera también debe abordar los problemas de colaboración derivados de enfermedades somáticas que presentan con una prevalencia mayor que el resto de la población (síndrome metabólico: diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceremia, obesidad) y que consistirá en administración y seguimiento de los tratamientos farmacológicos prescritos y control de constantes vitales y educación en modos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, etc.).

Intervenciones de enfermería en pacientes con trastorno psicótico

Intervenciones de enfermería en la fase aguda

- Acogida del paciente en la unidad de psiquiatría: la acogida va a determinar que el enfermo deposite en nosotros su confianza. Es el inicio de una relación terapéutica y para ello es necesario establecer una escucha activa exenta de juicios y devolverle que comprendemos cómo se siente y que estaremos ahí para acompañarle y apoyarle.
- Manejo del ambiente: reducir las relaciones y entornos estresantes (volumen de voz, programas de televisión, visitas, etc.). Expectativas sencillas, una baja exigencia funcional y unas relaciones de apoyo tolerantes.
- Cuidados físicos: mantenimiento de la hidratación, nutrición e higiene.
- Comunicación: instrucciones en frases claras, cortas, sencillas. Las respuestas breves y simples. Coherencia con lenguaje no verbal. Minimizar la posibilidad de interpretación errónea de nuestros mensajes.
- Administración del tratamiento farmacológico: asegurándonos de la toma y detectando la aparición de efectos secundarios ([cuadro 10-3](#)).
- Ante el paciente agitado: en primer lugar, contención verbal; si no conseguimos disminuir el nivel de agitación, procederemos a la contención química y, por último, si está en peligro su integridad o la de otras personas procederemos a la contención mecánica.
- Ante el paciente inhibido: acompañarlo durante períodos regulares, no abrumarlo con palabras, hacerle cumplir horarios de comidas y añadir

estímulos externos que puedan motivarle: juegos, actividades, etc.

Cuadro 10-3 Manejo de los efectos secundarios producidos por antipsicóticos

- **Sequedad de boca:**
 - Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar.
 - Aconsejar beber pequeños sorbos de agua.
 - Asegurar una higiene bucodental correcta.
 - Utilizar enjuagues con limón para aumentar la salivación.
- **Disartria:**
 - Enseñar ejercicios de vocalización.
- **Visión borrosa:**
 - Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas.
 - Evitar conducir o manejar aparatos peligrosos.
 - Si no se restablece, comunicar inmediatamente al psiquiatra.
- **Retención urinaria:**
 - Valorar presencia de distensión vesical.
 - Sondaje vesical.
- **Estreñimiento:**
 - Vigilar patrón de eliminación.
 - Dolor/pesadez abdominal.
 - Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
- **Hipotensión ortostática:**
 - Valorar TA con la frecuencia necesaria.
 - Enseñar al paciente a cambiar de postura lentamente, sobre todo al levantarse.
 - Advertir al paciente anciano que pida ayuda para levantarse.
- **Arritmias y taquicardia:**
 - Valorar FC con la frecuencia necesaria.
 - Realizar ECG con la frecuencia necesaria.
 - En el caso de la clozapina, suspender la dosis si la FC es superior a 140 lat/min. Comunicar al psiquiatra.
- **Distonía aguda:**
 - Estar al lado del paciente para tranquilizarlo.
 - Comunicarlo al médico para que prescriba la medicación precisa y administrarla.
- **Disminución libido, anorgasmia y disfunción erétil:**
 - Tratamientos farmacológicos para disfunción erétil.
 - Educación sexual.
- **Pseudoparkinsonismo, temblor, rigidez y bradicinesia:**

- Tranquilizar al paciente.
- Comunicarlo al psiquiatra para pautar el tratamiento preciso y administrar.
- **Aumento de peso:**
 - Control ponderal periódico. Educación para la salud: dieta equilibrada. Ejercicio físico moderado.
- **Síndrome neuroléptico maligno:**
 - Observar signos precoces: cambios inesperados en el estado mental, catatonia sin antecedentes, signos extrapiramidales como rigidez, disfagia o disartria. Taquicardia, taquipnea y aumento de la temperatura.
 - Suspender administración de la medicación y avisar al psiquiatra.

Fase estable o de mantenimiento

- Terapia cognitiva-conductual para identificar y modificar los pensamientos automáticos.
- Psicoeducación a familiares para disminuir la expresividad emocional.
- Talleres grupales de habilidades sociales en que se incluyan técnicas de resolución de problemas para reducir recaídas y potenciar el funcionamiento social y laboral.
- Psicoeducación para pacientes: adherencia al tratamiento, manejo de la enfermedad.
- Administración fármacos: tratamiento depot y seguimiento de la medicación y efectos secundarios a nivel ambulatorio ([cuadro 10-3](#)).

Fase residual de la enfermedad

Administración de medicación depot y seguimiento de la medicación y efectos secundarios a nivel ambulatorio u hospitalario ([cuadro 10-3](#)):

- Talleres para favorecer la reinserción social.
- Talleres ocupacionales: arteterapia, musicoterapia.

Intervenciones de enfermería en pacientes con trastorno psicótico

Intervención programa del tratamiento con clozapina

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico, se solicita analítica (hemograma, bioquímica) y se realiza un recuento y fórmula leucocitaria que deben encontrarse dentro de los valores normales, función hepática y ECG. Se tomarán las constantes vitales (T/A, pulso, temperatura, peso...).

Una vez instaurado el tratamiento, se hará la petición del hemograma semanal durante las 18 primeras semanas:

- Si no hay ninguna alteración se pasará al control mensual.

- Si el recuento leucocitario es inferior a 3.500 o el recuento de neutrófilos es inferior a 2.000-1.500 mm³ comunicar al psiquiatra inmediatamente.
- Una vez al año, se realizará petición de bioquímica y función hepática y ECG. Se debe advertir al paciente que, en caso de tomar omeprazol o ciprofloxacino, los efectos pueden alterarse, por lo que es necesario avisar a su psiquiatra para el ajuste de la dosis.

El consumo de cafeína y la disminución brusca del hábito tabáquico pueden aumentar la concentración plasmática de la clozapina lo que puede conllevar aumento de síntomas secundarios.

En caso de fiebre intensa, descartar el síndrome de hipertermia maligna.

Intervenciones de enfermería al paciente tratado con TEC

Fase pre-TEC

El paciente acudirá a quirófano:

- En ayunas de 8 horas.
- No portará prótesis, ni maquillaje, ni joyas.
- Ducha y lavado de cabeza.

Fase post-TEC

- Verificar el estado de conciencia.
- Toma de constantes: tensión, pulso y temperatura.
- Verificar la existencia de quemaduras en la zona de colocación de electrodos.
- Reposo relativo las dos primeras horas.
- Iniciar tolerancia con líquidos pasadas las dos primeras horas.
- Retirar la vía al paciente una vez comprobada la tolerancia.
- Observar signos de amnesia u obnubilación.
- Manejo ambiental: seguridad del paciente.

Intervenciones de enfermería ante paciente con alteraciones de la percepción o cognitivas

Sólo debe actuar con el paciente una persona para reducir los estímulos presentes:

- Identificar personas de referencia: familia o personal sanitario.
- Favorecer un ambiente tranquilo y relajado: reducir ruidos, luces e identificar qué agentes externos favorecen la aparición de alteraciones sensorio-perceptivas para disminuirlos en la medida de lo posible.
- Orientar al sujeto en persona, espacio y tiempo.
- Si hay ideas delirantes, no entrar en discusión ni realizar críticas. No darle la

razón. Apoyarse en la emoción expresada ante la idea delirante para realizar un acercamiento al paciente (p. ej., yo no lo oigo, pero me sentiría igual que tú si me ocurriera).

- Afirmarle que se encuentra seguro.
- Aumentar el espacio de seguridad al dirigirnos a él.
- No mirar directamente a los ojos para que no se sienta intimidado.
- Mostrar siempre las manos.
- No tener contacto físico con el paciente.
- Movimientos lentos y seguros.
- Dar instrucciones sencillas, cortas y concretas para realizar actividades.
- Evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la vía de evacuación.
- Mantener un tono de voz calmado y por debajo del suyo.

Intervenciones de enfermería en pacientes con riesgo de suicidio

- Comprobar la toma correcta de medicación.
- Manejo ambiental: asegurar la integridad física del paciente a través de la retirada de objetos de riesgo autolítico y de la observación continua de su estado.
- Escucha activa y facilitar la libre expresión de emociones para detectar posibles ideas suicidas y la evolución de las mismas.
- Reforzar las conductas adaptativas para resolver los problemas.

Valoración de la ideación suicida³⁰

La valoración se debe realizar después de que se ha establecido una relación terapéutica y se sienta cómodo expresando sus sentimientos.

¿Qué debemos preguntar?

¿Se siente infeliz o desvalido?

¿Se siente desesperado?

¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?

¿Siente la vida como una carga?

¿Siente que la vida no merece vivirse?

¿Siente deseos de cometer suicidio?

¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?

¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Psicoeducación para aumentar la adherencia al tratamiento

Los objetivos básicos son dos: informar a los pacientes sobre el tratamiento farmacológico de la enfermedad e incentivar su participación activa, de modo que sean ellos mismos los que tomen las decisiones relevantes a su tratamiento.

El contenido mínimo del programa son cuatro sesiones:

1. Informar al paciente sobre los beneficios de la medicación.
2. Enseñar pautas de autoadministración de la medicación.
3. Identificar efectos secundarios.
4. Negociación de la medicación con los profesionales.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (trastornos mentales y del comportamiento). Madrid: Meditor, 1992.
3. Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. *Prog Neurobiol*. 2011 Jan;93(1):23–58.
4. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67–76.
5. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology-the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Jan;111(1):4–11.
6. Messias E, Chen CY, Eaton WW. Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 Sep;30(3):323–338.
7. Boydell J, Van Os J, McKenzie K, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *Br Med J*. 2001;323:14.
8. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper J, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study Psychol Med Monogr Suppl 1992;20:1-97.
9. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):12–24.
10. Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:111–115.
11. Gioia Mura; Donatella Rita Petretto. Krishna M. Bhat3 and Mauro Giovanni Carta Schizophrenia: from Epidemiology to Rehabilitation Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2012;8:52-66.
12. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(1):28–38.
13. Catts VS, Fung SJ, Long LE, Joshi D, Vercammen A, Allen KM, et al. Rethinking schizophrenia in the context of normal neurodevelopment. *Front Cell Neurosci* 2013 May 15;7:10.3389/fncel.2013.00060.
14. Marsman A, Van den Heuvel MP, Klomp DWJ, Kahn RS, Luijten PR, Hulshoff Pol HE. Glutamate in Schizophrenia: A Focused Review and Meta-Analysis of 1H-MRS Studies. *Schizophr Bull*. 2013 Jan;39(1):120–129.

15. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [versión resumida]. Editor. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM. N.º 2006/05-2.
16. Ciudad A, Bobes J, Álvarez, et al. Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2011;4(1):53–65.
17. García B. Grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). Functionality as a goal in the treatment of schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002 Sep-Oct;30(5):312–325.
18. Lambert M, Karow A, Leucht S, Schimmelmänn BG, Naber D. Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients perspective 5 years later. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010 Sep;12(3):393–407.
19. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005;162: 441-9.
20. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008;4(6):1089–1109.
21. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, et al. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):21–25.
22. Kotov R, Leong SH, Mojtabai R, et al. Boundaries of schizoaffective disorder: Revisiting kraepelin. *JAMA Psychiatry*. 2013 December 1;70(12):1276–1286.
23. Mailman RB, Murthy V. Third generation antipsychotic drugs: partial agonism or receptor functional selectivity? *Curr Pharm Des*. 2010;16(5):488–501.
24. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2002;29(4):232–238.
25. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia*. Granada: Alboran Editores; 2007.
26. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102 de 29 de abril de 1986.
27. Peplau, H (1990). Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.
28. Macías, G. El concepto de medio ambiente terapéutico/The concept of therapeutic environment. *Salud mental*; 8(3):15-9, sept. 1985.
29. Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Valoración y cuidados*.

- 2.^a ed Madrid: Panamericana; 2012.
30. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de práctica clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
31. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 7.^a ed. Barcelona: Masson; 2011.
32. American Psychological Association: Herdman, T.H. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
33. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
34. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Maas ML, Swanson E. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Barcelona: Elsevier; 2012.

SECCIÓN 2.4

Trastornos afectivos

Capítulo 11: Trastornos del estado de ánimo

CAPÍTULO 11

Trastornos del estado de ánimo

Rafael Sales Orts

Vanessa Sánchez Martínez

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción	122
Aspectos históricos de los trastornos del estado de ánimo	122
Epidemiología y factores del riesgo de los trastornos del estado de ánimo	122
Factores genéticos	122
Trastorno bipolar	122
Depresión mayor	122
Aportaciones desde la neuroquímica	122
Trastorno bipolar	122
Depresión mayor	123
Aportaciones desde la neuroimagen	123
Trastorno bipolar	123
Depresión mayor	123
Etiología de los trastornos depresivos desde la perspectiva psicológica	123
Teoría psicodinámica	123
Teoría conductista	123
Teoría cognitiva	123
Factores de riesgo psicosocial	123

Factores precipitantes de los episodios maníacos e hipomaníacos 123

Factores implicados en la depresión mayor 124

Clínica de los trastornos del estado de ánimo 124

Clínica del trastorno bipolar 124

Manía 124

Hipomanía 124

Depresión mayor 124

Subtipos de trastorno bipolar 124

Curso y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo 125

Adherencia al tratamiento 125

Riesgo de suicidio 125

Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo 125

Tratamiento farmacológico de los trastornos del estado de ánimo 125

Tratamiento con terapia electroconvulsiva en personas diagnosticadas de depresión mayor o trastorno bipolar en fase depresiva 125

Tratamientos psicológicos 126

Enfoque de género sobre los trastornos del estado de ánimo 126

Proceso enfermero de la persona con trastornos del estado de ánimo 126

Proceso enfermero para la persona con depresión 128

Proceso enfermero para la persona con episodio maníaco 128

OBJETIVOS

- Proporcionar educación básica a las personas con trastornos del estado de ánimo y sus familiares sobre:
 - Los factores etiológicos de los trastornos del estado de ánimo.
 - Las manifestaciones clínicas de los trastornos del estado de ánimo.
 - Los tratamientos biológicos y psicológicos más empleados en los trastornos del estado de ánimo.
 - Curso y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo.
- Participar en la administración segura de terapias biológicas y psicológicas a las personas con trastornos del estado de ánimo.
- Valorar y planificar cuidados para las personas con trastornos del estado de ánimo siguiendo la terminología NANDA-I, NOC y NIC.

Introducción

Durante el transcurso de la vida, las personas experimentan y son capaces de reconocer una amplia gama de emociones, desde la alegría a la tristeza. Cuando estas emociones no aparecen en respuesta a las experiencias vitales, cuando su intensidad o persistencia interfieren con el desempeño del rol del individuo, es posible que exista un trastorno del estado de ánimo.

El trastorno bipolar es un trastorno que causa cambios extremos en el humor, la energía y el funcionamiento. Vivir con trastorno bipolar afecta a la familia y a las relaciones sociales, el empleo y la calidad de vida general de la persona afectada¹.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, caracterizado por la desregulación del estado de ánimo y otras alteraciones como la disfunción cognitiva, las alteraciones del sueño y del apetito, la fatiga y otras alteraciones metabólicas, endocrinas e inflamatorias². Su elevada prevalencia y la resistencia al tratamiento contribuyen significativamente a la carga de la enfermedad³.

Aspectos históricos de los trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son conocidos desde la antigüedad. La «melancolía» y el «furor» serían los términos equivalentes de la antigua Grecia para definir la depresión y la manía y, desde la perspectiva hipocrática, estos estados se vinculaban a la alteración en el equilibrio de los humores y se debían a alteraciones morales o sociales, sobre todo en lo referente al suicidio⁴.

El conocimiento grecolatino ha llegado hasta nuestros días gracias a las obras de Areteo de Capadocia, que entendía la depresión y la manía como dos extremos del mismo proceso, y Celso y otros estudiosos, que demuestran el intento de explicar desde diferentes perspectivas, como la filosófica y la religiosa, no sólo médica, la raíz del problema. Su visión fue conservada y enriquecida con posterioridad a través de la cultura árabe.

En la Edad Media, la pérdida del conocimiento grecolatino en el mundo cristiano facilitó que predominara la concepción religiosa de la enfermedad, desarrollando una visión mágica de la misma y explicándola con planteamientos demoníacos o como resultado del pecado de la persona. Por otra parte, la visión del trastorno bipolar como una enfermedad del alma fue asumida por un gran sector del mundo cristiano, con lo que el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedad mental pasó a manos de los monjes y los centros de cuidados a los monasterios.

En el Renacimiento volvió a tomar fuerza la visión médica hipocrática, con la explicación del humor negro como causa de la enfermedad. Algunos autores, como Luis Vives, sin dejar de lado las explicaciones anteriores, recuperaron con fuerza una visión mágica de la misma y buscaron su causa en posesiones diabólicas. También surgieron voces críticas dentro del ámbito religioso hacia la visión de la melancolía como una enfermedad del alma, partiendo del principio de que si el alma era a imagen y semejanza de Dios no podría enfermar, por lo que sería un problema del cuerpo, potenciándose así la visión médica de los humores.

La mayor o menor integración o rechazo hacia el individuo con trastornos del estado de ánimo dependió de cada cultura, y así, mientras en la cristiana se consideraba poco menos que el castigo divino por un pecado, en otras, como la árabe, se creaban centros específicos para el cuidado de las personas, aplicando técnicas específicas en su tratamiento como los paseos o la hidroterapia⁵.

Epidemiología y factores del riesgo de los trastornos del estado de ánimo

La incidencia vida del trastorno bipolar es del 0,5 al 2%^{6,7} en hombres y mujeres. Para la depresión se estima una prevalencia del 17% en la población general, y es aproximadamente el doble de frecuente en mujeres⁵. Su alta prevalencia y el diagnóstico tardío o no reconocido provocan un tratamiento inadecuado, costes médicos elevados y altas tasas de comorbilidad⁸.

Factores genéticos

Trastorno bipolar

La vulnerabilidad al trastorno bipolar tiene un fuerte componente genético. El riesgo de ser diagnosticado para personas con un familiar de primer grado con trastorno bipolar está entre el 15 y el 30%. Y en personas con dos familiares de primer grado afectados se eleva al 75%. La tasa de concordancia para gemelos monocigóticos se encuentra en torno al 70% y la de los dicigóticos al 19%. La heredabilidad del trastorno bipolar es compleja y poligénica^{6,7}.

Depresión mayor

Se calcula que casi la mitad del riesgo de depresión se debe a factores genéticos²: el riesgo de ser diagnosticado de depresión mayor se multiplica por 2 a 3 en familiares de primer grado. La concordancia en gemelos monocigóticos se estima en el 46% y en dicigóticos en el 20%⁵.

Por el momento, no se ha hallado el gen o genes responsables de la aparición de la depresión ni del trastorno bipolar. Sí se conoce que los genes ejercen parcialmente el control del número de neuronas y sus conexiones dendríticas, del metabolismo de los neurotransmisores y la velocidad con que las neuronas son capaces de adaptarse a estresores ambientales⁵.

Aportaciones desde la neuroquímica

Trastorno bipolar

Las alteraciones de la neurotransmisión, en concreto la desregulación de las monoaminas, ayudan a explicar la sintomatología emocional, cognitiva y conductual de las personas con trastorno bipolar. En la fase de manía se incrementan los niveles de dopamina y noradrenalina. También se produce una reducción de las concentraciones del principal metabolito de la serotonina que se acompaña de un incremento de la sensibilidad de sus receptores⁵.

Algunas alteraciones hormonales también se han relacionado con la aparición y

el curso del trastorno bipolar. Por ejemplo, los corticosteroides causan con frecuencia complicaciones depresivas o maníacas y las hormonas femeninas juegan un papel relevante en la aparición de episodios del estado de ánimo, como puede desprenderse parcialmente de los cambios drásticos en su prevalencia durante el embarazo, el posparto y el climaterio^{1,5}.

Depresión mayor

La hipótesis de la depleción monoaminérgica surgió de la observación de que a través de la manipulación farmacológica de las concentraciones de monoaminas (principalmente, serotonina, noradrenalina y dopamina) en el sistema nervioso central, era posible tanto inducir como mejorar la sintomatología en personas con depresión. Sin embargo, y aunque es innegable su papel indispensable, hallazgos posteriores indican que no es posible explicar fisiopatológicamente la depresión únicamente con esta hipótesis y exigen su replanteamiento⁵.

Estudios realizados sobre hormonas del estrés y depresión mayor confirman que esta enfermedad se asocia con una mala respuesta al estrés debida a la disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Una dinámica hormonal anormal es un rasgo constante en los trastornos del estado de ánimo y puede preceder al inicio de la depresión mayor. Las alteraciones de las hormonas del estrés observadas son: niveles elevados de cortisol y respuesta exagerada a estresores psicológicos².

Respecto a la inflamación y depresión mayor, se ha constatado que, pese al potente efecto antiinflamatorio de los glucocorticoides, las personas con depresión mayor presentan niveles elevados de citoquinas proinflamatorias, implicadas en el metabolismo de los neurotransmisores, función neuroendocrina y plasticidad neural².

Aportaciones desde la neuroimagen

Trastorno bipolar

Se han hallado diferencias sutiles en los cerebros de personas con trastorno bipolar, siendo la más consistente la preservación del volumen cerebral total con cambios en la materia gris y blanca en distintas áreas, ventriculomegalia e hiperintensidades de materia blanca. En concreto, en personas con trastorno bipolar se encuentran zonas cerebrales con activación anormal (elevada en la zona límbica y reducida en la frontal)⁹ y reducción de la materia gris comparadas con personas sin trastorno bipolar. Las áreas con activación alterada en personas con trastorno bipolar están implicadas en la experiencia emocional y la generación de respuestas emocionales^{6,8,10}. Las alteraciones del volumen de materia gris pueden ser interpretadas como marcadores de trastorno bipolar o como reflejo de los síntomas, de la duración de la enfermedad, exposición al tratamiento o una

combinación de factores⁶.

Existe creciente evidencia de que también hay anomalías neurobiológicas en personas con riesgo genético de trastorno bipolar.

Depresión mayor

Algunos estudios de neuroimagen funcional han revelado que existen alteraciones en la plasticidad sináptica y estructural en diferentes regiones cerebrales de personas con depresión mayor. Estas alteraciones podrían limitar la respuesta adaptativa y apropiada del cerebro a los estímulos ambientales². En concreto, se han hallado cambios en el circuito límbico-cortical cerebral mediante tomografía con emisión de positrones y resonancia magnética. Principalmente se encuentran menores volúmenes de materia gris en determinadas áreas e incrementos en el metabolismo de la glucosa a nivel cortical³.

Etiología de los trastornos depresivos desde la perspectiva psicológica

Desde la psicología se han realizado numerosas aportaciones que tratan de explicar la etiología de la depresión. Se exponen a continuación las consideradas más relevantes:

Teoría psicodinámica

Se basa en los trabajos clásicos de Freud, Abraham y Kellin, entre otros, y parte de que la situación de duelo produce síntomas similares a los de un trastorno del estado de ánimo. Defiende que la pérdida durante la infancia de un progenitor u otra persona amada, ya sea por muerte, ausencia o pérdida de su afecto se convierten en fuente de objeto inconsciente de aflicción, predisponiendo a la depresión, de manera que sus síntomas no se resuelven y por eso regresan. Las pérdidas sucesivas en la vida desencadenarán una reacción de duelo tardío con culpa, autocrítica e ira contra uno mismo^{11,12}.

Teoría conductista

Plantea la depresión como una conducta aprendida. La indefensión aprendida fue propuesta por Seligman en 1967 y defiende que la creencia de falta de control sobre las consecuencias significativas en la vida conduce a que las personas no apliquen las respuestas adaptativas, se retraigan, se abrumen y adopten actitudes pasivas que evitan responsabilidades. La indefensión aprendida es para este autor un estado conductual y un rasgo de la personalidad de las personas que no creen tener control sobre los refuerzos del entorno¹¹.

Teoría cognitiva

Beck destacó los aspectos cognitivos como base de los trastornos del estado de ánimo. Desde su perspectiva, el núcleo de la depresión humana es un estilo cognitivo alterado que se caracteriza por desesperanza, incapacidad y expectativas negativas hacia el ambiente. Estas distorsiones cognitivas pasan a formar parte de un ciclo de destrucción en el que el individuo manifiesta tristeza, apatía y retraimiento social. Este estilo cognitivo surge como respuesta a hipótesis aprendidas en la infancia a través de decepciones, pérdidas o rechazos¹¹.

Factores de riesgo psicosocial

Factores precipitantes de los episodios maníacos e hipomaníacos

Existe evidencia de la influencia de factores como los acontecimientos vitales estresantes, la emotividad expresada alta de los familiares o cuidadores, la desorganización de los ritmos circadianos, los cambios de estación, principalmente en primavera y verano, y el tratamiento con fármacos (antidepresivos, corticoides, interferón y otros) en la aparición de episodios maníacos e hipomaníacos¹³.

Factores implicados en la depresión mayor

Factores predisponentes

Se ha estudiado que determinadas experiencias tempranas pueden influir en la respuesta hormonal que se tendrá ante determinadas situaciones estresantes de la vida adulta. El factor predisponente más importante para la depresión mayor es la pérdida parental, pero no es el único. Se conocen otros factores que se relacionan, con una prevalencia del doble de la población general, con la aparición de depresión en la edad adulta. Son el abuso sexual en la infancia, el abuso físico o maltrato y la percepción de un papel pobre en la familia⁵.

Factores precipitantes

Los estudios confirman que existe relación entre los acontecimientos vitales, entendidos como aquellas situaciones que requieren una adaptación o suponen un cambio en el patrón de vida de la persona, y la depresión mayor. Los acontecimientos serán más nocivos cuando sean más inesperados, menos deseados, incontrolables y cargados de consecuencias negativas. La acción patogénica de estos acontecimientos se produce entre unas semanas y 6 meses tras el suceso. Además, se han manifestado como precipitantes de los primeros episodios depresivos más que de los subsiguientes^{5,14}.

El soporte social, entendido como la existencia de una relación emocional íntima que sirve de apoyo y estímulo en situaciones estresantes, puede actuar

como factor protector contra el inicio de episodios depresivos frente a estos acontecimientos.

Clínica de los trastornos del estado de ánimo¹⁵

Clínica del trastorno bipolar

Manía

Según se define en los criterios diagnósticos del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*), es un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral o para requerir la hospitalización. Además, se presentan otros síntomas (al menos tres) de los siguientes, representando un cambio respecto al comportamiento habitual:

- Aumento de la autoestima.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Presión para contener la conversación.
- Percepción de que los pensamientos van a gran velocidad.
- Facilidad de distracción.
- Aumento de la actividad.
- Participación excesiva en actividades placenteras o de riesgo.

Hipomanía

Los criterios diagnósticos del DSM-5 establecen que es un período definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo 4 días y está presente la mayor parte del día. Además, se presentan otros síntomas (al menos tres) de los siguientes, representando un cambio respecto al comportamiento habitual:

- Aumento de la autoestima.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Presión para contener la conversación.
- Percepción de que los pensamientos van a gran velocidad.
- Facilidad de distracción.
- Aumento de la actividad.
- Participación excesiva en actividades placenteras o de riesgo.

Según se define en los criterios diagnósticos del DSM-5, cumple las características de la manía salvo por la duración, que será de al menos 4 días, y la

gravedad. Aunque se asocia a un cambio del funcionamiento de la persona y es observable para otros, no es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral o para requerir la hospitalización.

Depresión mayor

Durante un período de al menos 2 semanas, representando un cambio en el funcionamiento de la persona y causándole malestar y deterioro en lo social, lo laboral u otras áreas, la persona presenta 5 o más de los siguientes (descripción subjetiva u observación por parte de otros), siendo uno de ellos el estado de ánimo deprimido o la anhedonia.

- Ánimo deprimido.
- Disminución del interés o el placer por todas las actividades.
- Modificación del peso corporal en más del 5% sin hacer dieta (pérdida o aumento).
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte o ideas de suicidio recurrentes.

Subtipos de trastorno bipolar

- **Trastorno bipolar I:** la persona ha cumplido los criterios para, al menos, un episodio maníaco.
- **Trastorno bipolar II:** la persona ha cumplido los criterios de, al menos, un episodio hipomaníaco y los de, al menos, un episodio de depresión mayor.
- **Trastorno ciclotímico:** para que sea diagnosticado, la persona debe haber experimentado durante al menos dos años, numerosos períodos con síntomas hipomaníacos sin cumplir nunca los criterios del episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos, sin cumplir nunca los criterios para un episodio de depresión mayor. En esos dos años, los signos deben haber estado presentes al menos la mitad del tiempo, sin alcanzar un período con síntomas superior a dos meses seguidos. Los síntomas causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas.

Curso y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo

Se han estudiado algunos factores como predictores de una peor evolución del

trastorno bipolar, ya que su presencia incrementa el riesgo de sufrir nuevos episodios afectivos y ensombrece el pronóstico a corto y medio plazo. Estos factores son⁵:

- **Edad de inicio temprana:** suele asociarse más frecuentemente con comorbilidad por abuso de alcohol y tóxicos, con incumplimiento del tratamiento y con comportamientos antisociales.
- **Abuso de tóxicos:** las personas con trastorno bipolar tienen un riesgo de trastornos por consumo de sustancias superior a la población general y esta comorbilidad se asocia con una peor evolución.
- **Manía mixta:** se trata de una forma compleja y grave de episodio maníaco en la que aparecen conjuntamente síntomas maníacos y depresivos. En estos cuadros está incrementada la probabilidad de resistencia al tratamiento, de una recaída a corto plazo y de suicidio.
- **Síntomas depresivos:** su presencia se asocia con una peor evolución, duración mayor de los episodios y riesgo de suicidio.

Respecto a la funcionalidad y cognición, se han descrito déficits cognitivos en personas con trastorno bipolar desde los primeros episodios, que pueden persistir en estados de eutimia y que pueden ser reflejo de una mala evolución del trastorno¹⁰. La prevención de recaídas es una estrategia útil para prevenir el deterioro cognitivo y funcional de las personas con trastornos del estado de ánimo.

Adherencia al tratamiento

No se cuestiona la eficacia del tratamiento del trastorno bipolar. Las personas que lo siguen adecuadamente reducen su probabilidad de recaída al 50% respecto a quienes no lo hacen⁵.

Las cifras de no adherencia al tratamiento varían entre el 20 y el 64%, con una prevalencia media del 45% para el tratamiento farmacológico profiláctico a largo plazo. Se establecen como grupos más proclives a la no adherencia: las personas con consumos comórbidos de sustancias, los varones, las personas más jóvenes, las personas solteras o que viven solas y aquellas que fueron diagnosticadas a edades tempranas¹⁶.

Riesgo de suicidio

El trastorno bipolar se considera el trastorno con la tasa de suicidios más alta de todos los trastornos psiquiátricos, alcanzando cifras de intento de suicidio de hasta el 26%¹³.

Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo

Tratamiento farmacológico de los trastornos del estado de ánimo

Los eutimizantes o estabilizadores del estado de ánimo son los fármacos más utilizados en el tratamiento de las personas con trastorno bipolar. El litio sigue siendo el tratamiento de elección^{17,18} y como tratamiento de segunda línea destacan la carbamazepina y el valproato sódico para el trastorno bipolar con ciclación rápida¹⁹. Los eutimizantes no son los únicos fármacos para tratar el trastorno bipolar: también se emplean los antidepresivos en los episodios depresivos y los neurolépticos ante la presencia de trastornos o síntomas psicóticos.

El control de enfermería de la persona en tratamiento farmacológico dependerá del tipo de tratamiento: si se emplean litio, carbamazepina o valproato, es preciso realizar una monitorización de los niveles plasmáticos para evitar tanto intoxicaciones como el tratamiento a dosis infraterapéuticas. También será necesario realizar un control de los efectos secundarios (náuseas, dispepsia, temblor, sedación, vómitos y diarrea, entre otros).

En el tratamiento de las personas con depresión se plantean diferencias entre la depresión endógena y la de base psicosocial. Para la primera, el tratamiento de elección son los antidepresivos tricíclicos (ATC), que requieren controles de los efectos secundarios: visión borrosa, somnolencia, retención urinaria, confusión, problemas de memoria, disfunción sexual y sedación, principalmente^{5,23}. Si no hay buena respuesta, se pueden añadir inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) que presentan como ventajas mejor tolerancia y menos efectos secundarios que los ATC. Los ISRS son el tratamiento de elección para las personas con depresión de base psicosocial.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) se utilizan, generalmente, como tratamiento de las depresiones atípicas resistentes a otros tratamientos. Presentan como efectos secundarios: riesgo de crisis hipertensiva, riesgo de hepatotoxicidad, ansiedad, insomnio y aumento de peso. El tratamiento de las personas con depresión con IMAOs exige un control riguroso del consumo de alimentos ricos en tiramina (quesos, extractos de carne, alcohol, hígado, escabeche, chocolates o salazones, entre otros) ya que pueden interactuar, provocando una crisis hipertensiva¹⁹.

En el tratamiento de las personas con episodio maníaco están indicados los mismos fármacos que para el trastorno bipolar. También se utilizan los antipsicóticos, que serán elegidos en función de la sintomatología. La olanzapina²¹ es uno de los más empleados.

Tratamiento con terapia electroconvulsiva en personas diagnosticadas de depresión mayor o trastorno bipolar en fase depresiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) surgió en los años 30, desarrollada por Cerletti y Binni. Consiste en la provocación de convulsiones por vía eléctrica, lo que hasta el momento se conseguía por otras fuentes, como la hipoglucemia.

En los años 70, la TEC fue cuestionada por numerosos profesionales, aduciendo el desconocimiento sobre su mecanismo de acción y sus efectos secundarios frecuentes (amnesia, confusión y cefaleas, entre otros). A pesar de ello, parece haber un amplio consenso sobre su eficacia, en concreto en los trastornos depresivos mayores, en el trastorno bipolar depresivo y sobre todo en personas con intensa ideación suicida.

Existen discrepancias sobre la cantidad y frecuencia del tratamiento. El consenso suele centrarse, dependiendo de cada persona, en tres sesiones semanales, administradas en días alternos y poniendo fin al tratamiento cuando el equipo valora su conveniencia.

La función de enfermería en este tipo de tratamiento se organiza en tres etapas²²:

1. Previo a la TEC. Información a la persona y sus allegados sobre el tratamiento, indicando que precisa anestesia, obtención del consentimiento informado por la persona o su responsable legal y control y/o realización de las pruebas previas a la anestesia.
2. Durante la administración de la TEC, en el quirófano. Colocación de los electrodos, humedeciendo las zonas temporales, preparación de un bocado para evitar lesiones en la comisura de los labios y sujeción de hombros y rodillas para evitar luxaciones.
3. Posterior a la aplicación de la TEC. Control de la ventilación y oxigenación, control de signos vitales, evaluación de la orientación, nivel de conciencia de la persona y posibles efectos secundarios, tanto de la anestesia como de la TEC.

Tratamientos psicológicos

En personas con trastorno bipolar, determinadas intervenciones psicológicas que complementan el tratamiento farmacológico pueden mejorar el curso de la enfermedad reduciendo el riesgo de recaídas²³.

Según la revisión sistemática realizada por Hollon y Ponniah²⁴ sobre la eficacia de las terapias psicológicas en los trastornos del estado de ánimo, las nuevas terapias psicológicas son tan eficaces como las medicaciones y más duraderas en el tratamiento de la depresión mayor y pueden potenciar la eficacia de las medicaciones en el trastorno bipolar. En la [tabla 11-1](#) se muestra un resumen de

las eficacias demostradas y probables, tanto para tratar como para prevenir recaídas, de diferentes terapias psicológicas.

Tabla 11-1

Resumen de la eficacia de las terapias psicológicas en el tratamiento y prevención de trastornos del estado de ánimo²⁴

	Trastorno bipolar	Depresión mayor
Eficacia demostrada y específica como tratamiento	Terapia cognitivo-conductual Terapia centrada en la familia	Terapia interpersonal Terapia cognitivo-conductual Terapia conductual
Eficacia probable como tratamiento		Terapia dinámica breve Terapia centrada en las emociones Terapia del ritmo social interpersonal
Eficacia específica demostrada en la prevención de recaídas	Psicoeducación Terapia centrada en la familia	Terapia cognitiva basada en la atención plena (<i>mindfulness</i>) Terapia cognitivo-conductual
Eficacia probable en la prevención de recaídas	Terapia del ritmo social interpersonal Terapia cognitivo-conductual	Psicoeducación Terapia dinámica breve Terapia centrada en las emociones Terapia interpersonal

Fuente: elaboración propia.

Las intervenciones psicoeducativas familiares, sobre las personas con trastorno bipolar y sus familias, son efectivas para reducir los niveles de carga familiar y mejorar la calidad de vida de las personas con el trastorno y sus familias. Además, se relacionan con una mejoría del estado laboral, social, sintomático y de funcionamiento global de las personas con trastorno bipolar²⁵.

Enfoque de género sobre los trastornos del estado de ánimo

El trastorno bipolar I tiene la misma prevalencia en ambos sexos, pero el trastorno bipolar II es más frecuente entre las mujeres. El inicio de la enfermedad es más tardío en ellas.

Las características clínicas y evolución del trastorno bipolar difieren entre hombres y mujeres, principalmente en el curso de la enfermedad, la percepción de la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas afectadas. Los episodios maníacos son más comunes entre los hombres, mientras que los episodios depresivos lo son entre las mujeres.

Las mujeres con trastorno bipolar presentan más comorbilidad física, en concreto patología tiroidea. Respecto a la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, los hombres muestran mayor tendencia al abuso de tóxicos, mientras que las mujeres suelen presentar más trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad.

Proceso enfermero de la persona con trastornos del estado de ánimo

A continuación se propone el resultado de la valoración por patrones funcionales de una persona con depresión y de una persona con episodio maníaco. Se busca ofrecer una visión general para mostrar los problemas más habituales.

De la misma manera, a través de la [tabla 11-2](#), se proponen unos diagnósticos enfermeros y una planificación de cuidados sintética, empleando terminología NANDA-I²⁶, NOC²⁷ y NIC²⁸, que se podrían proporcionar de forma estandarizada. Aun así, lo más deseable sería realizar un abordaje individual de cada caso, en función de los resultados de su valoración y los problemas que presente la persona en concreto.

Tabla 11-2

Planes de cuidados para las personas con episodio depresivo o episodio maníaco

Diagnóstico o problema interdependiente	Resultados de enfermería	Intervenciones de enfermería
Plan de cuidados para la persona con depresión		
Mantenimiento ineficaz de la salud	Aceptación: estado de salud Conducta de adhesión Conducta de cumplimiento Conducta de fomento de la salud Estado de salud personal Autocontrol: enfermedad aguda/crónica	Enseñanza: proceso de enfermedad Asesoramiento Enseñanza: medicamentos prescritos Administración de medicación Control de la medicación
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	Monitorización nutricional Ayuda con el autocuidado: alimentación Manejo de la nutrición
Descuido personal	Nivel de autocuidado Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Ayuda con el autocuidado
Insomnio	Sueño	Mejorar el sueño Manejo de la energía
Desesperanza Baja autoestima situacional	Esperanza Deseo de vivir Nivel de depresión Aceptación: estado de salud Autoestima	Potenciación de la autoestima Mejora de la autoconfianza Dar esperanza Control del estado de ánimo Mejorar el afrontamiento
Desempeño ineficaz del rol	Desempeño del rol Modificación psicosocial: cambio de vida Equilibrio en el estilo de vida	Potenciación de roles Apoyo emocional Asesoramiento
Riesgo de suicidio Riesgo de violencia autodirigida	Autocontrol de los impulsos Autocontrol del impulso suicida Autocontrol de la depresión Autocontrol de la mutilación	Entrenamiento para controlar los impulsos Manejo de la conducta: autolesión Prevención del suicidio Vigilancia Contención farmacológica
Ansiedad	Nivel de ansiedad Autocontrol de la ansiedad	Disminución de la ansiedad Técnica de relajación
Plan de cuidados para la persona con episodio maniaco		
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud Mantenimiento ineficaz de la salud Protección ineficaz Incumplimiento	Creencias sobre la salud: percepción de control Equilibrio en el estilo de vida Aceptación: estado de salud Conducta de adhesión Conducta de cumplimiento Control del riesgo	Enseñanza: proceso de enfermedad Enseñanza: medicamentos prescritos Administración de medicación Control de la medicación Enseñanza: sexualidad

		Prevención del consumo de sustancias nocivas
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	Enseñanza: dieta prescrita
Insomnio Deprivación de sueño	Sueño	Mejorar el sueño
Control de impulsos ineficaz	Autocontrol de los impulsos Autocontrol de la agresión Autocontrol de la ira Nivel de agitación Equilibrio emocional	Entrenamiento para controlar los impulsos Establecer límites Control del estado de ánimo Técnica de relajación Vigilancia Contención farmacológica
Trastorno de la identidad personal	Conciencia de uno mismo Identidad	Potenciación de la autoconciencia Manejo del delirio
Deterioro de la interacción social	Habilidades de interacción social	Modificación de la conducta: habilidades sociales
Afrontamiento ineficaz	Afrontamiento de problemas Aceptación: estado de salud	Mejorar el afrontamiento Enseñanza: proceso de enfermedad

Fuente: elaboración propia.

Proceso enfermero para la persona con depresión

Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

Es frecuente que las personas deprimidas no reconozcan la gravedad de su situación de salud y, por tanto, no busquen ayuda; también que presenten un funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual que no se corresponde con lo esperable para su estado de maduración. En algunas personas diagnosticadas y con tratamiento prescrito, es posible encontrar falta de adhesión o de cumplimiento. Todas estas conductas son indicativas de un mantenimiento ineficaz de la salud. Se planificarán resultados dirigidos a alcanzar una conducta de adhesión o de cumplimiento y la aceptación del estado de salud. Estos resultados se conseguirán mediante intervenciones educativas, como la enseñanza tanto del proceso de enfermedad como de los medicamentos prescritos. En personas ingresadas, además, se realizará la administración y control de la medicación.

Patrón 2. Nutricional y metabólico

Las personas con depresión suelen presentar un desequilibrio nutricional que puede ser por ingesta inferior o superior a las necesidades. La planificación incluirá como resultado un adecuado estado nutricional, que se alcanzará mediante un manejo de la nutrición, ayuda con los autocuidados y monitorización nutricional.

Patrón 4. Actividad y ejercicio

La pérdida de la energía y el retraso psicomotor, junto con otros factores como la apatía o el ánimo deprimido, pueden conducir a la persona a una situación de descuido personal o de déficit de autocuidados. Será un resultado a alcanzar el nivel de autocuidado, y la intervención para conseguirlo es la ayuda con él.

Patrón 5. Sueño y descanso

Al igual que ocurre con el patrón 2, el patrón de sueño y descanso puede alterarse tanto por exceso (hipersomnias) como por defecto (insomnio). La mejoría del sueño se logrará a través del manejo de la energía.

Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto

Los sentimientos de culpa e inutilidad son habituales en las personas con depresión, conduciendo a situaciones de baja autoestima y desesperanza. Será prioritario en este patrón recuperar la esperanza, la autoestima y el deseo de vivir. Lo favorecerán intervenciones dirigidas a dar esperanza, controlar el estado de ánimo y mejorar la autoconfianza.

Patrón 8. Rol y relaciones

La persona suele ser incapaz de mantener su patrón de conducta o de que éste concuerde con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra. Para alcanzar el desempeño del rol y el afrontamiento de problemas pueden resultar útiles intervenciones como el asesoramiento y la potenciación de roles.

Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés

Usualmente, las personas con depresión experimentan ansiedad, definida como aprensión, inquietud o tensión que surge ante una fuente no identificable. Además, en relación con las alteraciones del patrón 7, es posible encontrar riesgo de suicidio o de violencia autodirigida. Para mantener un nivel de ansiedad reducido puede emplearse la disminución de la ansiedad. Otro resultado relevante en este patrón puede ser el autocontrol de los impulsos, favorecido por intervenciones como el entrenamiento para controlar los impulsos o la prevención del suicidio.

Proceso enfermero para la persona con episodio maníaco

Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

Es frecuente que las personas que atraviesan un episodio maníaco no reconozcan la realidad de su situación de salud y, por tanto, no busquen ayuda. También se

presenta tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, por la infravaloración de los riesgos asociados a ellas. Algunos ejemplos son: el abandono del tratamiento, mantener una conducta sexual de riesgo o consumir tóxicos. Los resultados irán dirigidos a alcanzar una conducta de cumplimiento y la aceptación del estado de salud. Se alcanzarán mediante intervenciones educativas, como la enseñanza tanto del proceso de enfermedad como de los medicamentos prescritos o sexualidad. En personas ingresadas, se realizará la administración y control de la medicación.

Patrón 2. Nutricional y metabólico

Suele producirse un desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades. Además, la persona tiende a condimentar en exceso los alimentos consumidos (con sal, azúcar o especias). A través de la enseñanza y del manejo de la conducta se potenciará el logro de un buen estado nutricional.

Patrón 5. Sueño y descanso

El incremento de la energía y la actividad acarrearán una reducción drástica de las horas de sueño y la necesidad de dormir. Las personas en episodio maníaco suelen presentar privación de sueño. Las intervenciones para mejorar éste y la administración de medicación resultarán de utilidad.

Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto

El estado de ánimo elevado se acompaña de un aumento de la autoestima, llevando a la persona a sobrevalorar sus capacidades y logros. Un resultado esperado puede ser la conciencia de uno mismo y puede lograrse a través de la potenciación de la autoconciencia.

Patrón 8. Rol y relaciones

El estado de ánimo expansivo que presentan las personas con episodio maníaco puede llevarles a relacionarse de un modo que puede resultar intrusivo o molesto para otras personas. También suele estar presente la irritabilidad, de manera que la persona puede experimentar un deterioro de la interacción social. Para recuperar su nivel de habilidades de interacción social puede ser útil la modificación de conducta.

Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés

Puede producirse en la persona un control ineficaz de los impulsos, y en situaciones en las que le resulta difícil contenerse puede presentar un comportamiento explosivo, potenciado por la irritabilidad. Buscaremos el mantenimiento de un bajo nivel de agitación a través de intervenciones como la técnica de relajación o la contención farmacológica. Con entrenamiento para controlar los impulsos propiciaremos un buen autocontrol.

Bibliografía

1. Vega P, Barbeito S, Ruiz de Azúa S, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Ortega I, Sáez M, et al. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health*. 2011;7(6):663–676.
2. Villanueva R. Neurobiology of major depressive disorder. *Neural Plast*. 2013: Article ID 873278, 7 pages.
3. Sacher J, Neumann J, Fünfstück T, Soliman A, Villringer A, Schroeter ML. Mapping the depressed brain: a meta-analysis of structural and functional alterations in major depressive disorder. *J. Affect Disord*. 2011;140:142–148.
4. Barcia D. Moreno RM. Aspectos históricos: Historia de la melancolía. En: Roca, M. Trastornos del humor, Madrid, Panamericana, 1999.
5. Vallejo J. Leal C. Tratado de psiquiatría. Volumen II, 2.^a ed. Barcelona, Grupo Ars XXI de Comunicación; 2010.
6. Fusar-Poli P. Howes O. Bechdolf A. Borgwardt S. Mapping vulnerability to bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci* 2012;37(3): 170-84.
7. Schulze TG. Genetic research into bipolar disorder: the need for a research framework that integrates sophisticated molecular biology and clinically-informed phenotype characterization. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(1):67–82.
8. Houenou J, Frommberger J, Carde S, Glasbrenner M, Diener C, Leboyer M, et al. Neuroimaging-based markers of bipolar disorder: evidence from two meta-analyses. *J Affect Disord*. 2011;132:344–355.
9. Kupferschmidt DA, Zakzanis KK. Toward a functional neuroanatomical signature of bipolar disorder: Quantitative evidence from the neuroimaging literature. *Psychiatry Research*. 2011;193:71–79.
10. Vieta E. The bipolar maze: a roadmap through translational psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(5):323–327.
11. Vallejo J. Trastornos depresivos. In: Vallejo J, ed. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 6.^a ed. Barcelona: Masson; 2006.
12. Shives LR. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. 6.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
13. Proudfoot J, Doran J, Manicavasagar V, Parker G. The precipitants of manic/hypomanic episodes in the context of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord*. 2011;133:381–387.
14. Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;418:61–66.
15. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014.

16. Sylvia LG, Reilly-Harrington NA, Leon AC, Kansky CI, Calabrese JR, Bowden CL, et al. Medication adherence in a comparative effectiveness trial for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(5):359–365.
17. Long KDL. Bipolar disorder (Depression): Management. Joanna Briggs Institute JBI COnNECT España [Internet]. Madrid: Centro colaborador español del JBI; 2013 [consulta el 01 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/index.php>
18. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Möller HJ, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(3):154–219.
19. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, Macintosh A. *Manual Oxford de psiquiatría*. Madrid: Biblioteca Aula Medica; 2009.
20. Munn Z. Bipolar depression: Electroconvulsive therapy. Joanna Briggs Institute JBI COnNECT España [Internet]. Madrid: Centro colaborador español del JBI; 2013 [consulta el 01 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/index.php>
21. Seraji H. Bipolar disorder (Mania): Management. Joanna Briggs Institute JBI COnNECT España [Internet]. Madrid: Centro colaborador español del JBI; 2013 [consulta el 01 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/index.php>
22. Munn Z. Bipolar depression: electroconvulsive therapy. Joanna Briggs Institute JBI COnNECT España [Internet]. Madrid: Centro colaborador español del JBI; 2013 [consulta el 01 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/index.php>
23. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH /AEN Núm. 2012.
24. Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety*. 2010;27(10):891–932.
25. Barbeito S, Vega P, González A. Estudio de casos y controles: la eficacia de la intervención psicoeducativa en la sobrecarga experimentada por familiares de pacientes bipolares. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad y Consumo: Gobierno Vasco; 2011.
26. NANDA International *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2012-2014*. Barcelona: Elsevier España; 2013.
27. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

28. Bulechek GM, Butcher HK, Dotcherman JM, Wagner CM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6.^a ed. Barcelona, Elsevier España; 2014.

SECCIÓN 2.5

Trastornos neuróticos

Capítulo 12: Trastornos de ansiedad

Capítulo 13: Trastornos somatomorfos y disociativos

CAPÍTULO 12

Trastornos de ansiedad

José Luis Galiana Roch

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 134

Aspectos generales 134

Definiciones 134

Manifestaciones de la ansiedad 134

Clasificación 135

Uso de escalas 135

Trastorno de ansiedad generalizada 135

Definición 135

Clínica 135

Diagnóstico y diagnóstico diferencial 136

Trastornos de pánico 136

Definición 136

Clínica 136

Diagnóstico y diagnóstico diferencial 136

Fobias 136

Definición 136

Clínica 136

Diagnóstico y diagnóstico diferencial 137

Trastornos obsesivo-compulsivos 137

Definición 137

Clínica 137

Diagnóstico y diagnóstico diferencial 137

Trastorno de estrés postraumático 138

Definición 138

Clínica 138

Diagnóstico y diagnóstico diferencial 138

Tratamientos de los trastornos de ansiedad 138

Tratamientos farmacológicos 139

Recomendaciones generales al uso de
benzodiazepinas 139

Recomendaciones generales en el uso de
antidepresivos 139

Tratamientos psicológicos 139

Plan de cuidados de diseño y evaluación de un programa de tratamiento de
enfermería 141

Manejo de la ansiedad en la consulta de
enfermería 141

Principios de manejo general 141

La relación terapéutica 141

Plan de cuidados 141

Valoración del paciente por patrones
funcionales 141

Intervenciones (NIC) 142

Resultados (NOC) 142

Ejercicio propuesto 142

OBJETIVOS

- Comprender el concepto de ansiedad.
- Conocer, clasificar y evaluar las manifestaciones de la ansiedad.
- Identificar los distintos trastornos relacionados con la ansiedad: definición, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.
- Aplicar los cuidados de enfermería al paciente con trastorno de ansiedad.
- Saber el tratamiento farmacológico de cada uno de los trastornos teniendo en cuenta el algoritmo para su uso y canalización a otros niveles de atención.

Introducción

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria con una prevalencia tan elevada que muchos autores afirman que no existe enfermedad en la que la ansiedad no esté presente. Se calcula que entre un 15% y un 20% de la población padece problemas relacionados con la ansiedad. Según el estudio epidemiológico realizado por la OMS sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mundial, los mas frecuentes fueron ansiedad, depresión, trastornos relacionados con el alcohol y trastornos somatomorfos. Otros estudios estiman la prevalencia de trastornos como ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio y fatiga en la población general en un amplio rango que oscila entre 1,8-79% para varones y 2,7-16,5% para mujeres.

Aspectos generales

Definiciones

La ansiedad es un estado emocional que genera una situación de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes. Este aumento de la percepción, debido a una necesidad del organismo, se convierte en un problema de salud cuando sobrepasa determinados límites, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales. La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas como respuesta a la amenaza, miedo, frustración, estrés, tensión, etc. La ansiedad normal es un sistema de alerta con la importante función adaptativa de movilizarnos frente a circunstancias amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

De forma subjetiva, algunos autores la definen como una reacción emocional acompañada de sentimientos negativos como tensión, aprensión y nerviosismo, asociados a una activación del sistema autónomo. No se concibe como algo unitario, sino de una manera multidimensional que implica tres componentes de respuesta: motor o conductual, cognitivo y fisiológico.

La ansiedad se define, según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), como vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo) y un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. La ansiedad patológica es un elemento muy importante en psicopatología y está presente como síntoma en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos, actuando como causas directas de ella, a veces como único síntoma evidente y representando el problema más frecuente de ellos.

La ansiedad conlleva la activación del sistema nervioso como consecuencia de estímulos externos o de trastornos endógenos. Las manifestaciones clínicas pueden ser de dos tipos:

- Las manifestaciones periféricas por estimulación del sistema nervioso simpático, como taquicardia, mareos, náuseas, parestesias y disnea.
- Las manifestaciones centrales se derivan de la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral, y consisten en aprensión, desrealización, despersonalización y dificultades para la concentración.

No se conocen totalmente las causas de los trastornos de ansiedad, pero en su origen están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales.

Como factores biológicos pueden influir las alteraciones en los sistemas

neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias también actuarían como factores biológicos. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos.

Entre los agentes ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.

Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales, como los del estado de ánimo.

En nuestro contexto, las experiencias reflejan, de manera directa o indirecta, la mejora de la sintomatología al añadir intervenciones cognitivas y de relajación grupales al tratamiento farmacológico. Estas intervenciones son llevadas a cabo en el centro de salud, fundamentalmente por enfermería y/o trabajadores sociales.

Manifestaciones de la ansiedad

La ansiedad, como cualquier otra emoción, implica al menos 3 componentes, modos o sistemas de respuesta:

- Componente cognitivo: componente relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad.
- Componente fisiológico: los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo.
- Componente motor (conductuales): corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimiento o postura corporales, fundamentalmente hace referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

Las características o manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad son las de la ansiedad normal, diferenciándose en la duración y la gravedad, pero no en cuanto a su forma. Otra diferencia importante es que en la ansiedad patológica la atención se focaliza en la respuesta de la persona ante la amenaza. Por ejemplo, asociando preocupaciones sobre el aumento de la frecuencia cardíaca, pensando que esa aceleración cardíaca indica una enfermedad coronaria, o preocupaciones sobre la opinión de terceras personas acerca de lo que es normal, por ejemplo, las preocupaciones de los fóbicos sociales sobre la posibilidad de que otras personas piensen que son torpes porque les tiemblen las manos.

Clasificación

Un gran número de los pacientes en atención primaria presentan malestar psicológico y resulta difícil diferenciar lo que es un rasgo normal (ansioso o depresivo) de lo que es un trastorno psiquiátrico leve.

Debido a la necesidad de desarrollar sistemas clasificatorios específicos para atención primaria y de identificar a la psiquiatría en atención primaria como un área independiente de conocimiento surgieron las dos clasificaciones principales psiquiátricas: el «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (DSM), de la American Psychiatric Association, y la «Clasificación internacional de enfermedades» (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su cuarta y décima edición, respectivamente.

1. DSM-IV-AP. Se basa, fundamentalmente, en un sistema de algoritmos que permiten establecer un diagnóstico. Se le critica su complejidad y poca claridad, ya que está pensada principalmente para investigación, lo cual dificulta su aplicación clínica.

2. CIE-10-AP. Esta clasificación selecciona 25 categorías que se supone son las más importantes en atención primaria. En cada categoría se desarrolla una ficha con secciones como: quejas presentes, pautas para el diagnóstico, diagnóstico diferencial, información esencial y recomendaciones específicas para el paciente y su familia, pautas de medicación y consulta a un especialista. La orientación es absolutamente clínica y constituye un mínimo que el médico de atención primaria debe conocer para orientar el diagnóstico y el tratamiento.

De las 25 categorías de trastornos mentales y del comportamiento que recoge la CIE-10 para la atención primaria, 8 corresponden a trastornos de ansiedad o lo que la CIE-10 denomina «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». La versión de atención primaria del DSM-IV, comparada con la de la CIE-10, muestra importantes diferencias en dos aspectos fundamentales, los criterios de clasificación de los trastornos mentales utilizados y el número de trastornos mentales incluidos. En general, puede decirse que la CIE-10-AP es más sencilla y básica que el DSM-IV-AP. Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad.

Uso de escalas

Existen un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar «posibles casos» de enfermedad. Muchas de estas escalas pretenden ser instrumentos de cribado y, como con todos ellos, una vez detectado el posible caso, se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno. Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de

medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).
- Hospital, ansiedad y depresión (HAD).
- Escala de Hamilton para la ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Chamorro).
- Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ).

Trastorno de ansiedad generalizada

Definición

La ansiedad persistente es el síntoma básico que se acompaña de una permanente sensación de tensión. Tiene una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad. Los estudios familiares del paciente con trastorno de ansiedad generalizada demuestran la influencia de factores genéticos, así como de la hiperactividad del córtex, los ganglios basales y el lóbulo temporal. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se considera consecuencia de una personalidad ansiosa previa sobre la que acontecimientos vitales estresantes actúan de desencadenantes.

Clínica

La persona que sufre un trastorno de ansiedad generalizada presenta un aspecto típico, su cara está contraída, con el ceño fruncido, postura de tensión, se muestra inquieto y tembloroso, tiene la piel pálida y con frecuencia sudorosa, sobre todo las manos, los pies y las axilas. Lloro con facilidad, lo que nos puede hacer pensar en una depresión, pero en realidad expresa un estado de terror.

Síntomas del trastorno de ansiedad generalizada

1. **Psicológicos:** miedos anticipatorios. Irritabilidad. Sensibilidad al ruido. Inquietud. Falta de concentración. Preocupaciones excesivas.

2. **Físicos:**

- Gastrointestinales:* sequedad de boca. Dificultad para tragar. Molestias epigástricas. Meteorismo. Aumento de deposiciones o deposiciones blandas.
- Respiratorios:* constricción en el pecho. Dificultad para la respiración. Hiperventilación.
- Cardiovasculares:* palpitaciones. Molestias precordiales. Percepción del latido cardíaco.
- Genitourinarios:* micción frecuente o urgente. Disfunción eréctil. Molestias menstruales. Amenorrea.
- Neuromusculares:* temblor. Parestesias. Tinnitus. Mareo. Cefalea. Dolores musculares.

3. **Trastornos del sueño:** insomnio. Terrores nocturnos.

4. **Otros síntomas:** depresión. Obsesiones. Despersonalización.

Una vez se ha desencadenado el cuadro clínico, los síntomas se hacen autónomos y persisten a pesar de que desaparezca el factor estresante.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Para realizar un diagnóstico de TAG el paciente debe presentar un estado de ansiedad difusa y persistente asociada a una preocupación excesiva y de difícil control. Estos síntomas deben aparecer la mayor parte de los días y durante un período mínimo de 6 meses. Es importante descartar que el cuadro clínico sea secundario al efecto de una sustancia o a una enfermedad psiquiátrica o médica.

Trastornos de pánico

Definición

El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición espontánea e inesperada de crisis recurrentes de ansiedad grave (ataques de pánico o crisis de angustia) que pueden no estar desencadenadas por ninguna circunstancia en particular, en ausencia de peligro real.

Clínica

Hay variabilidad en la presentación de un ataque de pánico, pero con frecuencia el primer ataque es espontáneo e inesperado y comienza con un período inicial en que los síntomas físicos aumentan rápidamente. Se trata de episodios súbitos de miedo, intenso malestar, sensación de peligro o muerte inminente, que se acompañan de intensos síntomas físicos. Suelen durar entre 15 y 30 minutos, siendo la sintomatología más intensa durante los primeros 10 minutos.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Para establecer el diagnóstico de trastorno de pánico deben presentarse varias crisis de ansiedad graves asociadas a un intenso cortejo de síntomas físicos durante un período mínimo de un mes.

Es habitual que tras un primer ataque de pánico se sucedan otros, apareciendo cierta ansiedad anticipatoria y temor a presentar un nuevo ataque, desencadenándose con cierta frecuencia conductas de evitación (agorafobia) o fóbicas a la situación o circunstancias en que se produjeron los anteriores. El DSM-IV-TR distingue en su clasificación entre trastorno de pánico con y sin agorafobia, mientras que la CIE-10 la ubica en el apartado de los trastornos de ansiedad fóbica.

Los ataques de pánico también pueden aparecer acompañando al trastorno de ansiedad generalizada, a los trastornos fóbicos, a cuadros depresivos, durante la

abstinencia al alcohol, etc. Por otra parte, también pueden aparecer crisis similares asociadas al consumo de tóxicos y en diversas enfermedades orgánicas como el hipertiroidismo, feocromocitoma, prolapso mitral, arritmias, epilepsia, embolia pulmonar, etc.

Fobias

Definición

En estos trastornos los pacientes presentan síntomas similares a los que padecen los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, pero que aparecen en circunstancias determinadas. Estas situaciones, en algunos trastornos fóbicos, son escasas y el paciente está libre de ansiedad la mayor parte del tiempo, mientras que en otros casos hay muchas circunstancias que producen ansiedad. Son típicas de los trastornos fóbicos el rechazo de los motivos que provocan la ansiedad, y la ansiedad anticipatoria cuando se prevé el encuentro con esas circunstancias. Las circunstancias que pueden producir ansiedad incluyen lugares, seres vivos y fenómenos de la naturaleza. Entre los factores que predisponen a la aparición de una fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos, crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor y transmisión de informaciones. Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de angustia inesperadas acostumbran a aparecer de forma particularmente aguda. Las de origen traumático no presentan una edad de inicio característica. Las fobias que persisten durante toda la etapa adulta rara vez suelen remitir.

Clínica

El paciente que padece fobia simple presenta nerviosismo o un temor marcado persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o en una situación concreta, o cuando anticipa que se va a encontrar con él e intenta evitar ese objeto o situación. Los síntomas que sufre el enfermo son los de cualquier trastorno de ansiedad. Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. La respuesta de ansiedad al estímulo fóbico aparece de forma inmediata e invariable. El nivel de ansiedad o temor está en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria, cuando el individuo se ve en lo que para él es una situación fóbica, trata de evitarla. Con menos frecuencia, la persona se obliga a sí misma a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

Las personas que sufren este trastorno reconocen que el miedo es excesivo o irracional. No se debe diagnosticar una fobia específica si el temor se considera

coherente teniendo en cuenta el contexto en que se produce. Si el miedo no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica. Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

1. *Tipo animal*. El miedo se refiere a animales o insectos y suele iniciarse en la infancia.
2. *Tipo ambiental*. El miedo se refiere a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua.
3. *Tipo sangre-inyecciones-daño*. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones y otras intervenciones médicas de carácter invasivo.
4. *Tipo situacional*. El miedo se refiere a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados.
5. *Otros tipos*. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los espacios, y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

El orden de frecuencia de aparición de mayor a menor es el siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño, y, por último, animal.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

En algunos pacientes con una fobia simple de larga duración la aparición de un trastorno depresivo puede hacerlos menos tolerantes ante los síntomas que presentan. Las fobias específicas se diferencian de gran parte del resto de los trastornos de ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente. En la fobia específica, a diferencia del trastorno de angustia con agorafobia, el individuo no presenta una ansiedad permanente, toda vez que el miedo se limita a objetos y situaciones específicos y circunscritos. La fobia específica y la fobia social pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos. En el trastorno obsesivo-compulsivo el comportamiento de evitación se relaciona con el contenido de las ideas obsesivas. El diagnóstico diferencial entre la hipocondría y la fobia específica de otros tipos depende de la presencia o ausencia de la convicción de estar enfermo. En la hipocondría existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica sólo se teme la posibilidad de adquirirla (pero sin creer que ya se tiene). Los individuos con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no deben ser diagnosticados de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a la comida y a los estímulos relacionados con él.

Trastornos obsesivo-compulsivos

Definición

Los trastornos obsesivo-compulsivos se caracterizan por la presencia de pensamientos obsesivos, conductas compulsivas y diferentes niveles de ansiedad, depresión o despersonalización.

Clínica

Los trastornos obsesivo-compulsivos se caracterizan por la presencia de pensamientos obsesivos, conductas compulsivas y diferentes niveles de ansiedad, depresión o despersonalización. Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas o inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativo. Esta cualidad intrusa e inapropiada hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno, fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. La persona es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Los pensamientos obsesivos, que el paciente trata de eliminar, son palabras, ideas o creencias reconocidas como propias que aparecen de forma intrusiva en la mente del paciente. Pueden ser palabras sencillas, frases o rimas; habitualmente tienen un contenido desagradable o chocante para el paciente, con frecuencia obsceno o blasfemo. Las imágenes obsesivas tienen las mismas características de intrusividad y resistencia y se presentan como escenas muy vívidas, aluden con frecuencia a situaciones de violencia o prácticas sexuales anormales u otros temas que desagradan al paciente. Las dudas obsesivas hacen referencia a actuaciones que pueden haber sido inadecuadamente completadas, como cerrar la puerta con llave o haber cerrado mal la llave del gas. También pueden referirse a prácticas religiosas, como la necesidad de confesarse.

Los impulsos obsesivos se caracterizan por la necesidad de realizar un acto de consecuencias vergonzantes, generalmente de carácter violento, que aunque no se realice ocasiona una intensa tensión interna al paciente.

Los rituales obsesivos o compulsiones son acciones repetidas, carentes de sentido, que se definen como comportamientos (por ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación.

Estas compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental.

Los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos pueden empeorar en

determinadas situaciones; por ejemplo, los pensamientos obsesivos sobre el daño a terceras personas aumentan en la cocina o en aquellos lugares donde haya cuchillos. Esta combinación de temores y evitación recibe el nombre de fobia obsesiva.

Los pensamientos obsesivos y los rituales conducen a un progresivo enlentecimiento de la capacidad del paciente de realizar sus actividades cotidianas. La ansiedad es un elemento adicional importante en los trastornos obsesivo-compulsivos. También aparecen con frecuencia síntomas depresivos, que son en algunos pacientes una reacción lógica a sus síntomas obsesivos, pero en otros constituyen episodios recurrentes de forma independiente.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el trastorno obsesivo-compulsivo distinguen obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). En cambio, el DSM-IV establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto, según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo que serían consideradas obsesiones según la CIE-10. Además, los criterios diagnósticos de la CIE especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas.

Las principales diferencias con otros trastornos de ansiedad son las siguientes

- *Trastorno por ansiedad*: los síntomas obsesivos son menos graves y aparecen tardíamente durante la evolución del trastorno.
- *Trastorno depresivo*: en los trastornos depresivos los síntomas obsesivos aparecen después de la depresión. Es importante el diagnóstico correcto ya que los trastornos depresivos con síntomas obsesivos responden bien al tratamiento con antidepresivos.
- *Esquizofrenia*: la exploración del estado mental y un informador externo pueden contar conductas que sugieran este diagnóstico.
- *Trastornos cerebrales orgánicos*: aunque los síntomas obsesivos pueden aparecer en la demencia, rara vez son importantes y suelen destacar el resto de las características de la demencia.

Trastorno de estrés postraumático

Definición

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) aparece con síntomas característicos (reexperimentación, evitación, aumento de la activación) que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y que se prolongan más de un mes.

Clínica

El trastorno se inicia tras un período de latencia, desde unas pocas semanas hasta 6 meses después de haber experimentado el trauma. La respuesta del sujeto a esta experiencia debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos, reviviendo de forma recurrente el acontecimiento y tratando de evitar todo aquello que se lo recuerde. Es característica la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático. Lo más habitual son los recuerdos intrusos y reiterativos, o bien las pesadillas que rememoran el trauma. A veces, se producen estados disociativos, de duración entre segundos u horas, en los que el sujeto revive y actúa como si estuviese produciéndose el trauma de nuevo. Asimismo, estos sujetos desarrollan conductas de evitación ante circunstancias o estímulos que les recuerdan aspectos determinados que vivieron durante el trauma (*flashbacks*), experimentando un intenso malestar psicológico que eluden con estas conductas.

En estos sujetos se produce el llamado embotamiento psíquico o anestesia emocional, con una disminución de la reactividad ante el mundo exterior y una sensación de desapego emocional de los demás, junto con una marcada incapacidad para sentir emociones (intimidación, ternura, etc.). Suelen tener la sensación de que sus expectativas futuras son desoladoras. También se puede apreciar una hiperactividad que no existía antes del trauma, presentando insomnio, irritabilidad o dificultades para mantener la atención y la concentración, así como sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido al trauma, cuando otras personas fallecieron.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe establecerse con los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, el estrés agudo, los trastornos obsesivos-compulsivos y la esquizofrenia. A continuación se presentan las diferencias con cada uno de los trastornos indicados:

- Trastorno del estado de ánimo o trastorno de ansiedad. En estos los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la actividad no van precedidos del factor estresante de carácter extremo.
- Trastorno por estrés agudo, donde el cuadro sintomático debe aparecer y resolverse en las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático.
- Trastorno obsesivo-compulsivo en el cual los pensamientos intrusos de carácter recurrente son reconocidos como inapropiados por el sujeto y no están relacionados con la experiencia traumática.
- Esquizofrenia (y otros trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, *delirium*, trastornos relacionados con sustancias y trastorno psicótico debido a enfermedad médica), en la que las alucinaciones, ilusiones y otras alteraciones perceptivas deben diferenciarse de los *flashbacks* típicos del trastorno por estrés postraumático.

Tratamientos de los trastornos de ansiedad

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, psicoterapia o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento se debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento deben informar detalladamente a su respectivo médico acerca de mismo. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el mismo, qué efectos secundarios se presentaron y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones y si la terapia fue útil.

Tratamientos farmacológicos

En la [tabla 12-1](#) se detallan los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para cada trastorno específico. Los principios activos utilizados en el tratamiento de la ansiedad patológica incluyen fundamentalmente ansiolíticos y antidepresivos.

Tabla 12-1

Tratamientos de ansiedad

Ansiedad generalizada	Tratamiento psicológico	Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) por su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente
	Tratamiento farmacológico	Como antidepresivos a utilizar, se recomiendan los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) como paroxetina, sertralina o escitalopram), los ISRSN (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-norepinefrina como venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (antidepresivos tricíclicos como imipramina)
Trastornos de angustia	Tratamiento psicológico	Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) como uno de los tratamientos de elección para el trastorno de angustia (TA). Las intervenciones con TCC deben incluir una combinación de intervenciones tales como psicoeducación, exposición a los síntomas o situaciones, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración, relajación y de manejo del pánico. La TCC debe ser aplicada, como media, en unas 8-16 sesiones semanales de 1 a 2 horas
	Tratamiento farmacológico	Benzodiazepinas (BZD) para el trastorno de angustia; se recomienda su utilización a corto plazo o cuando sea crucial por agitación o ansiedad aguda o grave, comenzando con la dosis más baja posible y disminuyéndola gradualmente. Como BZD a utilizar se recomiendan alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam
Fobias	Tratamiento psicológico	Las técnicas más utilizadas son el entrenamiento en habilidades sociales, la desensibilización sistemática, las técnicas de exposición combinada con reestructuración cognitiva y la relajación. En la fobia específica, el tratamiento psicológico es de primera elección: la relajación, la desensibilización sistemática y la exposición imaginada o <i>in vivo</i> , progresiva o por inundación
	Tratamiento farmacológico	Los psicofármacos como las benzodiazepinas y, en casos muy específicos, los antidepresivos, se pueden utilizar como tratamiento de apoyo. En la agorafobia, el tratamiento más eficaz es la combinación de la psicoterapia y los psicofármacos. En la fobia social, el tratamiento psicofarmacológico de primera elección son los ISRS, tanto por su eficacia como por su tolerancia. Los ansiolíticos pueden ser útiles a corto plazo, pero no deben ser utilizados de forma continuada
Trastorno obsesivo-compulsivo	Tratamiento farmacológico	Ofrece muy buenos resultados terapéuticos el uso de algunos antidepresivos tricíclicos, especialmente la clomipramina. También los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), fluoxetina, fluvoxamina, entre otros
	Tratamiento psicológico	Las técnicas conductuales son las terapias de elección. Se han utilizado múltiples técnicas: la exposición con prevención de respuesta es la más eficaz. Intención paradójica, desensibilización, inmersión (<i>flooding</i>), terapia de implosión, condicionamiento aversivo. Detención de pensamiento. Las terapias psicodinámicas no se aconsejan
Trastorno estrés posttraumático	Tratamiento farmacológico	Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son considerados fármacos de primera línea para el TEPT.

		También hay evidencia sobre la eficacia de la imipramina y la amitriptilina. Las teorías sobre la hiperactividad noradrenérgica del trastorno sugieren la prescripción de β -bloqueantes como el propranolol para el control sintomático. Otros fármacos como los anticonvulsivantes (ácido valproico, carbamazepina) también pueden ser útiles. Los neurolepticos (risperidona, haloperidol, olanzapina) pueden estar indicados sobre todo para el control conductual.
	Tratamiento psicológico	Debe seguir un modelo de intervención en las crisis con apoyo, educación y desarrollo de mecanismos para sobrellevar y aceptar el episodio. Tipos de intervenciones psicoterapéuticas: terapia por exposición. Terapia de manejo del estrés.

Como ansiolíticos se manejan, sobre todo, la familia de las benzodiazepinas (BZD), y como antidepresivos se usan tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y serotonina norepinefrina como los antidepresivos tricíclicos.

Todos los pacientes a quienes se prescriban tratamiento farmacológico deben ser informados, al inicio de su tratamiento, de los potenciales efectos adversos, del inicio esperado del efecto, del riesgo de síntomas de abstinencia si el tratamiento se suspende bruscamente, o si se olvida una dosis, así como de las posibles interacciones con otros tratamientos asociados a enfermedades concomitantes o derivados de la automedicación.

Recomendaciones generales al uso de benzodiazepinas

Las benzodiazepinas orales como primera opción, por ser la más cómoda y fácil de seguir por el paciente. La vía intramuscular puede utilizarse cuando la vía oral no es posible en situaciones agudas.

La duración del tratamiento debe establecerse desde el principio y ser lo más corta posible. Evitar la duración superior a 8-12 semanas en el tratamiento de la ansiedad, y en el insomnio que no sobrepase las 4 semanas. La pauta de utilización intermitente puede ser eficaz.

Se debe valorar con precaución la asociación de 2 o más benzodiazepinas o la mezcla con otras sustancias (neurolepticos).

Informar al paciente de los riesgos, en especial del riesgo de asociar las benzodiazepinas con el alcohol, y de la posible disminución de reflejos en pacientes con profesiones de riesgo tales como conductores, los que trabajan en alturas y a los que la falta de vigilancia podría traer graves consecuencias.

Usar con precaución en pacientes con antecedentes de dependencia a alcohol y/o otras drogas.

Recomendaciones generales en el uso de antidepresivos

Los antidepresivos, en su mayoría, se administran por vía oral y se absorben con rapidez.

El inicio del tratamiento debe realizarse con dosis bajas, que se irán

aumentando progresivamente, siempre vigilando de forma estrecha la aparición de posibles efectos adversos.

Una vez remitidos los síntomas, se mantendrá el tratamiento de 6 a 12 meses si se trata de un primer episodio, pudiendo después retirar la medicación de forma progresiva

La mayoría de antidepresivos se eliminan por metabolismo; por ello, resulta preferible evitar la asociación de cualquier otro fármaco que pueda inducir o inhibir las isoenzimas que participan en su metabolismo. Si no puede evitarse la asociación, ajustar la dosis; si existe experiencia, será la práctica más adecuada, y si ello no es posible, será preciso valorar de forma individual la pauta a seguir.

Informar al paciente de que el inicio del efecto no es inmediato y puede tardar semanas en aparecer, por lo que es importante el cumplimiento de la pauta recomendada.

La supresión radical del tratamiento con fármacos antidepresivos puede conducir a la aparición de una serie de efectos adversos potencialmente graves; por ello, es también importante planificar la suspensión del tratamiento de manera progresiva y lenta; por ejemplo, para suspender un tratamiento antidepresivo que haya durado más de 8 semanas se debería ir reduciendo la dosis a lo largo de un período no inferior a un mes.

Tratamientos psicológicos

El tratamiento psicológico y/o farmacológico deberá ser rápidamente accesible al paciente. Este tratamiento se ofertará por:

Servicios de atención primaria

Intervención inicial

Los profesionales de atención primaria, con las habilidades y entrenamiento adecuado para este tipo de problemas, deberán considerar, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, los siguientes tipos de intervención, con evidencia de efectividad más duradera, siendo, en orden decreciente:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC) (según se indica más adelante para cada trastorno de ansiedad). La TCC debe realizarse por profesionales adecuadamente entrenados y supervisados que se adhieran a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente. Para la mayor parte de los pacientes, la TCC se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá completarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio. La TCC más breve deberá suplementarse con apropiada información y tareas focalizadas.
- Farmacoterapia (según se indica más adelante, para cada trastorno de ansiedad).
- Autoayuda: biblioterapia basada en los principios de la TCC (el uso de material

escrito para ayudar a los pacientes a comprender sus problemas psicológicos y aprender los modos de superarlos mediante el cambio de conducta).

Evaluación y tratamiento alternativo

La intervención inicial deberá ser evaluada en un período de 2 a 4 semanas. Si bien es la intervención óptima, en caso de no ser efectiva el paciente deberá ser reevaluado y considerarse otro tipo de intervención.

Reevaluación y oferta de derivación a los servicios de salud mental

Si el paciente ha sido tratado con 2 intervenciones de las consideradas (cualquier combinación de intervención psicológica, medicación o biblioterapia) y todavía presenta sintomatología importante, se le debe ofrecer la derivación a los servicios de salud mental.

Servicios de salud mental

Los especialistas se encargarán de realizar una evaluación minuciosa, holística del paciente, de su entorno y de sus circunstancias sociales.

Intervenciones sociales

Los profesionales de salud, sean del nivel de atención que sea, considerarán desde las fases iniciales de la atención la pertinencia de derivación del paciente a los trabajadores sociales de los equipos de salud.

Plan de cuidados de diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería

Manejo de la ansiedad en la consulta de enfermería

Principios de manejo general

El plan de cuidados enfermeros se elabora seleccionando los problemas más prevalentes. La valoración de los problemas se realiza de forma integral y teniendo en cuenta el entorno, con el objetivo de establecer los cuidados adecuados. La actuación general de enfermería en los trastornos de ansiedad será la siguiente:

- Procurar seguridad y comodidad al paciente.
- No trivializar la ansiedad del paciente aunque parezca ridícula.
- En un primer momento, aceptar las estrategias de afrontamiento del paciente (reducen la ansiedad) en lugar de intentar modificarlas.
- No dejar que el paciente se aíle completamente.
- Proporcionar un *feedback* al paciente sobre su conducta, estrategias que utiliza y factores de estrés que le afectan.
- Animar al paciente a que participe y continúe con los tratamientos prescritos (desensibilización, farmacología, etc.).
- Desde el punto de vista psicoterapéutico, se han utilizado con éxito la relajación, la desensibilización y la inhibición recíproca.

La relación terapéutica

La relación terapéutica es el modo de llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad. El instrumento por excelencia es la entrevista clínica. A modo de recomendaciones generales, se aconseja un estilo de entrevista centrada en el enfermo, caracterizado por toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional de salud durante todo el proceso de la atención.

Los mensajes clave de información a los pacientes con trastornos de ansiedad son:

- Los trastornos de ansiedad son, si frecuentes y prolongados, causa de considerable sufrimiento e incapacidad, no siempre diagnosticados y, por tanto, no tratados, suponiendo un importante coste para los individuos y la sociedad.
- Actualmente, se dispone de intervenciones efectivas para tratar los trastornos de ansiedad, que incluyen tratamientos psicológicos, de medicación y de autoayuda. Los pacientes que se benefician de estas intervenciones mejoran, tanto a corto como a largo plazo.

- Los enfermos, y cuando sea apropiado sus familiares, deben ser informados de la naturaleza, la evolución y el tratamiento de los trastornos de ansiedad una vez finalizado el proceso diagnóstico, incluyendo información sobre el uso y el perfil de las reacciones adversas de la medicación prescrita.
- La implicación de los pacientes en una efectiva asociación con los profesionales sanitarios, con todas las decisiones compartidas, mejora los resultados. Los enfermos, las familias y los cuidadores deberán ser informados de los grupos de apoyo y grupos de autoayuda y ser alentados a participar en ellos cuando sea apropiado.
- El acceso a la información, incluidos los grupos de apoyo, es una parte valiosa de toda la atención ofertada.

Plan de cuidados

1. **Valorar el nivel de ansiedad (leve, moderada o grave) de la persona.** En casos graves o de pánico, donde la ansiedad compromete el funcionamiento corporal de la persona, guardar la calma, aislar al paciente y actuar conjuntamente con otro profesional especialista (psiquiatra o psicólogo).
2. **Proporcionar seguridad y bienestar.** Presentarse a la persona y permanecer junto a ella, siempre que sea posible, especialmente en los casos de ansiedad grave. Comunicar comprensión: presencia tranquila, contacto ocular, hablarle lenta y tranquilamente, permitir que llore o exprese sus sentimientos, no hacer juicios sobre su comportamiento, etc. No exigir respuestas o decisiones precipitadas. Disminuir la estimulación sensorial (ruidos, luz, visitas, etc.).

Valoración del paciente por patrones funcionales

En un proceso diagnóstico, la exploración debe revelar la información necesaria acerca de la historia personal, la automedicación, y otras características individuales, familiares y culturales relevantes que puedan tener importancia en la atención terapéutica subsiguiente.

Los patrones alterados, según NANDA, en los trastornos de ansiedad son:

1. El patrón de adaptación-tolerancia al estrés.
2. El patrón de autopercepción-autoconcepto.
3. El patrón de sueño-descanso.

Enlace de interés para consultar diagnósticos NANDA y planes de cuidado:
<http://www.nanda.es/>

La valoración del paciente que presenta ansiedad debe realizarse de acuerdo con su patrón de respuesta individual, las características de su enfermedad y la situación y problemas actuales.

Son aspectos importantes a valorar:

1. El estado de alerta o aprensión de la persona (ansiedad temporal o generalizada).
2. Los posibles desencadenantes (ideas, miedos, traumatismos previos, etc.).
3. Signos y síntomas objetivos (característicos de ansiedad física).
4. Descripciones subjetivas del propio sujeto (sentimientos de incomodidad, pensamientos, interrupciones a lo largo del día, etc.).
5. Estímulo(s) que provoca el miedo (en el caso de las fobias).
6. Grado de incapacitación personal (académica, laboral o social).
7. Qué hace la persona para afrontar las situaciones de tensión o ansiedad (estrategias de adaptación/control).
8. Existencia o ausencia de recursos de afrontamiento.

Intervenciones (NIC)

Según la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification), las actividades recomendadas ante un diagnóstico de ansiedad son:

- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 6161 Intervención en casos de crisis.
- 5880 Técnicas de relajación.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 4920 Escucha activa.
- 5270 Apoyo emocional.
- 5380 Potenciación de la seguridad.

Resultados (NOC)

Los indicadores habituales para evaluar el resultado de las intervenciones enfermeras son, según el NOC (Nursing Outcomes Classifications), los siguientes:

- 1402 Control de ansiedad.
- 1211 Nivel de ansiedad.
- 1404 Control del miedo.

Ejercicio propuesto

Busque en internet alguna de las escalas mencionadas y efectúe una simulación de las respuestas. Evalúe el resultado. Compare y comente las preguntas contenidas en cada una de las escalas y su relación con las características de la ansiedad normal y patológica.

Enlaces de interés

- <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Defir>
Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria del Servicio Nacional de Salud.
- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+resumida.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220399613699&ssbinary=true>
- Manual Diagnostico DSM-IV.TR:
<http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>
- Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V):
<http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf>

Bibliografía

1. Ariz ME, Cariñena A, García MA, Moros MA, Pacual P, Salaberri A. Manejo de la ansiedad en atención primaria. Guía de actuación. Servicio de Salud-Osasunbidea. 2009. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/28313021-98A4-4539-A4DB-5BEEAD16D8D5/194121/ManejodelaansiedadAtencionPrimariaGuiade>
2. Monis MA, García JA, Navarro D, Alarcón S. Procesos asistenciales integrados: ansiedad, depresión, somatizaciones. Planes de cuidados. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/20090521154516/Plan_de_cuidados_de_la_ansiedad.pdf
3. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
4. Bados, A. Trastornos de ansiedad generalizada. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
5. Trastornos de ansiedad. Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Disponible en:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
6. http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_0
7. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina clínica (Barc). 2006; 126:445-51.
8. Pérez M, Fernández-Hermida JR, Fernández-Rodríguez C, Amigo I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos. Madrid: Pirámide; 2003.
9. López-Ibor JJ, Valdés M, eds. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2004.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22(amended). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007 [actualizado 30 March 2010; citado 17 Mar 2011]. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/CG022NICEguideline>
11. Clasificación de intervenciones de enfermería. Proyecto de clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 3.^a ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2005.

12. Clasificación de intervenciones de enfermería. Proyecto de clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3.^a ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2005.

CAPÍTULO 13

Trastornos somatomorfos y disociativos

Manuel Sánchez García

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Preámbulo 143

Trastornos somatomorfos 144

Definición y clínica de los trastornos somatomorfos 145

Trastorno de somatización y somatomorfo indiferenciado 145

Trastorno de conversión 145

Trastorno por dolor 145

Hipocondría 146

Trastorno dismórfico corporal 146

Tratamiento farmacológico de los trastornos somatomorfos 146

Terapia psicológica de los trastornos somatomorfos 146

Plan de cuidados de enfermería en trastornos somatomorfos 147

Diagnósticos de enfermería relacionados con las respuestas psicofisiológicas 147

Planes específicos de cuidados de

enfermería 147

Trastornos disociativos 147

Definición y clínica de los trastornos
disociativos 148

Amnesia disociativa 148

Fuga disociativa 148

Trastorno de identidad disociativo 148

Trastorno de despersonalización 149

Tratamientos de los trastornos disociativos 149

Tratamiento farmacológico de los trastornos
disociativos 149

Terapia psicológica de los trastornos
disociativos 149

Plan de cuidados de enfermería en trastornos
disociativos 149

Diagnósticos NANDA relacionados con
autoconcepto 149

Plan terapéutico de enfermería para respuestas
maladaptativas ante el autoconcepto 150

OBJETIVOS

- Comprender los conceptos de somatización y conversión; comparación con los denominados síntomas físicos sin explicación médica.
- Qué define las alteraciones de las funciones integradoras de la conciencia, de la identidad, de la memoria y de la percepción del entorno.

- Conocer las características clínicas de los diversos trastornos somatomorfos y disociativos.
- Aplicación de los planes de cuidados de enfermería para estos trastornos.
- Conocer los diversos tratamientos farmacológicos y psicológicos indicados.

Preámbulo

Este capítulo describe la clínica, criterios diagnósticos y planes de intervención en una diversidad de trastornos que sólo tienen en común la incidencia de síntomas que hacen sospechar un posible fallo orgánico, como un malestar somático o alteraciones en la integridad de algunos procesos cognitivos superiores, sin que en ninguno de ambos casos se produzcan hallazgos de resultados significativos en la exploración médica que expliquen su incidencia.

Han sido reunidos en este capítulo cumpliendo con una tradición clasificatoria que sigue un modelo dualista cuerpo-mente, hace tiempo cuestionado, en el que la ausencia de lesión orgánica presupone una subyacente etiología «psicológica». A finales del siglo ^{xix}, el psicoanálisis de Sigmund Freud fundamenta la relación entre sintomatología física y los conflictos psicológicos con la denominación de *neurosis histérica*, definiendo *conversión* al mecanismo por el que los conflictos psíquicos se transponen y resuelven en síntomas somáticos, motores o sensitivos (Laplanche y Pontalis, 1979).

La consideración de la respuesta emocional humana compuesta por componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales está mejor explicada por un modelo integracionista que por uno dividido en componentes somáticos y psicológicos separados. Además, los avances en neuroimagen han facilitado el estudio de los correlatos somáticos de los procesos psicológicos y los cambios en la respuesta del individuo que están relacionados con el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC).

En este capítulo se exponen las características clínicas de estos trastornos, siendo agrupados del mismo modo en que son presentados hasta el momento en los sistemas clasificatorios internacionales de enfermedades mentales.

Esta clasificación ha sufrido modificaciones tras la última revisión de la American Psychiatric Association (APA, 2013a) con el DSM-5, como será indicado en estas páginas.

Para evaluar y tratar a estos pacientes el/la profesional de enfermería deberá ser capaz de considerar la compleja relación de la emoción con las sensaciones corporales y cómo las personas vivimos los procesos de enfermedad; algo que va más allá de la salud («mental» y física), puesto que ninguna experiencia humana es ajena a la emoción.

Trastornos somatomorfos

Una parte importante de la población presenta una o más quejas somáticas sin causa orgánica demostrable o que son excesivas para lo esperado en los hallazgos de la exploración física (Mayou, 1993). Tradicionalmente, y aun hoy en día, a este tipo de sintomatología se le ha denominado «somatización», un término ambiguo que puede ser usado para mencionar un proceso, un síntoma o un trastorno (Sánchez-García, 2013).

El término *somatización* fue creado con posterioridad al concepto de histeria y ha sido empleado como sinónimo de *conversión* para referirse a un proceso por el que una neurosis profunda puede ser expresada por un trastorno físico. El empleo del término somatización fue ganando una amplia difusión, particularmente después de 1980, cuando se introdujo como una expresión que definía un diagnóstico psiquiátrico por la American Psychiatric Association (APA) a través del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su tercera versión (APA; DSM-III). Desde entonces, el término fue aceptado (reemplazando al viejo término «histeria») para definir no sólo al proceso por el que un malestar psicológico se expresa corporalmente, sino también a cualquier síntoma físico que carece de explicación médica o causa orgánica demostrada.

En la actualidad, es más empleado el término descriptivo *síntomas somáticos sin explicación médica* porque describe la presencia de estos síntomas sin sesgos etiológicos o teóricos. Además, los trastornos denominados de somatización, trastorno funcional y síntoma somático sin explicación médica presentan características clínicas similares, tanto en emociones como en cogniciones y conducta (Kirmayer, Groleau, Looper y Dao, 2004; Sánchez-García, 2013).

Desde la aparición del DSM-IV (APA, 1995) se definen a los trastornos somatomorfos con la característica común de la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Se incluyen el trastorno de somatización, el somatomorfo indiferenciado, el de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el somatomorfo no especificado como categoría que incluye los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos. La CIE-10 (OMS, 1994) describe estos mismos trastornos, añadiendo también la disfunción vegetativa somatomorfa (síntomas indicadores de hiperactividad del sistema nervioso, como palpitaciones o sudor) y otros trastornos somatomorfos, donde se incluyen el rechinar de dientes o disfunciones diversas como dismenorrea, disfagia, prurito o tortícolis, cuando se caracterizan por ser psicógenas (inducidas por aspectos psicológicos).

En el DSM-IV (APA, 1995) y posteriores, los criterios de inclusión diagnóstica precisan que los síntomas somáticos no deben poder ser explicados ni por una

enfermedad, ni por los efectos directos de una sustancia ni por ningún otro trastorno mental.

De este modo, y según los criterios diagnósticos de inclusión considerados, la prevalencia de este problema presenta una amplia variabilidad que puede llegar desde el 10,5% de la población, si se consideran de forma amplia los síntomas sin explicación médica, hasta el 0,38% de la población, si se consideran criterios diagnósticos más reducidos (García-Campayo y Sanz, 2000; Kirmayer et al., 2004). La importancia clínica de este problema es todavía mayor si consideramos que la comorbilidad psiquiátrica del trastorno por somatización es elevada, la importante repercusión en el gasto sanitario y la dificultad que estos pacientes suponen para el tratamiento asistencial (García-Campayo y Sanz, 2000).

A pesar de la concepción etiológica de la somatización como un proceso dualista, la evidencia científica actual favorece una etiología multifactorial donde interactúan los factores psicológicos, sociales y biológicos (López Santiago y Belloch, 2002; Mayou, 1993; Sánchez-García, 2013). Hay una evidencia creciente de la relevancia de los factores biológicos, además de la influencia de otros factores como la modulación de las emociones negativas (depresión y ansiedad), los procesos perceptivos, la interpretación de los síntomas, la iatrogenia y también los sistemas de seguros y la incapacitación laboral (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke y Sharpe, 2005; Sánchez-García, 2013).

En esta descripción de los trastornos somatomorfos puede entenderse la dificultad que puede entrañar la decisión diagnóstica. En 2013 se ha producido una revisión de la clasificación de los trastornos mentales por la APA que certifica las dificultades descritas, reemplazando a los trastornos somatomorfos por una nueva categoría denominada *trastornos por síntomas somáticos*. Estos trastornos se caracterizan por síntomas somáticos que producen malestar o una alteración significativa en el funcionamiento del individuo, así como pensamientos, sentimientos y conductas excesivas o desproporcionadas relacionadas con estos síntomas, al menos durante 6 meses (APA, 2013a).

El DSM-5 no requiere que los síntomas somáticos sean sin explicación médica; pueden estar asociados a una enfermedad física o no.

Definición y clínica de los trastornos somatomorfos

Trastorno de somatización y somatomorfo indiferenciado

Denominado también como síndrome de Briquet en versiones anteriores del DSM, este diagnóstico se corresponde con un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Estos síntomas somáticos deben empezar antes de la edad de 30 años y persistir durante varios años. Si aparecen en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro

de las relaciones sociales, laborales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo son mucho mayores de lo que cabría esperar a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio (DSM-IV, 1995; p. 458). Los criterios diagnósticos requieren un número mínimo de determinados síntomas: cuatro síntomas dolorosos, dos gastrointestinales, un síntoma sexual (al margen del dolor) y un síntoma pseudoneurológico (sugere de un trastorno neurológico no limitado al dolor, como, por ejemplo, afonía o parálisis).

A pesar de la alta prevalencia de sintomatología somática sin explicación médica, estos precisos criterios diagnósticos se cumplen con dificultad. Para esta situación se formuló el diagnóstico residual del *trastorno somatomorfo indiferenciado*, que recoge aquellos cuadros somatomorfos que no cumplen los criterios para el trastorno de somatización o para otro trastorno somatomorfo. Este diagnóstico se aplica aunque haya un único síntoma, como la náusea, o síntomas variados, como ocurre más frecuentemente (APA, 2002).

Para un correcto diagnóstico deben haberse descartado necesariamente las enfermedades médicas que se caracterizan por síntomas vagos, confusos y múltiples (p. ej., hiperparatoidismo o esclerosis múltiple). Es frecuente la comorbilidad de estos trastornos con la depresión o la ansiedad, por ejemplo; aunque la APA (2002) antepone el diagnóstico de ansiedad y depresión si los síntomas se explican mejor por estos trastornos (síntomas somáticos en la crisis de ansiedad o cefalea en un período de depresión). También se considera el diagnóstico de esquizofrenia y no el somatomorfo si se producen ideas delirantes somáticas.

Los cuadros clínicos de tipo somatomorfo que no cumplen criterios para el trastorno de somatización deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado si la duración del síndrome es superior a 6 meses; o como *trastorno somatomorfo no especificado* si la duración es inferior a 6 meses.

Muchos pacientes con síntomas múltiples no explicados tienen una forma subsindrómica de trastorno de somatización, denominada trastorno multisomatomorfo, cuya prevalencia es del 4-18% en atención primaria. Estos pacientes presentan pensamientos catastróficos, creen que la causa de su dolor es un misterio, tienen sentimientos de perder el control y piensan que su médico cree que es un dolor imaginario, presentando riesgo de consecuencias iatrogénicas de pruebas diagnósticas excesivas, fármacos inapropiados y cirugía innecesaria (Clark y Chodynicky, 2006).

En la nueva versión de la APA no es necesario la ausencia de explicación médica en los síntomas somáticos descritos.

Trastorno de conversión

La característica esencial del trastorno por conversión es la presencia de síntomas o déficit que afectan a las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica. Se ha considerado que

los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit porque el inicio o exacerbación de los síntomas viene precedido de conflicto o acontecimientos estresantes.

Los síntomas o déficit motores típicos son las alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, afonía, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta y retención urinaria. Los síntomas y déficit de tipo sensorial suelen ser pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones. También pueden aparecer crisis o convulsiones. El curso del trastorno es difícil de predecir y los episodios individuales son normalmente de corta duración, con un inicio y resolución bruscos, aunque la recurrencia de los síntomas a lo largo del tiempo es frecuente.

La índices de prevalencia de este trastorno indican que sucede en un 0,3% de la población general, del 1 al 3% en pacientes médicos ambulatorios y entre el 1 al 4,5% en pacientes neurológicos y pacientes hospitalizados ([APA, 1995](#); [Abbey, 2006](#)).

Destaca [Abbey \(2006\)](#) los puntos de vista psicodinámicos en el papel etiológico de la ganancia primaria y secundaria. Se entiende por *ganancia primaria* a la efectividad del síntoma de conversión al proporcionar una expresión simbólica satisfactoria para los deseos reprimidos (p. ej., que una parálisis en un brazo pueda simbolizar un conflicto de agresividad). La *ganancia secundaria* refiere los potenciales beneficios que se producen por el papel de enfermo (por la atención de los demás o la evitación de responsabilidades).

En la última versión de la APA (2013b), el trastorno de conversión ha pasado a denominarse *trastorno por síntomas funcionales neurológicos* y se enfatiza la importancia del examen neurológico, reconociéndose que los relevantes factores psicológicos pueden no ser demostrables en el momento del diagnóstico.

Trastorno por dolor

Denominado como dolor psicógeno y dolor somatoforme en versiones anteriores del DSM, a partir del DSM-IV se denomina trastorno por dolor. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor con una gravedad suficiente como para merecer atención médica, provocar un malestar significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se reconoce que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el dolor.

La dificultad diagnóstica es importante porque el dolor produce sufrimiento en cualquier persona, afectando a su estado de ánimo.

En el DSM-5, una clínica como la descrita en este apartado será diagnosticada como trastorno por síntomas somáticos si se produce el dolor de forma crónica; si no es así, podrá ser diagnosticado como factores psicológicos que afectan otras enfermedades médicas o como trastorno adaptativo ([APA, 2013b](#)).

Hipocondría

La característica esencial de la hipocondría es el miedo a padecer una enfermedad o la convicción de tenerla, a pesar de los resultados normales en las exploraciones y las explicaciones médicas apropiadas. Es frecuente la preocupación corporal (observación y alerta ante las sensaciones corporales), dirigida a una función corporal concreta (p. ej., el latido cardíaco), a una anomalía física menor que es considerada una prueba de la enfermedad (p. ej., tos esporádica), a una sensación física vaga, a un órgano específico (p. ej., corazón) o a un diagnóstico concreto (p. ej., cáncer). La preocupación por la enfermedad temida se convierte a menudo en la característica central de la autopercepción del individuo, en un tema reiterado de conversación y en una respuesta a las situaciones de estrés (APA, 2002).

Los pacientes con hipocondría creen que un buen estado de salud es un estado relativamente libre de síntomas y, en comparación con pacientes de control, es más probable que consideren los síntomas como indicativos de enfermedad (Abbey, 2006).

La prevalencia en la población general es del 1-5%, pudiendo iniciarse a cualquier edad, pero de forma más frecuente en los primeros años de la vida adulta (APA, 2006).

En el DSM-5 (APA, 2013b) la hipocondría será diagnosticada de trastorno por síntomas somáticos si presenta este tipo de síntomas; si no es así, se corresponderá con un trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno dismórfico corporal

Conocido también como dismorfofobia, se caracteriza por la preocupación por algún defecto en el aspecto físico, presentando conductas y actos mentales repetitivos como respuesta a las preocupaciones por los defectos o fallos en la apariencia física. Este defecto es imaginario o, si existe, es claramente excesiva la preocupación del individuo, causando un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (como sucede en la anorexia nerviosa con la insatisfacción con el tamaño o la silueta corporal).

La última versión del DSM-5 (APA, 2013b) mantiene este diagnóstico, pero en el apartado de los trastornos relacionados con los trastornos obsesivo-compulsivos. No debe ser codificado como trastorno dismórfico si la creencia es delirante.

Tratamientos de los trastornos somatomorfos

Tradicionalmente, se ha considerado que el principal objetivo del tratamiento clínico es atender en lugar de curar (Abbey, 2006) o una buena adecuación del paciente a su padecimiento y a su ambiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). Las nuevas estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas posibilitan una mejoría notable en algunos pacientes.

En este apartado, se van a hacer referencia a dos formas específicas y

complementarias de atención especializada: el tratamiento farmacológico y la terapia psicológica.

Tratamiento farmacológico de los trastornos somatomorfos

La farmacoterapia tiene una eficacia limitada en el trastorno de somatización, existiendo mucho interés por el posible papel de los antidepresivos (como la noradrenalina y la serotonina) en el alivio de los síntomas físicos asociados a la depresión, así como de los síntomas físicos funcionales en pacientes no deprimidos ([Abbey, 2006](#)).

Algunos autores refieren que los antidepresivos son efectivos en el tratamiento del dolor, disminuyendo en un 50% la intensidad del mismo en el 58% de los casos, apareciendo la acción analgésica más precozmente que la antidepresiva ([García-Campayo y Sanz Carrillo, 2000](#)).

Debido a las complicaciones iatrogénicas, se propone reducir al mínimo el uso de múltiples fármacos, disminuyendo gradualmente los innecesarios y retirarlos utilizando una estrategia de fases a lo largo del tiempo, con pasos cortos y realistas ([Abbey, 2006](#)).

Terapia psicológica de los trastornos somatomorfos

En el tratamiento psicológico de los síntomas somáticos sin explicación médica, que puede extenderse a cualquier estado emocional negativo ante una enfermedad médica o no, se han aplicado las terapias cognitivo-conductuales que se han asociado con mejoría en más del 60% de pacientes ([Sánchez-García, 2014](#)). Este tipo de terapias han sido aplicadas tanto de forma individual como en grupo y está basada en modelos cognitivos de los trastornos somatomorfos, que están centrados en factores que mantienen la preocupación por la salud, como son la atención, las creencias e interpretaciones erróneas de los síntomas, los signos y explicaciones médicas, así como aspectos conductuales como las conductas de evitación y el rol de enfermo, que mantienen las respuestas inadecuadas frente a las adaptativas ante el malestar físico ([Abbey, 2006](#); [Sánchez-García, 2014](#)).

[García-Campayo, Pascual, Alda y Oliván \(2005\)](#) informan que la terapia cognitivo-conductual ofrece datos de mejoría en el gasto médico, en el estado físico y en el psicológico; específicamente, en ansiedad, depresión y conducta de enfermedad. Dentro de estas terapias, se destaca el uso de técnicas tales como solución de problemas, asertividad, afrontamiento y manejo de la expresión emocional, relajación y educación de la enfermedad.

También han mostrado su utilidad técnicas específicas como la meditación, *mindfulness*, la hipnosis, o la terapia de relajación ([Abbey, 2006](#); [Sánchez-García, 2013](#)).

Plan de cuidados de enfermería en trastornos

somatomorfos

El tratamiento está centrado en el manejo de los síntomas del enfermo y en mejorar su calidad de vida. Mostrar sensibilidad a las quejas del paciente y construir una relación de confianza puede ayudar a que un solo profesional mantenga el tratamiento.

Los pacientes con estos trastornos tienen dificultad en reconocer los problemas emocionales asociados a sus síntomas físicos. Entre los objetivos de tratamiento de enfermería está el de ayudar al enfermo a identificar el estrés, disminuir la negación, incrementar el *insight*, expresar sentimientos, participar en el plan de tratamiento, además de reconocer y evitar la búsqueda de ganancia secundaria.

Diagnósticos de enfermería relacionados con las respuestas psicofisiológicas

Para [Stuart \(2006\)](#), los principales diagnósticos NANDA son:

- Trastorno de la adaptación.
- Negación ineficaz.
- Dolor crónico.
- Alteración del patrón de sueño.

Dentro del rango de las posibles respuestas maladaptativas, pueden considerarse:

- Ansiedad.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Defensa ineficaz.
- Alteración de los procesos familiares.
- Interrupción en el mantenimiento de la salud.
- Desesperanza.
- Impotencia.
- Déficit de autoestima, situacional.
- Sufrimiento espiritual.

Planes específicos de cuidados de enfermería

De forma específica, en un *plan de cuidados de enfermería* se proponen algunas medidas apropiadas ([Schultz y Videbeck, 2009](#)):

Valoración del paciente

- Iniciar una valoración incluyendo problemas físicos, quejas, historia de enfermedad, tratamiento, intervenciones y hospitalizaciones. Es útil la obtención de registros de principales problemas del paciente y entrevistar a miembros de la familia o personas significativas.
- Preguntar cómo percibe el enfermo su problema físico, pero sin confrontar ni

ponerle a la defensiva.

- Conocer las expectativas del tratamiento para el paciente y los equipos sanitarios. Tratar de implicar al cliente en la identificación de problemas, objetivos y acciones para su consecución.
- Hablar directamente con el paciente teniendo en cuenta la correlación entre emociones, estrés y síntomas físicos.
- Evaluar las actividades y relaciones del paciente con los otros en la consulta y con los acompañantes teniendo en cuenta el estrés, el apoyo, la dependencia y la expresión de emociones.
- Desarrollar e implementar un plan de cuidados de enfermería según la salud física del enfermo lo antes posible. Sé práctico/sencillo en tu aproximación y tratamiento. No sobreempates los problemas físicos ni des una atención indebida a los síntomas somáticos.

Actividades de intervención

- Comparte con el paciente tus observaciones y pregunta por su percepción del estrés, causas de satisfacción y malestar, relaciones, trabajo, y así sucesivamente.
- Proporciona al paciente retroalimentación positiva de cómo afrontar dificultades emocionales y de relación antes que en los síntomas físicos.
- Si siempre conectamos los problemas físicos de los pacientes con sus emociones impulsamos al sujeto a expresar emociones por escrito, en conversaciones individuales y en grupo (empezando en grupos pequeños y progresando a grandes).
- Si el paciente niega la experiencia estresante, o ciertas emociones, la conversación tendrá que ser menos directa. Confrontar su negación fortalecerá la propia negación si el paciente aún no está preparado para afrontarlo.
- Educa al enfermo y su familia o persona cercana en síntomas físicos, estrés y habilidades de manejo del estrés.
- Intenta identificar con el paciente, de forma gradual, la conexión entre la ansiedad y el estrés y la exacerbación de sus síntomas físicos.
- Anima al paciente a seguir identificando sus estresadores y trata de buscar formas de manejarlos junto a él directamente. Anímalo a seguir con la terapia si es preciso.
- Anima al enfermo a desarrollar un sistema social de apoyo para continuar hablando de emociones (personas significativas, miembros de un grupo terapéutico o de apoyo).
- Animar al paciente a reforzar su salud física (p. ej., ejercicio, nutrición).

Trastornos disociativos

Este grupo de trastornos presentan la característica esencial de consistir en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. Estos trastornos presentan síntomas graves, asociados a acontecimientos traumáticos o estresantes (DSM-IV).

En la revisión de criterios diagnósticos del DSM-5 se ha llegado a valorar si la clasificación de estos trastornos correspondía con el grupo de los relacionados con el estrés y el trauma (trastorno por estrés agudo, trastornos adaptativos, trastorno por estrés postraumático y trastorno reactivo del apego), aunque, definitivamente, han formado una categoría aparte.

Desde una explicación neurobiológica, se comparan las respuestas disociativas con la conducta defensiva animal en el momento de sufrir un ataque, en el que se produce analgesia, entumecimiento emocional y alarma. Algunos autores concluyen que la fenomenología clínica de estos pacientes coincide con los indicadores de una inhibición excesiva a nivel límbico (Brandt et al., 2012).

Un modelo psicológico de la disociación es el propuesto por Braun en 1998, denominado BASK (conducta [*Behavior*], afecto [*Affect*], sensación [*Sensation*], conocimiento [*Knowledge*]), en el que la persona en estado disociado, en algunas o en todas las conexiones entre estos factores de la experiencia de un acontecimiento, puede tenerlas total o parcialmente cortadas y, aparentemente, recombinadas caprichosamente (Fine, 1997).

Stuart (2006) plantea el autoconcepto como el conjunto de todas las ideas, creencias y convicciones que constituyen el conocimiento de sí mismo de una persona y que influye en las relaciones con los demás. Incluye la percepción de uno mismo de las características y las capacidades personales, las interacciones con otras personas y el entorno, los valores asociados con las experiencias y los objetos y los objetivos e ideales. Desde esta perspectiva del autoconcepto expone las conductas disociativas (como la despersonalización o el trastorno de personalidad múltiple) como experiencias subjetivas de una rotura total o parcial del propio yo y la desintegración y desorganización del propio autoconcepto.

La CIE-10 muestra diferencias en los trastornos clasificados respecto a las clasificaciones DSM. A diferencia de las clasificaciones de la APA (DSM), en la CIE-10 los trastornos disociativos comprenden: amnesia disociativa, fuga disociativa, estupor disociativo, trastornos de trance y de posesión, trastornos disociativos de la motilidad, convulsiones disociativas, anestesia y pérdidas sensoriales disociativas y diversos tipos de trastornos disociativos relacionados con la conversión.

Definición y clínica de los trastornos disociativos

En los siguientes apartados se describen las características específicas de los trastornos que han sido definidos como disociativos hasta el DSM-IV-TR (APA, 2002). Debe destacarse que en algunas clasificaciones la reacción de conversión se considera un fenómeno disociativo, como anteriormente se describía en las neurosis de histeria, pero en el DSM se ha incluido en los trastornos somatomorfos.

Para la evaluación de los trastornos disociativos debe tenerse en cuenta la perspectiva intercultural, ya que estos trastornos son una expresión frecuente y aceptada de las actividades culturales y de las costumbres religiosas de muchas sociedades. El trastorno disociativo no siempre debe considerarse patológico por sí mismo, ya que, generalmente, no produce malestar ni deterioro, ni induce a búsqueda de ayuda.

Amnesia disociativa

La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

Debe diferenciarse del trastorno mnésico debido a enfermedad médica porque en ésta es posible establecer la relación con una alteración neurológica específica o de otra enfermedad médica. En la amnesia debida a traumatismo cerebral la alteración de la memoria es a menudo de tipo retrógrado (olvida algún tiempo antes del traumatismo); en la amnesia disociativa la dificultad para recordar suele ser anterógrada (olvida un período de tiempo posterior a la lesión). Debe diferenciarse de la pérdida de memoria de la demencia y los estados confusionales, porque estos olvidos se encuentran en un marco general de deterioro cognoscitivo, lingüístico, afectivo, perceptual, comportamental y atencional, mientras en la amnesia disociativa estas capacidades están conservadas.

En los trastornos por estrés postraumático y en el trastorno por estrés agudo puede existir amnesia del acontecimiento traumático; de igual modo, los síntomas disociativos forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno de somatización; en estos casos no se diagnostica amnesia disociativa si este trastorno ocurre exclusivamente durante el curso de los anteriores.

Es difícil diferenciar la amnesia disociativa de la simulación; la amnesia simulada es más frecuente en personas con sintomatología aguda y florida y en contextos donde la ganancia secundaria potencial es evidente (problemas económicos o legales).

Fuga disociativa

La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del

individuo. Confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).

Debe distinguirse de los síntomas que son efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) o de una sustancia; también debe diferenciarse del comportamiento semiintencionado o desorientado de las personas que sufren crisis epilépticas parciales complejas.

En el DSM-5, este trastorno es un subtipo de la amnesia disociativa y no un trastorno diferenciado.

Trastorno de identidad disociativo

Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo). Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo. Incapacidad para recordar información personal importante, pues es demasiado abundante para explicarla con la presencia del olvido ordinario.

Debe distinguirse de los comportamientos de los individuos que presentan crisis epilépticas, normalmente breves y sin la estructura compleja y resistente de las identidades y el comportamiento en el trastorno de la identidad disociativa. Este trastorno no debe ser diagnosticado si estos síntomas son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., el comportamiento automático o caótico en las intoxicaciones alcohólicas). Este diagnóstico prevalece sobre cualquier otro trastorno disociativo.

En el DSM-5 se introducen cambios relevantes. Se propone que los síntomas de cambio de identidad deben ser no sólo informados, sino también observados, y la incapacidad para recordar puede afectar tanto a los acontecimientos cotidianos como a los sucesos traumáticos. También son incluidas en la descripción de la desorganización de la identidad las experiencias de posesión patológica presentes en ciertas culturas.

Trastorno de despersonalización

Consiste en la presencia de episodios persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño). El individuo se siente como si fuera un autómatas o estuviera viviendo en un sueño o en una película. El sentido de la realidad permanece intacto. La despersonalización causa un sufrimiento significativo desde el punto de vista clínico o un deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Debe diferenciarse de los síntomas debidos a enfermedad médica (epilepsia) y de la despersonalización por los efectos de una sustancia (puede ser un síntoma en la intoxicación o abstinencia del alcohol). Si estos síntomas aparecen en el

transcurso de una crisis de pánico en el trastorno de angustia, de forma exclusiva en una fobia (específica o social), en un trastorno por estrés agudo o en un trastorno por estrés postraumático no debe confundirse con el diagnóstico de despersonalización de forma separada.

En el DSM-5, este trastorno pasará a denominarse despersonalización/desrealización, incluyendo el criterio de desrealización, un síntoma disociativo que antes formaba parte de los trastornos disociativos no especificados en el DSM-IV-TR.

Tratamientos de los trastornos disociativos

La mayoría de los estados disociativos tienden a remitir al poco tiempo, especialmente si el comienzo se relacionó con un suceso traumático, pero también se presentan estados crónicos de aparición lenta y progresiva, relacionados con problemas insolubles o dificultades personales.

La sociedad internacional para el estudio del trauma y la disociación (ISSTD) propone una línea de tratamiento que corresponde con las medidas ante el trauma emocional:

1. Habrá una primera fase de estabilización, donde, además, se fortalece al paciente. Se enfatiza el establecimiento de una buena alianza terapéutica y la educación acerca de los problemas del paciente y el proceso de tratamiento.
2. Segunda fase de procesamiento de los recuerdos.
3. Tercera fase de reconexión, donde se trabaja en la reintegración de la personalidad y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social.

El objetivo final del tratamiento es la integración, aunque no todos los pacientes con trastorno de la identidad disociativa serán capaces de integrar sus recuerdos traumáticos.

Tratamiento farmacológico de los trastornos disociativos

Ningún fármaco ha demostrado resolver los síntomas, pero son empleados para tratar cuadros coexistentes, paliar la disforia y disminuir algunos síntomas relevantes. Se han utilizado ansiolíticos y sedantes como paliativos, pero sin mostrar alivio completo. Para los síntomas depresivos y ansiosos han parecido útiles los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Manual del residente en psiquiatría).

Tradicionalmente, en el tratamiento del trauma, en las entrevistas, se ha empleado el amobarbital sódico para facilitar datos del acontecimiento desencadenante en la amnesia disociativa, pero no se ha mostrado superior a un placebo en la generación de información clínicamente útil.

Terapia psicológica de los trastornos disociativos

Se ha descrito un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno disociativo de identidad y de problemas similares por [Fine \(1997\)](#). Desde este modelo, se considera que el trastorno disociativo de identidad (TDI) es una psicopatología compleja que se acompaña de perturbaciones de la identidad y de la memoria. Se considera que los pacientes con un TDI se enfrentan a un trastorno de la realidad múltiple; suelen vivir y funcionar con niveles de implicación hipnótica que fluctúan y alternan en realidades internas y externas. Por consiguiente, la terapia para el TDI tiene que incorporar la provocación de un cuidadoso desequilibrio entre los sentimientos y los pensamientos establecidos y una frecuente reestabilización. La tarea del terapeuta es sacar a la superficie lo que estaba oculto (las otras realidades, los otros estados del yo, las otras personalidades con sus experiencias correspondientes) y ayudar al paciente como un todo a reconocer, metabolizar y reabsorber, por medio de la abreacción y posterior procesamiento, las experiencias contenidas en las otras personalidades, en estados distintos del yo o en realidades alternas.

Plan de cuidados de enfermería en trastornos disociativos

Diagnósticos NANDA relacionados con autoconcepto

- **Diagnósticos principales NANDA** ([Stuart, 2006](#)):
 - Trastorno de la imagen corporal.
 - Disposición para mejorar el autoconcepto.
 - Déficit de autoestima (crónico, situacional, riesgo de situacional).
 - Alteración en el desempeño del rol.
 - Trastorno de la identidad personal.
- **Diagnósticos NANDA relacionados con el rango de posibles respuestas maladaptativas:**
 - Ansiedad.
 - Trastorno de la comunicación verbal.
 - Afrontamiento ineficaz.
 - Desesperanza.
 - Impotencia.
 - Alteración de los patrones de la sexualidad.
 - Deterioro de la interacción social.
 - Sufrimiento espiritual.
 - Alteración de los procesos de pensamiento.

Plan terapéutico de enfermería para respuestas maladaptativas ante el autoconcepto

Para ofrecer un enfoque de intervención adecuado para enfermería, partiendo del

diagnóstico NANDA de déficit de autoestima crónica, y con el objetivo de conseguir un máximo de autorrealización en el paciente para desarrollar su potencial, [Stuart \(2006\)](#) establece las siguientes intervenciones:

1. El paciente establecerá una relación terapéutica con la enfermera/o.
 - a. Confirmar la identidad del paciente.
 - b. Proporcionar medidas de apoyo para reducir el nivel de ansiedad.
 - c. Poner límites a la conducta inadecuada.
 - d. Trabajar con cualquier punto fuerte del yo que tenga el paciente.
 - e. Reforzar la conducta adaptativa.
2. El paciente expresará sentimientos, conductas y pensamientos relacionados con los factores estresantes presentes.
 - a. Ayudar al paciente a expresar y describir los sentimientos y pensamientos.
 - b. Ayudar al paciente a identificar sus propias virtudes y debilidades, el ideal de sí mismo y las autocríticas.
 - c. Responder con empatía, destacando que el poder para cambiar está dentro del paciente.
3. El paciente evaluará las consecuencias positivas y negativas de sus respuestas ante el autoconcepto.
 - a. Identificar los factores estresantes significativos y cómo los evalúa el paciente.
 - b. Aclarar las creencias erróneas y las distorsiones cognitivas.
 - c. Evaluar las ventajas e inconvenientes de las respuestas de afrontamiento actuales.
4. El paciente identificará una nueva meta y dos respuestas de afrontamiento adaptativas.
 - a. Animar al paciente a formular una nueva meta.
 - b. Ayudar al paciente a definir con claridad el cambio que se debe hacer.
 - c. Utilizar el ensayo de rol, el moldeado del rol y la visualización para practicar la nueva conducta.
5. El paciente aplicará las nuevas respuestas adaptativas ante el autoconcepto.
 - a. Proporcionar oportunidades al paciente para experimentar el éxito.
 - b. Reforzar las virtudes, habilidades y respuestas de afrontamiento adaptativas.
 - c. Dar al paciente tiempo suficiente para que cambie.
 - d. Facilitar la participación del grupo y la familia.
 - e. Proporcionar la cantidad adecuada de apoyo y refuerzo positivo para que el paciente mantenga el progreso y el crecimiento.

Lecturas recomendadas

- Abbey SE, Trastorno de somatización y trastorno somatomorfo. En: Levenson, JL. Tratado de medicina psicosomática. Tomo I, 1.^a ed. Barcelona, Ars Medica, 2006; 275-99.
- American Psychiatric Association *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, reimp.* Barcelona: Masson; 1995.
- American Psychiatric Association *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2002.
- APA: DSM-5 Development [Internet]. Arlington: American Psychiatric Association; c2013a [citado 3 enero 2013]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- APA: Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [Internet]. Arlington: American Psychiatric Association; c2013b [citado 3 enero 2013]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Brand BL, Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ y Spiegel D. Where Are We Going? An Update on Assessment, Treatment, and Neurobiological Research in Dissociative Disorders as We Move Toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation* 2012; 13(1): 9-31, DOI: 10.1080/ 15299732.2011.620687. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.620687>
- Clark MR, Chodynicky MP. Dolor. In: Levenson JL, ed. *Tratado de medicina psicosomática. Tomo II*. 1.^a ed. Barcelona: Ars Medica; 2006:853–893.
- Fine CG. Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno disociativo de identidad y de problemas similares. En: Caballo, VE. (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1, 1.^a ed. Madrid, Siglo XXI, 1997; 335-52.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Unidad de trastornos somatomorfos: el modelo Zaragoza. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero-15 de marzo 2000 [citado: 03/01/2014]; conferencia 49-CI-C [21 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_c.htm
- García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Oliván B. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2005;10(1):15–23.
- International Society for the Study of Trauma and dissociation (ISSD). [Internet]. Disponible en : <http://www.issd.org/>
- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining Medically Unexplained Symptoms. *Can J Psychiatry*. 2004;49(10):663–672. Disponible en: <https://www1.cpa-apc.org/publications/archives/cjp/2004/october/kirmayer.pdf>.
- Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*, 2.^a reimp. Barcelona: Labor; 1979.
- López Santiago J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002;7:73–93. disponible en: <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/viewFile/3923/3778>.
- Manual del residente en psiquiatría. Madrid, Ene Life Publicidad y Editores, 2009. Disponible en: http://www.unioviado.es/psiquiatria/doctorado/TOMO_I_Residente_en_Psiquiatria.pdf
- Mayou RA. Somatization. *Psychother Psychosom*. 1993;59:69–83.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K y Sharpe M. Somatoform disorders: Time for a New Approach in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 847-55, DOI:10.1176/appi.ajp.162.5.847.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Guía para la elaboración del programa de salud mental en atención primaria de salud, 1.^a ed. Madrid, Autor, 1985.
- Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Meditor, 1994.
- Sánchez-García M. Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2013;13(2):255–270. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num2/360.html>.
- Sánchez-García M. Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de psicología*. 2014;30(2):412–421. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/170271>.
- Schultz JM, Videbeck SL. *Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing care plans*. 8.^a ed. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Stuart GW. Respuestas ante el autoconcepto y trastornos disociativos. In: Stuart GW, Laraia MT, eds. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. 8.^a ed. Madrid: Elsevier; 2006:303–329.

SECCIÓN 2.6

Trastornos psicofisiológicos

Capítulo 14: Trastornos de la conducta alimentaria

Capítulo 15: Trastornos del sueño

Capítulo 16: Disfunciones sexuales y trastornos de la identidad sexual

CAPÍTULO 14

Trastornos de la conducta alimentaria

Viviana Tartakowsky Pezoa

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 156

Aspectos generales 156

Historia 156

Definiciones 156

Manifestaciones de cada trastorno 157

Anorexia nerviosa 157

Bulimia nerviosa 157

Clasificación 157

Anorexia nerviosa 158

Sintomatología 158

Diagnóstico diferencial 158

Comorbilidades frecuentes 158

Bulimia nerviosa 158

Sintomatología 158

Diagnóstico diferencial 158

Comorbilidades frecuentes 158

Teorías explicativas 159

Factores predisponentes 159

Individuales 159

Familiares 159

Socioculturales 160

Factores desencadenantes 160

Tratamiento 160

Descripción general 160

Pasos a seguir 160

Tratamiento farmacológico 161

Para anorexia nerviosa 161

Para bulimia nerviosa 161

Pronóstico 161

Plan de cuidados, diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería 161

Relación terapéutica 161

Plan de cuidados 162

Intervención y resultados 162

OBJETIVOS

- Comprender el concepto de trastorno alimenticio.
- Conocer, clasificar y evaluar las principales manifestaciones clínicas de los trastornos alimentarios.
- Identificar los distintos trastornos relacionados con la alimentación, a saber, anorexia y bulimia: definición, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.
- Conocer el tratamiento farmacológico de cada uno de los trastornos alimenticios.
- Aplicar los cuidados de enfermería al paciente con trastorno alimenticio.

Desde el campo de la enfermería hay mucho que aportar en la materia de

trastornos alimentarios, ya que, por una parte, *los/as enfermeros/as están habituados a controlar la dieta y los hábitos alimenticios de sus pacientes* y, por otra, están habituados a *trabajar con profesionales de diversas disciplinas*, lo cual se constituye en un requisito ineludible para la prevención y tratamiento de este tipo de patologías. Además, estos profesionales tienen experiencia en la *promoción y prevención* de este tipo de alteraciones, lo que posibilita la observación del trastorno desde una perspectiva global en el continuo salud/enfermedad.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son un *problema frecuente* de salud de las *sociedades industrializadas del mundo occidental*. Si bien es posible identificar signos de esta patología desde las antiguas civilizaciones romanas en sus ritos generadores de estatus de vomitar después de comer, es indudable que éstas han proliferado con fuerza en el mundo actual, constituyéndose en problemas de salud pública para muchas naciones.

Si bien muchas veces los sujetos no cumplen con toda la sintomatología descrita para dar cuenta de un cuadro clínico completo —la que se presentará en el siguiente capítulo—, no cabe duda de que *muchas personas pueden presentar uno o más signos* de un trastorno de esta índole.

No cabe duda de que el ritmo vertiginoso que conlleva la posmodernidad, sumado a la *proliferación de la comida rápida en acoplamiento paradójico con los modelos de belleza asociados a la delgadez*, hacen un excelente caldo de cultivo para la proliferación de desórdenes relevantes en los hábitos alimenticios de las personas.

En este contexto, el mundo actual, cada vez con mayor fuerza, enfatiza la *preocupación por la imagen corporal* por encima del desarrollo de otras facetas del ser humano, entendiéndose el concepto de *imagen corporal* como cada persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Tal como se ha descrito, existen manifestaciones subclínicas de la enfermedad que no son factibles de cuantificar con exactitud. Este hecho hace que la *tasa actual de prevalencia de estos trastornos no se coteje con la real magnitud de la problemática* de quienes no llevan una alimentación saludable y tienen diversos grados de alteración de la percepción de su propio cuerpo y de su peso corporal. Específicamente, estas dos características configuran el núcleo de los trastornos de la alimentación más frecuentemente descritos en los distintos manuales de psiquiatría existentes en la actualidad, a saber: *la anorexia y la bulimia nerviosa*.

Con respecto a ambas, en general, la literatura describe una *prevalencia de 0,5 a 1% para la anorexia y de 1 a 3% para la bulimia*, insistiendo en que estas cifras sólo dan cuenta de aquellos sujetos que presentan el cuadro sintomatológico completo, dejando fuera los tipos subclínicos.

El recorrido teórico del tema con respecto a la diferenciación de género en la aparición de este tipo de patologías da cuenta de que *cerca de un 90% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres*. Si bien esta tendencia se ha mantenido en el tiempo, también todos los autores hacen mención al hecho de que el cuadro paulatinamente *se ha incrementado en el género masculino*.

Estos trastornos pueden iniciarse en el período de la *adolescencia y adultez temprana, entre los 10 y 14 años*. Sin embargo, la mayor cantidad de casos se da en la adolescencia, entre los 15 y 17 años.

Aspectos generales

Los trastornos alimenticios son concebidos como *alteraciones graves de la conducta alimentaria* de los sujetos.

Historia

Tal como se ha señalado, estos trastornos no son algo nuevo en la historia de las sociedades, ya que, a principios del *siglo xvii*, un médico inglés llamado *Richard Morton* hizo la *primera descripción del cuadro clínico de la anorexia nerviosa*.

El término de *anorexia nerviosa* fue acuñado en Inglaterra, por *William Gull*, en el *siglo xix*. En esa época, *Lasègue*, un psiquiatra francés, empezó a generar comprensiones de ésta como un cuadro nervioso, incorporando no sólo la perspectiva biológica, sino la psicológica y social.

En relación a la *bulimia nerviosa*, fue también en este siglo cuando *Hooper* usó el término de *bulimia emética*.

En 1903, se describe el primer cuadro clínico de *bulimia* y diez años después *Simmonds*, un patólogo alemán, le dio una explicación endocrinológica a la *anorexia nerviosa*, a la que se la describió como «caquexia hipofisaria».

Por su parte, *Freud (1923)* se refiere a la *anorexia* como un cuadro presente en las niñas jóvenes de clases acomodadas, que pareciera ser una melancolía en presencia de una *sexualidad no desarrollada*, enfatizando en estos cuadros la *pérdida de la libido*, del *apetito sexual*.

Estas teorías se mantuvieron hasta que apareció el *movimiento psicoanalítico*, el cual, en la *década de los cuarenta*, estableció que la *anorexia nerviosa* simbolizaba el *repudio de la sexualidad*, con predominancia de *fantasías de embarazo oral*.

Sólo al finalizar los años sesenta *Russell* realiza la primera definición de *bulimia nerviosa* como un trastorno severo de la conducta alimentaria caracterizado por episodios de *sobreingesta y voracidad*, a los que le siguen vómitos, toma de laxantes y/o diuréticos para anular las consecuencias. Sin embargo, no fue reconocida hasta 1980, al incluirse en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su tercera versión (DSM-III).

Definiciones

Se ha descrito la *anorexia nerviosa* como el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales asociados a la edad y talla. Curiosamente, la palabra *anorexia* tiene raíz griega y significa *ausencia de apetito*, lo cual dista mucho de lo que ocurre realmente con la persona que padece esta enfermedad.

Por su parte, la *bulimia nerviosa*, que etimológicamente viene del latín y a su vez del griego, significando *hambre en exceso o hambre de buey*, tiene cierta relación con el trastorno, que se describe como *episodios recurrentes de voracidad*

en la conducta alimentaria seguidos por conductas compensatorias, inapropiadas, tales como: provocación del vómito, uso de fármacos como laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo. Ambos trastornos comparten el hecho de que los sujetos que lo padecen presentan una alteración importante en la percepción de su propio cuerpo y en su peso corporal. En este sentido, algunos autores estiman que esta alteración podría ser considerada *psicótica*, dada la profunda distorsión con respecto a la percepción de su propio cuerpo que presentan los sujetos. Esta hipótesis se ha establecido con mayor fuerza para los casos de anorexia nerviosa.

Se señala que en todos los trastornos alimentarios los *niveles de autoestima dependen del peso y la forma del cuerpo*, lo que hace que la autoimagen de quienes la padecen está restringida sólo a un ámbito de su ser.

Tal como se ha mencionado con antelación, la edad de inicio de estos trastornos es preferentemente en la etapa adolescente. Sin embargo, la literatura expresa que *la anorexia nerviosa tiende a afianzarse en la pubertad o prepubertad y la bulimia nerviosa al final de la adolescencia o inicio de la adultez.*

Manifestaciones de cada trastorno

Anorexia nerviosa

Los pacientes que padecen de anorexia nerviosa tienden a ser personas con *extraordinaria disciplina y autocontrol*. Tienden a pesarse de manera constante y a mirarse de manera obsesiva en espejos, sobre todo en aquellas zonas del cuerpo que consideran obesas (y que naturalmente tienen más grasa corporal, como el abdomen, brazos, muslos, entre otros).

Prácticamente, *nunca buscan apoyo*, ya que tienden a negar que presentan una enfermedad. Si lo llegan a hacer sólo lo hacen por el malestar físico y psicológico que presentan por ingerir tan poca alimentación.

Tienden a *inventar historias poco creíbles con respecto a su alimentación*, por lo que resulta dificultoso para sus familiares tener información exacta de lo que están consumiendo.

Cuando el peso de estas personas es muy bajo, pueden observarse los siguientes síntomas:

- Animo depresivo.
- Retraimiento social.
- Irritabilidad.
- Insomnio.
- Baja de interés sexual.

Otras *características claves* del trastorno son:

- Preocupación por comer en público.
- Sentimiento de incompetencia.
- Necesidad de controlar el entorno.
- Pensamiento inflexible.
- Poca espontaneidad social.
- Restricción de la expresión emocional e iniciativa.

Además de lo anterior, pueden aparecer *alteraciones en exámenes de laboratorio*:

- En hemograma: leucopenia y anemia.
- Bioquímicamente: urea en la sangre por deshidratación.
- Hipercolesterolemia.
- Si es que presentan vómitos, puede observarse alcalosis metabólica.
- Respuestas anormales a pruebas endocrinas.
- Regresión del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal en ambos sexos (patrón de hormona luteinizante similar a puberales o prepuberales).
- Electrocardiograma: bradicardia sinusal.

También se observa estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. Emaciación, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos presentan lanugo (vello delgado que aparece sobre la piel) y bradicardia.

El vómito provocado produce erosiones dentales, cicatrices o callosidades en las

manos, específicamente en los nudillos. Esto último se conoce como *signo de Russel*.

Se señala que si bien existen *factores que predisponen* o explican la enfermedad (que serán tratados con posterioridad), siempre hay *elementos que provocan* la aparición de la enfermedad, asociados a eventos estresantes.

Bulimia nerviosa

Los pacientes con bulimia nerviosa también sienten *vergüenza por sus conductas e intentan ocultar sus síntomas*. Esto les resulta de menor complejidad que a los pacientes que sufren de anorexia, debido a que mantienen el peso normal o incluso pueden presentar obesidad.

Los atracones en general son de alimentos dulces y de alto contenido calórico y estos episodios sólo culminan cuando ya no pueden comer más o sienten dolor por la plenitud estomacal. Los atracones dan cuenta de una *falta de control*, sintiéndose incapaces de poder detener la ingesta de alimentos o la calidad de los mismos. Estos atracones les originan desprecio o ánimo depresivo.

Entre atracones, los sujetos tienden a consumir *alimentos light o a no comer* (régimen estricto), lo que acrecienta la voracidad.

Por su parte, las conductas compensatorias inadecuadas se realizan de manera repetida con el fin de no ganar peso. Las *purgas alteran el equilibrio electrolítico*, generan alcalosis metabólica (por pérdida de ácido clorhídrico) y *acidosis metabólica por diarreas*.

Los vómitos generan pérdida del esmalte dental y callos o lesiones en las manos.

También se producen *irregularidades del ciclo menstrual o amenorrea* en la mujer. En los varones que la padecen, no hay alteraciones homogéneas a este nivel.

Clasificación

La clasificación propuesta por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición revisada (en adelante DSM-IV TR) de la American Psychiatric Association, y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (en adelante CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concuerdan en las ideas centrales que permiten la definición de los trastornos alimentarios, incluyendo la anorexia y la bulimia nerviosa como los principales exponentes de este tipo de patologías.

Sin embargo, el *CIE-10 incorpora además en esta clasificación la obesidad*, la cual no es señalada en DSM-IV TR, que considera que no hay evidencia suficiente para establecer conexiones entre esta y otros síndromes psicológicos o conductuales. Además, se incluye la clasificación de cuadros no especificados para posibilitar la incorporación de algunos síndromes que no presentan la totalidad de síntomas necesarios para la clasificación en alguno de ellos.

Anorexia nerviosa

Sintomatología

En este contexto, se clasifica la *anorexia nerviosa* a partir de cuatro signos:

1. El rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal a su edad y talla. DSM-IV expresa que el peso debe ser inferior al 85% de acuerdo a la edad y talla, en tanto CIE-10 manifiesta que el individuo debe tener un IMC (índice de masa corporal) inferior a 17,5. No obstante esto último, se señala que esto es sólo una referencia, ya que debe considerarse la constitución física e historia previa del individuo.
2. Miedo a ganar peso.
3. Alteración significativa de la forma o tamaño del cuerpo.
4. En mujeres pospuberales, debe existir amenorrea, o sea, ausencia de su período menstrual por al menos 3 ciclos.

Además, se especifica la existencia de dos subtipos, a saber:

1. **Restringido**: caracterizado por la poca ingesta de alimentación, a través de dietas, ayunos o ejercicios excesivos. (Se entiende por ejercicio excesivo aquella actividad física inapropiada en cantidad, realizada en momentos o lugares inapropiados, a pesar de estar lesionado, etc.)
2. **Compulsivo/purgativo**: corresponde a casos en que el sujeto recurre a vómitos inducidos o al uso de fármacos como laxantes, enemas o diuréticos.

Cabe señalar que en CIE-10 se agrega que la pérdida de peso en el cuadro de anorexia se da por evitación de comida grasa y que en el varón, además, se da una merma del interés y la potencia sexual (equivalente a la amenorrea en la mujer).

Por otra parte, se ha descrito la anorexia nerviosa atípica para los casos en los

que faltan una o más de las características principales del cuadro, como amenorrea o pérdida significativa de peso.

Diagnóstico diferencial

Es relevante distinguir la anorexia nerviosa de los cuadros de:

- Otras causas de bajadas de peso.
- Enfermedades médicas (digestivas, neoplasias ocultas, tumores cerebrales, entre otras).
- Trastorno depresivo: en este caso, es relevante señalar que es frecuente la comorbilidad de ambos trastornos.
- Fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico.

Comorbilidades frecuentes

Tal como se expresó con antelación, es frecuente que la anorexia nerviosa se dé en conjunto con cuadros depresivos y con trastornos de personalidad, principalmente del tipo obsesivo.

Bulimia nerviosa

Sintomatología

Por su parte, en el caso de la bulimia nerviosa, DSM-IV y CIE-10 tienen criterios prácticamente idénticos, caracterizados por la presencia de los siguientes síntomas:

1. **Atracones recurrentes y conductas compensatorias, las cuales deben manifestarse al menos dos veces a la semana y por tres meses:** se definen los atracones como consumo a lo largo de un período corto de tiempo (generalmente, menos de dos horas), de una cantidad de comida superior a lo que una persona normal lo haría. Por supuesto, debe considerarse el contexto, ya que resulta ser muy distinto si esto ocurre en un evento o celebración. En general, los sujetos consumen en soledad. Por su parte, la conducta compensatoria más habitual es el vómito inducido. Estas conductas se realizan para hacer desaparecer el malestar que provoca el exceso de comida y además para disminuir el temor a ganar peso. La literatura señala que entre un 80 y un 90% de los casos de bulimia nerviosa la conducta de compensación es el vómito autoinducido. El resto de los casos utiliza laxantes o diuréticos como conducta compensatoria
2. **Preocupación excesiva por la silueta y el peso corporal.** En este sentido, su autoestima está muy relacionada con la apariencia y el peso corporal.
3. Mantenimiento de un **peso normal** (a diferencia de la anorexia nerviosa de tipo purgativo).

Los criterios del DSM-IV y CIE-10 difieren en que para el primero tiene preferencia el diagnóstico de anorexia nerviosa sobre la bulimia si la primera se da con atracones regulares. Para CIE-10 es todo lo contrario, excluyéndose el

diagnóstico de anorexia nerviosa si se dan atracones regulares.

Por su parte, al igual que en la anorexia nerviosa, se definen dos subtipos de bulimia nerviosa, a saber:

1. **Purgativa**: cuando el sujeto emplea laxantes, diuréticos, vómito autoinducido o aplicación de enemas para bajar de peso.
2. **No purgativo**: cuando la persona utiliza el ayuno o el ejercicio excesivo para bajar de peso.

Diagnóstico diferencial

Es relevante distinguir la bulimia nerviosa de los cuadros de:

- Trastornos depresivos, tanto depresión mayor como distimia.
- Trastornos de ansiedad.
- Dependencia y abuso de sustancias (primordialmente alcohol y estimulantes).
- Trastornos de personalidad, preferentemente limítrofe.

Comorbilidades frecuentes

No obstante la necesaria diferenciación de los cuadros clínicos, es muy frecuente la comorbilidad de la bulimia nerviosa con cuadros depresivos, ansiosos y el trastorno de personalidad límite.

Además de la anorexia y la bulimia, se habla de otros trastornos no especificados, siendo aquellos en los que hay criterios de anorexia, pero sin ausencia de menstruación, o con el peso dentro de la normalidad; o de bulimia nerviosa, en los cuales las conductas compensatorias no superan las dos ocasiones a la semana o en períodos de menos de 3 meses. También se incorporan aquellos cuadros que desarrollan pautas de conducta compensatorias inapropiadas de forma continuada, transgresiones leves de la dieta o masticar y expulsar cantidades importantes de alimentos manteniendo el normopeso.

Teorías explicativas

Factores predisponentes

Resulta de utilidad conocer los elementos explicativos que posibilitan el desarrollo de los trastornos alimenticios para que pueda el personal de enfermería, por una parte, intervenir en algunos de ellos y, por otra, fomentar la empatía con quienes la padecen y sus familias.

Es indudable que estos trastornos se generan por múltiples factores, los cuales se dan, además, en diversos niveles.

Individuales

A nivel biológico no han podido establecerse de manera concluyente factores que predispongan un trastorno alimentario de manera aislada. Se habla entonces de elementos que en conjunto generan mayor vulnerabilidad, estableciéndose algunas hipótesis acerca de la etiología de estos trastornos relacionadas con *desequilibrios químicos de los receptores neuronales*, como la *serotonina*, o de *transmisión genética*.

A nivel individual, o sea como características de los sujetos que los hacen proclives a la generación de trastornos de esta índole, puede mencionarse un *bajo nivel de autoestima*, que depende absolutamente del peso y de la forma corporal, y eclipsa otras facetas de los sujetos que la padecen.

Por otra parte, se ha establecido que estas patologías suelen ser *egosintónicas*, con escasa conciencia de enfermedad. Si bien esta característica se apreciaría con mayor fuerza en la anorexia, sería común tanto para ésta como para la bulimia la utilización de la *negación y la minimización como mecanismo de defensa* para lidiar con el conflicto. Esto quiere decir que el sujeto tiende a *negar o minimizar su enfermedad y a evadir el tema o mentir* para ocultar los síntomas reales.

Otro punto interesante es la relación con el *temor de la sexualidad* o dificultades en esta área que se registran en pacientes con trastornos alimenticios. Si bien esto se asocia con mayor frecuencia a los casos de anorexia nerviosa, es importante observar e indagar en esta esfera en todo este tipo de patología. Este fenómeno está asociado al deseo intenso de no presentar un cuerpo adulto, sino longilíneo, vinculado con el desarrollo de una *corporeidad más infantil que adulto*. En esta línea, siguiendo el discurso de [Freud \(1923\)](#) y del psicoanálisis, las conductas anoréxicas surgen por una conducta ascética para reprimir los deseos, un deseo de prolongar la infancia, un rechazo a la sexualidad adulta o una ruptura entre el yo central y el yo corporal.

La *escisión como mecanismo de defensa* para enfrentar la ansiedad y/o la angustia también es frecuente en estas personas. Esto las conduce a tener *pensamientos dicotómicos de todo o nada*, lo cual se traduce también en el ámbito de sus afectos (amor y odio) o conductualmente (comer todo o nada). Esta misma

división hace que los pacientes muestren una fachada o *falso self*, distinto a lo que realmente sienten consigo mismos, ocultando su vulnerabilidad a las otras personas.

A su vez, otros autores hipotetizan que en estos cuadros los sujetos *no logran alcanzar un buen proceso de simbolización*, lo que produce cierta atrofia en su aparato psíquico, en su función reflexiva. Esto conlleva a que, en vez de reflexionar acerca de sus dificultades, *todo lo resuelvan conductualmente*, consumiendo o no ingiriendo alimentos. Esta hipótesis explicaría lo *oral*, propio de estos trastornos, el *estancamiento de su desarrollo vital* y la psicosis presente.

Por otra parte, se han descrito *dificultades en el control de impulsos*, tanto para la anorexia como para la bulimia, pero en sentido opuesto. El paciente anoréxico tiende a presentar una enorme necesidad de controlar el entorno y a sí mismo, lo cual genera pensamientos inflexibles y poca espontaneidad social a nivel conductual. Por su parte, el paciente bulímico presenta descontrol de impulsos, pensamiento disgregado y baja tolerancia a la frustración. En este sentido, en la *anorexia se observa restricción de la expresión emocional e iniciativa, sucediendo lo contrario en el cuadro de bulimia, manifestándose labilidad emocional*.

Por último, se señala que los pacientes que padecen *anorexia tienden a tener características de personalidad relacionadas con la obsesividad*, siendo detallistas, perfeccionistas y autoexigentes. Tienden a comportarse de manera muy adecuada, son buenos alumnos/as o trabajadores intachables, prolijos y meticulosos. Lo contrario sucede con los *pacientes bulímicos, quienes tienden a tener patrones de conducta más desorganizados y caóticos*, asociándose a los patrones limítrofes de personalidad.

Familiares

Existe cierta concordancia en la literatura de que es posible determinar características comunes en las familias de pacientes con anorexia, lo cual no se expresaría con tanta frecuencia en el caso de la bulimia, en la cual las familias presentarían cierta heterogeneidad en su funcionamiento.

Sin embargo, para ambos trastornos se ha demostrado la presencia de *mayor riesgo de padecer algún trastorno alimentario, si algún familiar de primer grado o línea directa lo ha presentado*.

Además, no obstante la heterogeneidad, las familias de personas con este tipo de trastorno presentarían *patrones relacionales disfuncionales* tales como: problemas de comunicación, conflictos, coaliciones encubiertas, evitación de resolución de los conflictos, incapacidad para la ayuda mutua, exceso de presión para la superación personal y el triunfo, incapacidad para aceptar la autonomía de los hijos y negligencias o malos tratos físicos o emocionales.

En este contexto, una característica frecuente de estas familias sería la *sobreprotección*. Esta conducta anticipatoria de las necesidades del hijo/a impediría que éste desarrollara autonomía y conexión con sus propios estados emocionales,

lo que redundaría en la incapacidad de simbolización antes descrita en la anorexia, inhibiendo el contacto con las propias sensaciones de hambre, frío, dolor, etc. En otros casos sucede lo contrario, *negligencia o malos tratos*, que también impiden a la persona una adecuada conexión y expresión emocional.

Desde el modelo sistémico se habla de familias anoréxicas, dando cuenta de que la configuración familiar en sí misma es la que presenta patologías y que la persona que presenta el síntoma sólo es quien da cuenta de una dinámica disfuncional general. Al respecto, [Selvini Pallazolli, Boscolo, Cecchin y Prata \(1975\)](#) expresan que estos pacientes se sacrifican enfermándose para mantener el equilibrio familiar. En este contexto, el síntoma alimentario sería una forma de evidenciar una dinámica familiar enferma, que trasciende al sujeto y que en general tendría que ver con problemas no resueltos a nivel conyugal.

Otros autores describen roles distintos de género como predisponentes del desarrollo de la enfermedad, a saber: *madre muy preocupada por su apariencia y padre con conducta alimentaria desorganizada, con atracones frecuentes*.

Socioculturales

Es indudable que, a nivel sociocultural, afecta el *culto al cuerpo y la delgadez* imperante en nuestra cultura occidental y los modelos de belleza imperantes. En este sentido, son innegables los efectos de los *medios de comunicación de masas y la publicidad* como factores que potencian la generación de estas enfermedades.

Además, se da la paradoja de que el *culto a la delgadez va unido a la proliferación de la comida rápida y a la pérdida del valor cultural de la comida como rito de compartir y de unión*. El sujeto actual tiende a comer solo, de forma desordenada y alimentos fáciles de consumir en el poco tiempo que le dedica a su nutrición. Esta paradoja explica el incremento de la obesidad en los países industrializados —incluso como problema de salud pública en la infancia y la proliferación de cuadros depresivos— frente a una sociedad que incita a consumir comida basura y a la vez a la delgadez. ¡Cómo no enfermar en este contexto social contradictorio!

Factores desencadenantes

No obstante las teorías explicativas antes descritas, que constituyen factores predisponentes, hay consenso entre los autores en la existencia de factores que provocan la aparición de la patología. En este sentido, se declara que *situaciones de crisis* (normativas o no normativas, asociadas o no al ciclo vital o a eventos inesperados) pueden desencadenar el trastorno. Algunos elementos inductores frecuentes pueden ser: *inicio de la pubertad, problemas escolares, divorcio de los padres, embarazo*, entre otros.

Tratamiento

Descripción general

El tratamiento de los trastornos alimenticios debe necesariamente realizarse desde una *perspectiva integral* de salud, incorporando profesionales de las diversas disciplinas y sabiendo que, en general, son *procesos de larga duración*, de *dos a tres años*, aproximadamente. En este contexto, se considera como mínimo contar con un *médico*, el cual necesariamente debe validar y precisar el diagnóstico, administrar farmacología y velar por la restitución del equilibrio metabólico del paciente. Al respecto, sobre todo en casos de anorexia nerviosa, la *primera tarea es el establecimiento del peso y el equilibrio electrolítico del enfermo*, por lo que se considera necesaria una primera fase de internación en un centro hospitalario. Sólo debe darse el alta cuando la vida del paciente no corra peligro.

Además, resulta necesario que el paciente cuente con un proceso de *psicoterapia*, dado los conflictos psicológicos involucrados en este tipo de cuadros. Éste puede efectuarse por un psicólogo o un psiquiatra con formación en psicoterapia. El modelo teórico a seguir dependerá del terapeuta, evidenciándose resultados positivos desde el modelo cognitivo conductual y posracionalista. Ambos modelos buscan modificar las patologías de base que presenta el paciente, cambiando los pensamientos y, por tanto, las conductas inapropiadas. Uno lo efectúa desde el cambio de la cognición y otro desde la conexión emocional, respectivamente.

Además de lo anterior, se ha demostrado que es muy útil en este tipo de casos el realizar una *terapia familiar* para develar problemas no resueltos que inciden en la patología y/o para buscar aliados para el tratamiento que apoyen los hábitos alimenticios saludables que deben instalarse. Es recomendable que el paciente cuente con un *cuidador o persona responsable* de su tratamiento, en lo posible de su núcleo familiar.

Respecto al cuidado de la alimentación, se requiere el apoyo de un *nutricionista* para diseñar y acompañar en el plan de alimentación saludable.

La *enfermera puede jugar un rol importante al sintonizar este proceso*, siendo una profesional de mucha relevancia para la correcta articulación de los profesionales que intervienen en cada caso, constituyéndose en un vehículo comunicativo, además, entre ellos, el paciente y su familia.

Pasos a seguir

1. Evaluación diagnóstica a cargo del médico de familia y enfermera comunitaria, quienes derivan a salud mental.
2. Desde salud mental pueden generarse tres caminos, dependiendo de la gravedad detectada en el diagnóstico:
 - a. Hospitalización.

- b. Derivación a centro de día especialista en trastornos alimentarios.
- c. Continuidad en centro de salud mental, con médico y enfermera.

Los *criterios generales de ingreso hospitalario* son:

1. IMC < 15 (o pérdida del 30% del peso previo).
2. Familias con relaciones muy deterioradas.
3. Riesgo de autolesión o suicidio.
4. Pérdida de autocontrol con episodios de voracidad o purgado, o falta de colaboración total con las medidas terapéuticas.
5. Comorbilidad con abuso de drogas o alcohol.
6. Problemas fisiológicos: deshidratación, hipotermia mantenida, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoalbuminemia, leucopenia, edemas en ayunas
7. Trastornos digestivos: distensión abdominal aguda por atonía visceral, diarreas graves, vómitos espontáneos no controlables.
8. Trastornos cardiovasculares.

Tratamiento farmacológico

Al presentar sintomatología diversa de base en los trastornos alimentarios, debe evaluarse cada caso para la correcta administración farmacológica.

Para anorexia nerviosa

En términos generales y al darse el cuadro completo de anorexia nerviosa, se ha demostrado que los antipsicóticos tienen un efecto positivo sobre la enorme alteración de la percepción del propio cuerpo que el paciente presenta. En este sentido, hoy en día se utiliza aripiprazol.

Otros autores señalan uso de:

- Antidepresivos: para el control de impulsos. Se ha utilizado domipramina o paroxetina para el cuadro de anorexia, y fluoxetina para el caso de la bulimia. También se ha utilizado imipramina.
- Eutimizantes-nomitmicos: para normalizar el ánimo, como topiramato.
- Antianorexígenos para estimular el apetito.
- Benzodiazepinas para controlar la ansiedad, como diazepam.

Para bulimia nerviosa

Dado el frecuente y relevante predominio de angustia, suelen administrarse con éxito antidepresivos, en la línea de la ketiapina, que además se constituye en un antipsicótico.

Otros autores expresan el uso de:

- Antidepresivos para el control de impulsos, como fluoxetina.
- Eutimizantes-nomitmicos para normalizar el ánimo, como topiramato.
- Benzodiazepinas para controlar la ansiedad, como diazepam.

Para ambos trastornos, los tratamientos suelen ser de largo tratamiento dado:

- La negación y escasa conciencia de enfermedad antes mencionada, sobre todo en los casos de anorexia nerviosa.
- La profunda distorsión en la percepción de la imagen corporal, ámbito complejo de modificar.
- Los daños en la salud global de las personas que lo padecen en diversos niveles y dependiendo de la sintomatología presente (daños hepáticos, bioquímicos, leucopenia, alcalosis metabólica, entre otros).
- Los arraigados patrones de alimentación disfuncionales que son prácticamente elementos identitarios en estos pacientes.
- Los daños profundos en la autoestima de los pacientes que redundan en sentimientos de ineficacia e incompetencia.

Pronóstico

El pronóstico de los trastornos alimentarios resulta complejo de determinar, dado los cursos variables de la enfermedad, con frecuentes recaídas y ciclos de recuperación. Sin embargo, existe consenso en señalar que para los cuadros completos de *anorexia nerviosa* el pronóstico es muy reservado. En este sentido, puede decirse que, en general, esta patología tiene una tasa de mortalidad entre el 1 y el 10%, aproximadamente —debido a la inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico— y que un número no establecido de pacientes queda con el resabio de la enfermedad para toda la vida. Esto se conoce como *anorexia crónica*.

Tampoco existe acuerdo en la literatura con respecto a si la edad de inicio de la enfermedad se relaciona con el pronóstico, existiendo artículos que avalan perspectivas muy diversas y contradictorias. En lo que sí hay consenso es que la *detección temprana* de la enfermedad resulta muy favorecedora en el pronóstico, dado que se pueden intervenir los patrones disfuncionales cuando éstos aún no están profundamente arraigados. No obstante lo anterior, su ejecución resulta muy complicada, por la falta de colaboración de los pacientes, que suelen avergonzarse de sus conductas e intentan ocultar sus síntomas.

En contraposición, los factores que determinan una evolución más favorable son:

- IMC (índice de masa corporal) >17.
- Ausencia de complicaciones físicas.
- Adecuada motivación para el cambio.
- Soporte sociofamiliar adecuado.

Plan de cuidados, diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería

De acuerdo a la Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria (2014) el plan a desarrollar por enfermería debe contar con las siguientes acciones:

1. Realizar un control del paciente con una periodicidad de al menos una visita por semana.
2. Instaurar plan de cuidados:
 - a. Primera valoración focalizada completa y posteriormente en cada visita reevaluar la situación.
 - b. Realizar las intervenciones y evaluaciones oportunas consecuentes al plan de cuidados.
 - c. Enviar información sobre las variaciones del plan de cuidados al equipo de salud mental.
3. Control y seguimiento del plan farmacológico.
4. Prevención de recaídas.
5. Proporcionar asesoramiento y visitas individualizadas al cuidador o familia.

Relación terapéutica

La literatura describe las siguientes acciones que enfermería debe desarrollar como ejes de la relación terapéutica:

1. Reforzar conductas positivas y pequeños cambios en la línea de la salud.
2. Generar empatía y confianza en el paciente.
3. Determinar la evolución del paciente sistémicamente, considerando los factores biológicos, psicológicos y sociales, entre otros.
4. Integrar en el tratamiento a la familia y a la pareja del paciente.
5. Hacer un seguimiento personalizado de cada caso.

Plan de cuidados

En la actualidad, la enfermería utiliza la valoración por patrones funcionales de Margory Gordon como el método más útil para diagnosticar y hacer seguimiento a un paciente con trastorno alimentario. Cabe señalar que ella está descrita en términos femeninos, dada la prevalencia del trastorno. Además, ésta se aplica al paciente y su entorno (familia, pareja o cuidador). Estos patrones son 11 y corresponden a áreas de funcionamiento del paciente y su entorno. En la evaluación de cada uno de ellos se utilizan diversos instrumentos, como entrevistas clínicas, observación de datos patológicos, pruebas complementarias, test, entre otros

Los patrones a evaluar son:

1. **Patrón de percepción mantenimiento de la salud:** visión de sí misma y su salud/enfermedad.
2. **Patrón nutricional metabólico:** forma en que la paciente se relaciona con su alimentación.
3. **Patrón de eliminación:** intestinal y diurético.
4. **Patrón de actividad/ejercicio:** actividades que realiza, tiempo que le dedica, frecuencia, etc.
5. **Patrón de sueño/descanso:** horas diurnas, nocturnas, presencia de pesadillas, etc.
6. **Patrón cognitivo:** nivel de perseverancia, autoexigencia y competitividad consigo mismo.
7. **Patrón de autoestima/autopercpción:** evaluación de la paciente con respecto a sí misma.
8. **Patrón de rol de relaciones:** roles que la paciente desarrolla.
9. **Patrón de sexualidad:** datos ginecológicos.
10. **Patrón de tolerancia al estrés:** manejo de situaciones de tensión.
11. **Patrón de valores y creencias:** ideales, sueños y cogniciones.

Por otra parte, se han descrito los factores más frecuentes a evaluar por enfermería en los trastornos alimenticios, identificándose 12 de ellos. Estos son:

1. **Trastorno de la imagen corporal:** confusión de la imagen mental del yo físico.
2. **Baja autoestima crónica:** autoevaluación históricamente negativa de sus capacidades.
3. **Baja autoestima situacional:** percepción negativa de propia valía en relación a situación actual.
4. **Desequilibrio nutricional por defecto:** ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
5. **Desequilibrio nutricional por exceso:** ingesta de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.
6. **Afrontamiento defensivo:** proyección de autoevaluación falsamente positiva.
7. **Aislamiento social:** soledad percibida como negativa o amenazadora.
8. **Deterioro de la interacción social:** intercambio social inefectivo, insuficiente o excesivo.
9. **Riesgo de suicidio:** riesgo de lesión autoinflingida con peligro de muerte.
10. **Cansancio en el desempeño de rol del cuidador:** dificultad para ejercer ese rol.
11. **Riesgo de cansancio en el desempeño de rol del cuidador:** vulnerabilidad del cuidador.
12. **Afrontamiento familiar incapacitante:** comportamiento de una persona significativa que inhabilita sus propias capacidades y las de la paciente.

Intervención y resultados

A continuación se presenta la [tabla 14-1](#) donde se recogen los factores a evaluar antes mencionados, junto con las actividades recomendadas ante un trastorno de la alimentación, propuesta por la Nursing Interventions Clasiffication (NIC) con sus respectivos resultados, según el Nursing Outcomes Clasiffication (NOC).

Tabla 14-1

Factores más frecuentes a evaluar por enfermería en los trastornos alimenticios

	NIC	NOC
Trastorno de la imagen corporal	Autoestima (1205)	Potenciación de la autoestima (5400)
	Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años) (0109)	Educación paterna: adolescentes (5562) Fomento del desarrollo: adolescentes (8272)
	Imagen corporal (1200)	Apoyo emocional (5270) Grupo de apoyo (5430) Potenciación de la imagen corporal (5220) Terapia de grupo (5450)
	Modificación psicosocial: cambio estilo de vida (1305)	Aumentar el afrontamiento (5230) Guía de anticipación (5210)
Baja autoestima crónica	Autoestima (1205)	Control del humor (5330) Potenciación de la autoestima (5400) Potenciación de la socialización (5100) Reestructuración cognitiva (4700)
Baja autoestima situacional	Autoestima (1205)	Aumentar el afrontamiento (5230) Control del humor (5330) Enfrentamiento de la asertividad (4340) Potenciación de la autoestima (5400) Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)
Desequilibrio emocional por defecto	Control de peso (1612)	Acuerdo con el paciente (4420) Ayuda a ganar peso (1240) Manejo de los trastornos de la alimentación (1030) Modificación de la conducta (4360) Monitorización nutricional (1160)
	Estado nutricional (1004)	Ayuda a ganar peso (1240) Etapas de la dieta (1020) Manejo de la nutrición (1100) Monitorización de signos vitales (6680)
Desequilibrio nutricional por exceso	Control de peso (1612)	Acuerdo con el paciente (4420) Ayuda a disminuir de peso (1280) Manejo de los trastornos de la alimentación (1030) Modificación de la conducta (4360)
	Estado nutricional (1004)	Enseñanza dieta prescrita (5614) Etapas de la dieta (1020) Manejo de la nutrición (1100)
Afrontamiento defensivo	Autoestima (1205)	Apoyo emocional (5270) Potenciación de la autoestima (5400) Potenciación de la conciencia de sí mismo

	Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años) (0109)	Ayuda a la modificación de sí mismo (4470) Facilitar la autorresponsabilidad (4480) Potenciación de roles (5370)
	Habilidades de interacción social (1502)	Entrenamiento de la asertividad (4340) Estimulación de la integridad familiar (7100) Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
Aislamiento social	Habilidades de interacción social (1502)	Contacto (5460) Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362)
	Implicación social (1503)	Facilitar el perdón (5280) Potenciación de la socialización (5100) Terapia de actividad (4310)
	Integridad de la familia (2603)	Apoyo al cuidador principal (7040) Estimulación de la integridad familiar (7100) Fomento de la normalización familiar (7200)
Deterioro de la interacción social	Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años) (0109)	Fomento del desarrollo: adolescentes (8272) Grupo de apoyo (5430) Guía de anticipación (5210)
	Habilidades de interacción social (1502)	Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362) Potenciación de la autoestima (5400)
	Implicación social (1503)	Humor (5320) Potenciación de la socialización (5100)
Riesgo de suicidio	Autocontrol de impulsos (1405)	Ayuda para el control del enfado (4640) Control del humor (5330) Entrenamiento para controlar impulsos (4340) Prevención del suicidio (6340)
	Integridad de la familia (2603)	Intervención en casos de crisis (6160)
Cansancio en el desempeño de rol de cuidador	Alteración del estilo de vida del cuidador (2203)	Apoyo al cuidador principal (7040) Aumentar el afrontamiento (5230) Cuidados intermitentes (7260) Fomento de la implicación familiar (7110)
Riesgo de cansancio en el desempeño de rol de cuidador	Alteración del estilo de vida del cuidador (2203)	Apoyo al cuidador principal (7040) Aumentar el afrontamiento (5230) Cuidados intermitentes (7260) Fomento de la implicación familiar (7110)
Afrontamiento familiar incapacitante	Control de riesgos (1902)	Identificación de riesgos (6610)
	Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)	Apoyo al cuidador principal (7040) Aumentar el afrontamiento (5230) Cuidados intermitentes (7260) Grupo de apoyo (5430)

Lecturas recomendadas

Abbey SE. Trastorno de somatización y trastorno somatomorfo. In: Levenson JL, ed. *Tratado de medicina psicosomática. Tomo I*. 1.^a ed. Barcelona: Ars Medica; 2006:275–299.

American Psychological Association *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III*. Barcelona: Masson; 1980.

American Psychological Association *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1995.

CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Meditor.

Freud, S. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX - El yo y el ello, y otras obras (1923-1925). 1. El yo y el ello (1923). Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.

Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria, 2014.

En <http://rinconmedico.me/tag/guia-de-cuidados-de-enfermeria-familiar-y-comunitaria>

Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. *Paradosso e controparadosso*. Feltrinelli: Milano; 1975.

CAPÍTULO 15

Trastornos del sueño

Jesús Alberto Jara Arias

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 165

Definición y etiopatogenia 166

 Insomnio 166

 Somnolencia y fatiga 166

 Etiopatogenia del insomnio 166

 Factores predisponentes 166

 Factores precipitantes 167

 Factores perpetuantes 167

Fisiología del sueño 167

Epidemiología 168

Clasificación de los trastornos del sueño 169

 DSM-IV-TR 169

 CIE-10 169

 Disomnia 169

 Parasomnias 169

 Trastornos asociados con alteraciones médicas o
 psiquiátricas 169

 Clasificación internacional de la Asociación
 Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería
 (NANDA) 169

Características y factores relacionados con el insomnio de la NANDA 170

Insomnio no orgánico 170

Hipersomnia no orgánica 171

Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano) 171

Sonambulismo 171

Terrores del sueño (terrores nocturnos) 172

Pesadillas 172

Trastornos no orgánicos del sueño no especificados 172

Narcolepsia 172

Tratamiento 172

Intervenciones psicológicas 172

Estrategias de relajación 172

Control de estímulos 172

Higiene de sueño 173

Restricción de sueño 173

Técnicas cognitivas 173

Tratamiento farmacológico 173

Hipnóticos de acción breve no benzodiazepínicos 173

Benzodiazepinas sedantes-hipnóticas 174

Antidepresivos con propiedades hipnótico-sedantes 174

Papel de enfermería 174

Valoración de patrones funcionales 175

Introducción

La definición de sueño tiene sus antecedentes en la antigua Grecia, lugar en el cual los más conocidos filósofos se reunían para charlar sobre el porqué del sueño; esas largas tertulias no podían ser entendidas por los pobladores que pasaban cerca de ellos, ya que planteaban hipótesis muy extrañas para su época; por ejemplo, supusieron, aunque erróneamente, que el sueño obedecía a un cambio de temperatura o por el incremento de sangre en las venas. Esto no detuvo a las grandes mentes y poco a poco, por medio de sus fructuosas investigaciones, hoy tenemos pleno conocimiento del tema, pero sólo para los interesados.

El estudio científico del sueño proviene de dos entes principales; por un lado, la vertiente psicológica, que se inicia con la publicación de la interpretación *de los sueños*¹ por Sigmund Freud, a principios del siglo xx, y, por otro lado, la vertiente neurofisiológica, a partir de 1953, cuando Eugene Aserinsky y Nathaniel Kleitman descubrieron el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR).

La primera busca dilucidar el contenido, el significado y la función psíquica de los sueños y la segunda investiga sobre su naturaleza y función biológica. Algunos autores marcan las diferencias entre el proceso del sueño como elemento biológico y la experiencia del sueño como conquista del desarrollo de la persona. A pesar de tener diferencias conceptuales y funcionales importantes ambas corrientes convergen al atribuir al sueño un papel organizador.

En este capítulo pretendemos acercarnos a una patología de salud mental concebida así, tanto por el DSM-IV-TR (ejes I y II, epígrafe T11)², como por el CIE (epígrafes F.51, G.47 y E.66.2). Los trastornos del sueño constituyen una entidad clínica de gran impacto sanitario y socioeconómico.

Los trastornos del sueño o sus desórdenes son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia.

Algunos trastornos del sueño pueden ser muy graves e interferir con el funcionamiento físico, mental y emocional del individuo.

Son problemas relacionados con el hecho de dormir e incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño o conductas anormales durante el sueño.

Como es sabido, el sueño forma parte de la vida diaria de la persona, y supone una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas básicas para alcanzar un rendimiento satisfactorio. Sus trastornos se encuentran entre los problemas de salud no declarados más importantes, con consecuencias que abarcan el ámbito individual, laboral, económico y social. Entre ellos destaca, por su magnitud, el insomnio, que se debe tratar precoz y adecuadamente para evitar consecuencias sobre la salud y la calidad de vida de quien lo padece.

Definición y etiopatogenia

Insomnio

«Falta de sueño a la hora de dormir» (del latín *insomnium*)³.

En la práctica, este término se usa con significados muy diversos, lo que genera confusión y explica la disparidad de los resultados de prevalencia. De hecho, no debería confundirse insomnio, tal y como se usa en este capítulo, con la privación o falta de sueño voluntaria o impuesta, ni con la queja de «dormir mal», en la que no existe una repercusión en el funcionamiento al día siguiente.

Las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para iniciar y mantener el sueño y el despertar final adelantado; aunque las personas que refieren padecer estas dificultades no reconocen necesariamente padecer insomnio. Los pacientes que consultan por este motivo además se quejan de otros síntomas durante el día, como son alteraciones del humor (p. ej., apatía), cansancio (fatiga), dificultad para realizar las tareas cotidianas, déficits cognitivos, somnolencia y otros.

Pese a la queja, en ocasiones, de somnolencia, las personas con insomnio no pueden dormirse durante el día⁴. De hecho, muchos autores consideran el insomnio como un estado de hiperalerta o «trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día», convirtiéndose en un problema tanto por la noche como por el día⁵. Esta dificultad para dormir también durante el día, permitirá distinguir el insomnio de aquellas situaciones frecuentes en las que el sueño nocturno puede estar alterado y el paciente presenta somnolencia diurna, pero si intenta dormir lo consigue. Tal puede ser el caso de una variedad de enfermedades de distintas etiologías. No obstante, hay personas que pueden padecer este tipo de afecciones y desarrollan un estado de excesiva activación que afecta a las 24 horas, tal y como ocurre asociado al insomnio.

El insomnio se considera un estado de hiperalerta o «trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día», por lo que es característica la dificultad para dormir también durante el día.

Somnolencia y fatiga

Es importante diferenciar entre somnolencia y fatiga para descartar otros posibles problemas ligados a excesiva somnolencia diurna. La somnolencia es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es la consecuencia típica de la privación del sueño/sueño insuficiente y se caracteriza por accesos de sueño durante el día.

La fatiga es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que no está asociada a un aumento en la propensión al sueño, y es la consecuencia del sueño alterado (insomnio) y se caracteriza por la dificultad para dormir a cualquier hora del día pese al cansancio físico y mental⁶.

Etiopatogenia del insomnio

Los factores que contribuyen a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en predisponentes, precipitantes y perpetuantes⁷.

Factores predisponentes

- El género, la edad, el nivel socioeconómico y el estado de salud.
- *Genéticos*. Algunos estudios en gemelos o familias sugieren la heredabilidad del insomnio⁸. Lo que parece heredarse son ciertos rasgos temperamentales, como la emocionalidad lo que, a efectos del insomnio, se traduce en una mayor facilidad para alertarse ante una situación estresante.
- *Psicológicos*. Destacan los sentimientos negativos y la tendencia a rumiar, que difícilmente se puede disociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que se ha relacionado con estados de hiperactivación somática⁹. Los estudios que han usado criterios operativos como los del DSM han demostrado que la casi totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos/trastornos de personalidad, siendo los más comunes el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos.

Por otra parte, los pacientes con insomnio crónico usan estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción, que son menos eficaces en la resolución de problemas y típicamente incrementan la activación emocional¹⁰.

Factores precipitantes

Los más comunes para el insomnio crónico son aquellos que se relacionan con las situaciones estresantes.

Estudios controlados han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes.

Factores perpetuantes

Se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) en relación con el sueño¹¹.

Fisiología del sueño

Existen dos tipos de sueño bien diferenciados: el sueño de movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (*Rapid Eye Movement*) o sueño paradójico, y el sueño de ondas lentas, también conocido como sueño No-REM (*Non Rapid Eye Movement*), por contraposición al sueño REM¹².

El sueño de ondas lentas o No-REM lo componen cuatro estadios, que se hallan relacionados con los distintos grados de profundidad del sueño.

Aparecen así, sucesivamente, estadios 1 y 2 o de sueño superficial o ligero y estadios 3 y 4, que corresponden al sueño de ondas lentas o profundas.

Durante el mismo, disminuye la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el flujo sanguíneo cerebral, aumentando el flujo sanguíneo muscular y la secreción de hormona del crecimiento¹³.

El sueño REM o paradójico se caracteriza por movimientos oculares rápidos, atonía muscular y un EEG muy parecido al del estado de vigilia. La frecuencia cardíaca y la tensión arterial son fluctuantes, con frecuentes braditaquiarritmias. El flujo sanguíneo cerebral es similar al de vigilia, con marcada actividad neuronal y metabólica.

En un adulto, durante una noche de sueño normal, del 75 al 80% del total de sueño es sueño No-REM, que se reparte de la siguiente forma: 5% para el estadio 1, 50% para el estadio 2 y 20% para los estadios 3 y 4. La duración del sueño REM ocupa entre el 20 y el 25% del total del sueño¹⁴.

Cuando nos dormimos iniciamos el sueño en fase 1, que dura unos pocos minutos, seguido de fase 2 y, posteriormente, pasamos a sueño profundo o lento, estadios 3 y 4. Este período de sueño No-REM se sigue de un período REM, que en condiciones normales no debe aparecer hasta transcurridos de 60 a 90 minutos desde el comienzo del estadio 1. Esta alternancia sueño No-REM-sueño REM se sucede a lo largo de la noche formando ciclos; cada uno de ellos dura 90-120 minutos y se repiten de 4 a 6 veces a lo largo de una noche.

La composición de estos ciclos varía durante la noche, en la cual, durante el primer tercio, predomina el sueño de ondas lentas. A medida que progresa éste aumenta el porcentaje del sueño superficial y el del REM. El índice de alertamientos en un adulto sano es de 10 por hora de sueño, sumando la vigilia intrasueño menos del 5%².

La representación gráfica de la organización cronológica de las diferentes fases del sueño a lo largo de la noche es lo que se conoce como hipnograma. Para evaluar el sueño como fisiológico es tan importante el mantenimiento de los porcentajes relativos de las distintas etapas como la valoración de su arquitectura.

Esta arquitectura puede verse modificada por diferentes factores: la privación de sueño, su hora de inicio, la temperatura ambiental, el consumo de tóxicos (café, alcohol, nicotina, marihuana), la utilización de fármacos (benzodiazepinas, hipnóticos, antidepresivos) y por la existencia de algunos trastornos del sueño y

médicos.

La proporción de cada estadio de sueño con relación al total sufre variaciones a lo largo de la vida. En el período neonatal, la transición de la vigilia al sueño se realiza en fase REM (sueño activo), el cual supone el 50% del tiempo de sueño. La alternancia cíclica REM-No-REM sucede cada 50-60 minutos, encadenándose en grupos de 3 o 4 ciclos que se separan entre sí por períodos de vigilia y no tienen distribución circadiana. El número de horas de sueño a esta edad está alrededor de las 16. En la infancia, la cantidad de sueño de ondas lentas es máxima, disminuyendo cerca del 40% en la segunda década¹⁵.

En las personas mayores, la latencia de sueño no está habitualmente alargada, pero es una queja frecuente la aparición de despertares precoces y la imposibilidad de volver a conciliarlo.

El sueño es más fragmentado, con mayor número de alertamientos (27/hora de sueño), lo que hace que los períodos de vigilia nocturnos aumenten hasta ocupar del 12% al 15% del tiempo dedicado al sueño.

Además, los mayores presentan mayor facilidad que las personas más jóvenes para efectuar siestas y cabezadas durante el día. También, con frecuencia, pierden la capacidad de recuperación del sueño, es decir, la aparición de los largos períodos de sueño ininterrumpido que presentan los sujetos más jóvenes después de períodos de privación de éste.

El sueño lento profundo se afecta precozmente con el paso de los años. A partir de los 40 disminuye progresivamente la proporción del estadio 4, y puede llegar a desaparecer totalmente a partir de los 70 años. Así, en el anciano el porcentaje del sueño de ondas lentas es del 5% al 10%, mientras que hay un aumento del estadio 1, que representa del 4% al 10% del total de sueño.

El sueño REM se modifica poco con la edad y su proporción permanece estable en los sujetos sanos hasta edades muy avanzadas. Lo que se modifica es su distribución a lo largo de la noche: el primer REM aparece más precozmente en los ancianos que en sujetos más jóvenes y desaparece su incremento a lo largo de la noche; así, el primer sueño REM es más duradero que en los jóvenes, sin diferencias notables con los correspondientes a los ciclos posteriores.

Una alteración circadiana frecuente que presentan los ancianos es el avance de fase del ritmo circadiano sueño-vigilia, que da lugar tanto a una somnolencia vespertina temprana como a un despertar precoz¹⁵.

Epidemiología

Las cifras de prevalencia del insomnio, en muestras de la población general, varían mucho de unos estudios a otros, según la definición de insomnio utilizada. Se han agrupado los estudios epidemiológicos en las tres categorías más utilizadas, tal y como se propone en la literatura¹⁶.

En primer lugar, está la que incluye las cifras de las manifestaciones clínicas de insomnio, tales como la dificultad para iniciar y/o mantener el sueño o la queja de sueño no reparador, con independencia de su duración o sus consecuencias.

El segundo grupo lo componen los que, además de las manifestaciones relativas al sueño nocturno, tienen en cuenta las consecuencias diurnas y la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño.

El tercer grupo responde a los criterios diagnósticos de insomnio, de acuerdo con clasificaciones como las del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (tercera edición revisada —DSM-III-R—, cuarta edición —DSM-IV— y cuarta edición revisada —DSM-IV-TR—) o la Clasificación internacional de los trastornos del sueño (ICSD).

Según se expone en la [figura 15-1](#), la prevalencia en cuanto a las quejas sobre el insomnio se acerca al 48% en la población general. No obstante, sólo un 6% tiene un diagnóstico firme de la patología.

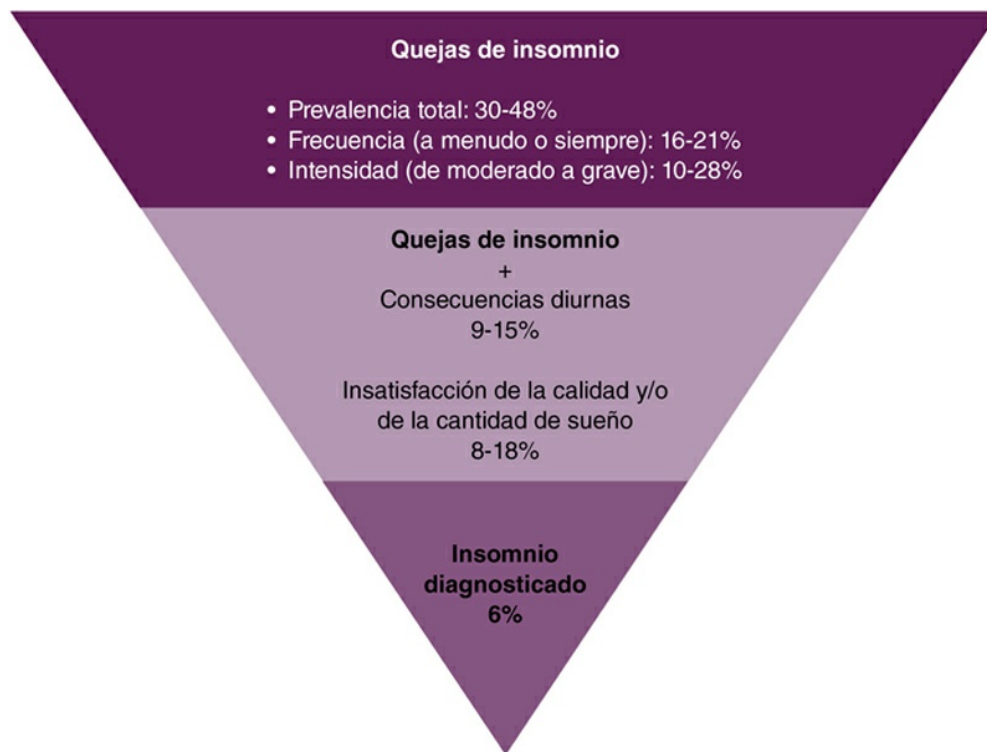


FIGURA 15-1 El insomnio en la población general. Fuente: Modificado de Ohayon, Sleep med Rev, 2002. Elaboración propia.

Según las tres categorías mencionadas previamente de la definición de insomnio, a continuación se presentan las cifras de prevalencia en población general¹⁶:

Varios estudios realizados en Estados Unidos muestran que del total de pacientes que acuden a atención primaria, más del 50% se quejan de insomnio sólo si se les pregunta específicamente por el sueño, el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y únicamente el 5% acuden a consulta con el objetivo principal de recibir tratamiento para este problema.

Únicamente un 15% de las personas con problemas de sueño fueron diagnosticadas de trastornos del sueño; a un 4% de estos pacientes se les diagnosticó de insomnio y tan sólo la mitad de ellos recibió un posterior tratamiento para esta patología¹⁷. También se observa que los pacientes con insomnio de larga duración, según los criterios del DSM-III-R y DSM-IV, oscilan, respectivamente, entre un 19% (en 1999) y un 26,5% (en 2001)¹⁷.

En nuestro ámbito, los estudios de prevalencia sobre trastornos de sueño en la población general son muy limitados y muestran que aproximadamente un 23% presenta alguna dificultad de sueño y que un 11% dice tener insomnio¹⁸. Estas cifras ya se observan en adultos jóvenes y parecen aumentar con la edad¹⁹.

El insomnio es el trastorno del sueño que los profesionales de atención primaria y especializada encuentran más frecuentemente en su práctica clínica diaria.

En un estudio de prevalencia se muestran cifras de un 17,4% de insomnio,

según criterios DSM-III-R, de un 27% de quejas de mal dormir y un 55,5% no tenían problemas de sueño²⁰.

La definición de insomnio, manejada en los estudios, influye en las cifras de prevalencia obtenidas y en las características sociodemográficas del paciente insomne. Independientemente de la definición manejada, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer insomnio. Con la edad sólo parecen aumentar las «quejas» sobre el sueño (o quejas de insomnio)²¹, sucediendo lo mismo con el estado civil. En las personas que están separadas, divorciadas o viudas (asociación más probable todavía en mujeres) se describe una mayor prevalencia. El insomnio es más frecuente entre las personas que no trabajan de manera remunerada que entre aquellas que lo hacen; aunque esta asociación parece ser un efecto de la edad y del género. Hay unos estudios en los que la prevalencia del insomnio se asocia con un nivel de ingresos más bajo y un menor nivel de educación; pero otros estudios señalan que la explicación vendría de ciertos factores de confusión como es el de la edad.

Clasificación de los trastornos del sueño

Existen varias clasificaciones para encuadrar los trastornos del sueño. A nivel práctico las más usadas son:

DSM-IV-TR

Revisado y publicado por más de 1.000 expertos de la American Psychiatric Association (APA), es el sistema de codificación psiquiátrica utilizado en los Estados Unidos. El DSM-IV-TR²² contiene 365 trastornos en 17 secciones, más algunos criterios diagnósticos propuestos para futuros estudios incluidos en el apéndice. Ello implica un incremento frente a los 285 trastornos del DSM-III y los 292 del DSM-III-TR.

CIE-10

Publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un sistema de clasificación exhaustivo de enfermedades médicas y trastornos mentales.

La Clasificación internacional de enfermedades (CIE)²³ es la nosología oficial médica y psiquiátrica utilizada en casi todo el mundo. Sin embargo, algunos países (p. ej., Japón y Estados Unidos) utilizan clasificaciones compatibles o modificadas.

Otras clasificaciones utilizadas son:

- Clasificación internacional de atención primaria (CIAP-2).
- Clasificación internacional del Manual diagnóstico y codificado de los trastornos del sueño, 2.^a edición (ICSD-2).
- Clasificación internacional de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I).

Podemos clasificar los trastornos del sueño agrupados en cuatro categorías, siendo los dos primeros trastornos primarios del sueño:

Disomnia

- Trastornos intrínsecos del sueño.
 - Narcolepsia.
 - Apnea obstructiva del sueño (SAOS).
 - Síndrome de piernas inquietas.
- Trastornos extrínsecos del sueño.
- Trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano.

Parasomnias

- Trastornos del despertar:

- Sonambulismo.
- Terrores nocturnos.
- Trastornos de la transición vigilia-sueño.
- Somniloquio.
- Parasomnias relacionadas con el sueño MOR.
- Pesadillas.
- Otras parasomnias.
- Bruxismo.

Trastornos asociados con alteraciones médicas o psiquiátricas

- Trastornos del sueño asociados con trastornos mentales.
- Trastornos del sueño asociados con trastornos neurológicos.
- Trastornos del sueño asociados con otros trastornos médicos.

Existen **otros trastornos del sueño** con insuficiente información para ser considerados como trastornos específicos del sueño.

A continuación, en la [tabla 15-1](#) se muestra la clasificación de los trastornos del sueño y equivalencias entre DSM-IV-TR-AP, CIE-9-MC y CIE-10:

Tabla 15-1

Clasificación de los trastornos del sueño y equivalencias entre DSM-IV-TR-AP, CIE-9-MC y CIE-10

CIE-9-MC	Trastornos no orgánicos del sueño (CIE-10)	Trastornos primarios del sueño (DSM-IV-TR-AP)
[327]	G47.x Trastornos orgánicos del sueño	Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad)
[780.59]	G47.3 Apnea del sueño	Trastorno del sueño relacionado con la respiración
[292.82]	F10.8 Trastorno del sueño debido al alcohol	Trastorno del sueño inducido por alcohol
[292.85]	F19.8 Trastorno del sueño debido a múltiples drogas u otras sustancias psicotrópicas	Trastorno del sueño inducido por sustancias
[307.42]	F51.0 Insomnio no orgánico	Insomnio relacionado con... (indicar trastorno del Eje I o del Eje II)
[307.44]	F51.1 Hipersomnio no orgánico	Hipersomnia relacionada con... (indicar trastorno del Eje I o del Eje II)
[307.45]	F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia	Trastorno del ritmo circadiano (antes trastorno del ritmo sueño-vigilia)
[307.47]	F51.5 Pesadillas	Pesadillas (antes trastorno por sueños angustiosos)
[307.46]	F51.4 Terrores del sueño (terrores nocturnos)	Terrores nocturnos
[307.46]	F51.3 Sonambulismo	Sonambulismo
[307.47]	F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño	Parasomnia no especificada
[307.42]	F51.0 Insomnio no orgánico	Insomnio primario
[307.47]	Trastorno no orgánico del sueño, no especificado	Disomnia no especificada
[347]	G47.4 Narcolepsia	Narcolepsia
[307.44]	F51.1 Hipersomnio no orgánico	Hipersomnia primaria

Fuente: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/resumida/apartado03/conceptos03.html>. Elaboración propia.

Clasificación internacional de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería

(NANDA)²⁴

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería desarrollando la nomenclatura, criterios y taxonomía de dichos diagnósticos. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. En 2006, la North American Nursing Diagnosis Association incluyó en su clasificación el diagnóstico de insomnio, definido como «trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento». A continuación, se enumeran las características definitorias y los factores relacionados con el insomnio, según los criterios enfermeros. Cada diagnóstico relacionado incluye un apartado de «manifestado por» (características definitorias de las personas, familias y comunidades que son observables y verificables) y otro de «relacionado con» (factores relacionados que proporcionan el contexto para las características definitorias).

Características y factores relacionados con el insomnio de la NANDA

00095. Insomnio

- Características definitorias:
 - Observación de cambios de la emotividad.
 - Observación de falta de energía.
 - Aumento del absentismo laboral o escolar.
 - La persona informa de cambios de humor. La persona informa de una disminución de su estado de salud.
 - La persona informa de dificultad para concentrarse.
 - La persona informa de dificultad para conciliar el sueño.
 - La persona informa de dificultad para permanecer dormido.
 - La persona informa de insatisfacción con su sueño (actual).
 - La persona informa de aumento de accidentes.
 - La persona informa de falta de energía.
 - La persona informa de sueño no reparador.
 - La persona informa de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente.
 - La persona informa de despertarse demasiado temprano.
 - La persona informa de una disminución en su calidad de vida.
- Factores relacionados:
 - Patrón de actividad (p. ej., tiempo, cantidad).
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Factores ambientales (p. ej., ruido, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar).

- Temor.
- Cambios hormonales relacionados con el sexo.
- Duelo.
- Higiene del sueño inadecuada (actual).
- Toma de estimulantes.
- Toma de alcohol.
- Deterioro del patrón de sueño normal (p. ej., viaje, cambio de trabajo, responsabilidades parentales, interrupciones por intervenciones).
- Medicamentos.
- Malestar físico (p. ej., temperatura corporal, dolor, falta de aliento, tos, reflujo gastroesofágico, náuseas, incontinencia/urgencia).
- Estrés (p. ej., patrón presueño meditabundo). Diagnóstico.

El diagnóstico debe sustentarse en una historia clínica completa que incluya los hábitos de sueño, apoyada por un registro del mismo realizado por el paciente y/o por la información de la pareja o familiar²⁵.

Se sugieren los siguientes pasos en el procedimiento diagnóstico:

- Diario del sueño (registro) con valoración basal del problema y de la efectividad del tratamiento empleado.
- Registro de las consecuencias del trastorno de calidad de vida del paciente.
- Considerar la depresión u otros trastornos psiquiátricos como factores etiológicos.

Considerar la realización de un registro polisomnográfico en pacientes con tratamiento no exitoso, alteraciones de la conducta durante el sueño, diagnóstico inicial incierto o con trastornos relacionados con la respiración o movimientos periódicos de las piernas.

Es recomendable llevar un registro de sueño mediante una agenda llevada por el paciente y/o familiar.

Insomnio no orgánico

Se caracteriza por una cantidad y/o calidad de sueño insatisfactorio que persiste durante un período considerable de tiempo e incluye dificultad para conciliar y mantener el sueño, o despertar precoz. Es el tipo más frecuente de trastorno²⁶.

Los criterios diagnósticos son:

- El individuo se queja de la dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.
- La alteración del sueño se produce, al menos, tres veces por semana, durante un mes.
- La alteración del sueño produce un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- Ausencia de un factor orgánico causal conocido como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o

debido a medicación.

En otras clasificaciones suelen considerarse, en relación al tiempo, severa y refractaria²⁷.

Hipersomnia no orgánica

La principal característica de la hipersomnia idiopática es la somnolencia excesiva durante el día al menos por un mes, evidenciada por sueño prolongado (mayor de 8 horas) con la calidad del sueño normal, dificultad al despertar y somnolencia en las horas habituales de vigilia, por lo que hay siestas intencionadas y sueños inadvertidos.

La somnolencia debe ser de la suficiente gravedad para provocar un deterioro clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otra actividad del individuo, no se deba a trastornos del sueño o de otro trastorno mental ni se deba a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

Debe haber ausencia de síntomas secundarios de la narcolepsia como cataplejía, alucinaciones hipnagógicas e himnopómpicas, parálisis del sueño, y síntomas de la apnea del sueño como ronquidos e interrupciones de la respiración nocturna.

La hipersomnia recurrente es una entidad diferente que se caracteriza por la aparición de somnolencia de forma periódica durante varios días o semanas, con la presencia de varios períodos sintomáticos varias veces al año, en los períodos asintomáticos; la duración del sueño y el nivel de alerta diurno son normales.

El síndrome de Kleine-Levin²⁸ es una hipersomnia recurrente en donde los individuos pueden llegar a dormir de 18 a 24 horas, y se asocia con desinhibición, como hipersexualidad y episodios de ingesta excesivas y compulsiva y ganancia de peso. Es más común en hombres adolescentes. La hipersomnia asociada a la menstruación puede ser marcada e intermitente con patrones alterados de conducta e ingesta excesiva de alimentos

La polisomnografía muestra la presencia de un sueño normal o prolongado con una latencia de sueño REM acortada, que puede ser de veinte minutos. Algunos individuos presentan aumento de ondas lentas. El test de latencia revela somnolencia fisiológica diurna.

En el síndrome Kleine-Levin la polisomnografía muestra aumento total del sueño y una disminución del sueño REM que puede ser menor de diez minutos.

Se debe asegurar que la hipersomnia no está relacionada con restricción del sueño, uso de medicamentos o trastornos psiquiátricos.

Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano)

En esta categoría se incluyen: retraso de la fase de sueño, desfase por cambio de

husos horarios (*jet lag*), trabajos en turnos (cambios de turnos de trabajo) y otros no especificados (p. ej., adelanto de la fase de sueño).

Los criterios de diagnóstico son:

- El patrón de sueño vigilia del individuo no está sincronizado con el ciclo vigilia sueño deseable, de acuerdo a la costumbre social y a lo compartido por la mayoría de los individuos en su entorno.
- Como resultado de esa alteración en el ciclo sueño vigilia, el individuo padece insomnio durante el período en que los demás duermen, o hipersomnia durante el período en el que los demás están despiertos. Con una frecuencia casi diaria, durante al menos un mes, o de forma recurrente durante pequeños períodos de tiempo.
- La cantidad, el tiempo y la calidad insatisfactorios de sueño ocasionan un malestar personal marcado o interfieren en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido a consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

Sonambulismo

Es un estado de conciencia alterado en el que se combinan fenómenos del sueño y vigilia. Durante un episodio de sonambulismo el individuo se levanta de la cama, por lo general durante el primer tercio de sueño nocturno, y deambula, mostrando un bajo nivel de conciencia, reactividad y torpeza de movimientos; cuando despierta no suele recordar el acontecimiento.

Los criterios diagnósticos son:

- El síntoma predominante son episodios reiterados (2 o más) en los cuales el individuo se levanta de la cama, generalmente en el primer tercio del sueño, y deambula durante minutos hasta media hora.
- Durante un episodio el individuo tiene la facies inexpresiva, la mirada fija, falta de respuesta a los esfuerzos ajenos por modificar el episodio o comunicarse con él, y sólo puede ser despertado con un esfuerzo importante.
- Al despertarse (final del episodio o a la mañana siguiente) la persona no recuerda nada.
- Al cabo de varios minutos del despertar del episodio no hay trastornos de la actividad mental o del comportamiento; sí inicialmente un período breve de cierta confusión y desorientación.
- No hay prueba de trastorno mental orgánico, como demencia o epilepsia.

Terrores del sueño (terrores nocturnos)

Existen episodios de terror y pánico, acompañados de gritos y, sobre todo, de

hiperactividad vegetativa.

Los criterios diagnósticos son:

- Episodios repetidos (dos o más) en los cuales el individuo se levanta del sueño con un grito de pánico, intensa ansiedad, movimientos bruscos e hiperactividad vegetativa.
- Los episodios se producen, sobre todo, en el primer tercio del sueño.
- La duración suele ser menor a diez minutos.
- Si otros intentan tranquilizar a la persona afecta, no hay respuesta y continúan la desorientación y los movimientos reiterativos.
- El individuo tiene un recuerdo limitado del episodio y muchas veces amnesia del mismo.
- Ausencia de factor orgánico causal conocido, léase alteración neurológica u otra médica, trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

Es muy frecuente en la población infantil, sobre todo en el caso de los varones, y rara vez persiste en la adolescencia.

Pesadillas

Experiencias crónicas acompañadas de ansiedad o miedo; existe un recuerdo muy detallado que implica una amenaza para la supervivencia, la seguridad o autoestima. Con frecuencia, suele repetirse el mismo tema. No existe amnesia al evento, ni problemas en la orientación.

Los criterios diagnósticos son:

- El individuo se despierta del sueño nocturno o de la siesta con un recuerdo vivido o detallado de sueños terroríficos, en relación con una amenaza a la supervivencia, a la seguridad o autoestima. El despertar acontece en cualquier momento del período de sueño, pero suele ser durante la segunda mitad.
- Tras despertar del sueño terrorífico la persona pasa rápidamente a estar alerta y orientada.
- La experiencia onírica en sí misma y la alteración del sueño a la que dan lugar los despertares asociados con los episodios causan un marcado malestar a la persona.
- Ausencia de factor orgánico conocido, tal como un trastorno neurológico o somático, un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas o a medicación.

Trastornos no orgánicos del sueño no especificados²⁹

El insomnio puede acompañar a trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, esquizofrenia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

El insomnio, hipersomnio y parasomnias pueden estar presentes en diversas

patologías médicas como el hipertiroidismo, epilepsia, cefalea, isquemia cardíaca nocturna, asma relacionada con el sueño y aquellas acompañadas de dolor y efectos colaterales por el uso y retirada de fármacos o sustancias psicoactivas.

Narcolepsia

Trastorno de etiología desconocida caracterizada con somnolencia excesiva asociada típicamente a cataplejía y otros fenómenos del sueño REM. Los ataques de sueño deben ocurrir diariamente, al menos durante tres meses, desencadenados por emociones intensas; sin embargo, no es precisa la presencia de cataplejía. Los síntomas no deben asociarse al uso de sustancias u otra patología médica.

La narcolepsia debe sospecharse en todo individuo con síntomas de somnolencia excesiva diurna, existiendo escalas autoaplicables como la de Epworth³⁰.

El diagnóstico de estos trastornos, como se ha visto, es básicamente clínico y, a veces, por exclusión. En situaciones especiales puede apoyarse en la polisomnografía del sueño. Una vez identificado el trastorno en el laboratorio, debe hacerse la semiología específica para tipificarlo y establecer el tratamiento adecuado.

La escala de Epworth, antes mencionada, es válida para diferenciar entre narcolepsia e hipersomnia primaria.

Finalmente, el registro electroencefalográfico diurno es útil para el estudio de la narcolepsia.

Tratamiento

Cuando hablamos de tratamiento debemos empezar considerando que el principal trastorno que acontece en este tipo de clínica es el insomnio. El abordaje debe ser multifactorial, ya que existen tanto tratamientos psicológicos-conductuales como farmacológicos. Todo ello va a depender de dos factores bien identificados: el tipo de trastorno y su duración, y de la persona, especialmente esta última, atendiendo a su edad.

Los diversos tratamientos para el insomnio son especialmente útiles para todo tipo de trastornos del sueño anteriormente vistos, especialmente en el terreno cognitivo y conductual.

Intervenciones psicológicas

Actualmente, hay una tendencia a utilizar tratamientos psicológicos por las limitaciones que presentan los fármacos³¹, entre ellos destacan.

Estrategias de relajación

Son las más indicadas cuando el insomnio está asociado a activación fisiológica y/o cognitiva. Para reducir la activación fisiológica las estrategias más utilizadas son la relajación progresiva y el entrenamiento autógeno, mientras que para la activación cognitiva se recomiendan técnicas como la meditación y el entrenamiento en imaginación.

Control de estímulos

Esta técnica se utiliza para reducir conductas incompatibles con el sueño y regular el horario sueño/vigilia. El objetivo es establecer una asociación entre los estímulos presentes en la habitación y la generación de sueño.

Para ello se recomienda:

- Ir a la cama sólo cuando se tenga sueño.
- Establecer, antes de acostarse, una serie de conductas rutinarias que indiquen la proximidad de la hora de dormir, realizándose todas las noches en el mismo orden.
- Si a los 15-20 minutos de estar en la cama no puede dormirse, se recomienda al paciente que se levante y vaya a otra habitación. Si quiere puede realizar una actividad tranquila, regresando al dormitorio cuando empiece a sentirse adormecido. Si no consigue dormirse en un período breve, deberá realizar este paso las veces que sean necesarias.
- Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse todos los días. No importa el tiempo que haya dormido y si tiene sueño o no.
- Evitar dormir la siesta.

- No utilizar la cama y el dormitorio para realizar otras actividades distintas de dormir o la actividad sexual. Ejercitar esta norma mejora el tiempo total de sueño, así como la eficiencia y la calidad de éste.

Higiene de sueño

Tiene como objetivo lograr hábitos más adecuados que faciliten el sueño a través de factores relacionados con el estilo de vida (consumo de café, alcohol y tabaco, ejercicio físico...) y factores relacionados con el medio ambiente (temperatura, ruido, luz...).

Recomendaciones:

- No consumir sustancias con cafeína, por lo menos 6 horas antes de dormir.
- Evitar fumar e ingerir alcohol como mínimo 2 o 3 horas antes de acostarse.
- No realizar ejercicio físico en exceso antes de irse a dormir.
- No ingerir grandes cantidades de alimentos y/o líquidos antes del sueño.
- Si despierta por la noche, no comer ya que podría acostumbrarse a despertarse cada vez que tenga hambre.
- Controlar el ambiente de la habitación procurando que la temperatura sea agradable (no superior a los 23 °C). Reducir la luminosidad de la habitación y los ruidos.
- No ir a la cama con hambre, sed...
- Evitar utilizar un colchón que sea muy duro.
- Reducir las siestas.
- Retirar el despertador de la habitación para reducir la ansiedad.

Esta técnica tiene una eficacia limitada cuando se aplica de forma individual; se obtienen mejores resultados cuando se combina con otras alternativas de tratamiento.

Restricción de sueño

Consiste en disminuir el tiempo que el paciente pasa en la cama hasta conseguir establecer las horas que necesita dormir cada noche. Parte del supuesto básico de que muchos pacientes insomnes pasan mucho tiempo en la cama realizando grandes esfuerzos para intentar dormir.

El procedimiento consiste en entrenar al enfermo para que vaya a la cama sólo cuando esté cansado, levantándose si no se ha dormido en 15 minutos. Cuando se logra una eficiencia de sueño del 90% se aumenta el tiempo en cama 20 minutos semanalmente, reduciéndose cuando la eficiencia es inferior al 80%. Es importante tener en cuenta que no debe reducirse a menos de 4 horas y media el tiempo que el paciente va a permanecer en cama.

Técnicas cognitivas

Uno de los componentes terapéuticos más importantes tiene como objetivo

enseñar al paciente a modificar las cogniciones disfuncionales relacionadas con el sueño, identificando las no deseadas y sustituyéndolas por otras más adaptativas. Dentro de estas técnicas encontramos:

- La **intención paradójica** tiene como objetivo enseñar al paciente a interrumpir la preocupación por el insomnio, indicándole que intente permanecer despierto el mayor tiempo que pueda cuando se encuentre en la cama.
- La **reestructuración cognitiva** tiene como objetivo enseñar al paciente a identificar y sustituir las creencias irracionales por otras más constructivas y que han mostrado su eficacia en tratamientos multicomponentes.

Tratamiento farmacológico

Lógicamente, ante todo insomnio, el tratamiento será actuar sobre la causa que lo produce. Sin embargo, asumiendo que no podamos tratar esa causa de manera adecuada, por desconocerla o por cualquier otro motivo, tendremos entonces la posibilidad de utilizar agentes sedantes-hipnóticos.

Este tratamiento de sedantes-hipnóticos puede ser controvertido si se abusa de él o si por tratar el insomnio sintomáticamente olvidamos investigar y aliviar cualquier afección subyacente que sea la causa del problema.

Sin embargo, no se puede negar la amplia incidencia del insomnio entre la población general, la perturbación de funcionamiento percibida, la incapacidad que este síntoma produce y, por lo tanto, la demanda de fármacos entre los pacientes para intentar paliar este trastorno.

Expondremos a continuación el tratamiento farmacológico³² del insomnio.

Hipnóticos de acción breve no benzodiazepínicos

Los sedantes-hipnóticos que no son benzodiazepínicos se están convirtiendo en el tratamiento de primera elección para el insomnio. Estos fármacos no sólo presentan ventajas sobre las benzodiazepinas en cuanto a su mecanismo de acción farmacológico, sino que también ofrecen aspectos positivos farmacocinéticos. Tres compuestos sedantes-hipnóticos son los que actualmente se están utilizando en este campo: el zaleplón (pirazolopirimidina), la zopiclona (ciclopirrolona) y el zolpidem (imidazopiridina).

1. **Zaleplón:** recientemente aprobado, tiene un inicio rápido y duración breve, circunstancia que le convierte en un fármaco muy apropiado para quienes precisan que el producto y por lo tanto sus efectos hayan desaparecido completamente antes de levantarse.

2. **Zolpidem:** fue el primer sedante-hipnótico no benzodiazepínico selectivo omega1 y reemplazó rápidamente a las benzodiazepinas como agente preferido por muchos pacientes y profesionales.

Alcanza su concentración máxima a las 2-3 horas y tiene una vida media más larga que el anterior (de 1,5 a 3 horas).

3. **Zopiclona:** presenta una concentración farmacológica máxima algo más tardía que el zaleplón, aunque más rápida que el zolpidem. Sin embargo, su vida media, de 3,5 a 6 horas, es mucho más larga que la de ambos.

Benzodiazepinas sedantes-hipnóticas

Las benzodiazepinas siguen siendo el grupo de fármacos más ampliamente utilizados para el tratamiento del insomnio. Su mecanismo de acción en el insomnio es el mismo que en la ansiedad.

El que una benzodiazepina se use para la sedación o para la ansiedad se basa, principalmente, en su vida media ya que en el insomnio se prefieren utilizar fármacos de vida media más breve con el fin de que el fármaco haya desaparecido de la sangre por la mañana. Sin embargo, en la práctica, casi todas las benzodiazepinas sin distinción se utilizan para el tratamiento del insomnio. En la [tabla 15-2](#) se exponen las benzodiazepinas más utilizadas en el tratamiento de este problema. No podemos olvidar las recomendaciones básicas en el uso de estos fármacos en cuanto a duración del tratamiento y la adaptación personalizada que se debe hacer al paciente en concreto; y por supuesto no olvidar que el tratamiento debe ser multifactorial, incidiendo en la no cronificación del mismo y en su combinación con terapias psicoconductuales e incluso alternativas que también han demostrado su efecto. El espectro de edad oscila entre el niño y la persona mayor; de ahí que cada nicho poblacional se va a ver favorecido de uno o varios tratamientos específicos a la vez.

Tabla 15-2

Hipnóticos con indicación aprobada para insomnio

Familia		Sustancia	Semivida media en horas	Dosis equivalente a 5 mg de diazepam	Dosis diaria en mg
Benzodiazepinas	Corta	Midazolam	1-3	7,5	7,5-15
		Triazolam	2-3	0,25	0,125-0,250
		Brotizolam	3-8	0,5	0,125-0,5
	Media	Lormetazepam	9-15	1	0,5-2
		Loprazolam	3-13	1	1-2
	Larga	Flurazepam	70-100	15	15-30
		Flunitrazepam	9-30	1	1-2
		Quazepam	40-55	15	7,5-15
	No benzodiazepínicos	Imidazopiridinas	Zolpidem	1,5-3	2,5
Ciclopirrolidonas*		Zoplicona	1,5-3	≈ 2	3,75-7,5
Pirazolopirimidinas		Zaleplón	1	2,5	5-10

Fuente: Guía prescripción terapéutica Ministerio Sanidad y Consumo. Agencia Española del Medicamento, mayo del 2009, modificada. Elaboración propia.

Como puede verse, la farmacocinética difiere significativamente entre los hipnóticos benzodiazepínicos más utilizados. Algunos, como el triazolam, presentan un inicio rápido y una vida media breve. Otros, como el flurazepam, presentan un inicio relativamente rápido, pero una vida media prolongada, y aún otros, como el Temazepam, presentan un inicio algo retardado si bien una vida de carácter medio.

El sedante-hipnótico ideal debería corresponderse con las características y la pauta de sueño del enfermo, especialmente teniendo en cuenta que existen numerosas opciones para personalizar una terapia.

Existen varios problemas con las benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio en cuanto a su uso a largo plazo y uno es la tolerancia pues estos fármacos dejan de hacer efecto después de aproximadamente dos semanas.

En este sentido, es aconsejable alternar períodos de tratamiento con otros de descanso y no continuar la terapia de forma seguida más allá de diez días.

El insomnio de rebote y el síndrome de abstinencia son otras dos dificultades añadidas. Este último ocurre tras la retirada brusca de la medicación en aquellos pacientes que han estado tomando benzodiazepinas como sedantes-hipnóticos durante mucho tiempo. También aquí la instauración de un programa gradual de retirada es importante.

Antidepresivos con propiedades hipnótico-sedantes

Existen varios antidepresivos con efectos hipnótico-sedantes entre los que se encuentran los tricíclicos, la trazodona, la mirtazapina y la nefazodona.

Algunos tricíclicos son fármacos útiles para inducir el sueño en pacientes deprimidos, lo mismo que la trazodona, que posee unas significativas propiedades. Además, la trazodona se puede utilizar de modo seguro con la mayoría de los otros fármacos psicotrópicos y, en consecuencia, constituye una opción muy utilizada cuando un paciente deba tomar otra medicación que perturbe el sueño, como por ejemplo un ISRS.

La mirtazapina y la nefazodona se utilizan también ocasionalmente para el insomnio debido a sus propiedades sedantes e hipnóticas.

Papel de enfermería

La implicación de los profesionales de enfermería para el tratamiento del insomnio es fundamental, tanto en los abordajes individuales como grupales, en todos los niveles asistenciales, específicamente en atención primaria, como primer nivel de prevención. La valoración de patrones funcionales puede estructurar la entrevista clínica para la detección de problemas relacionados con el sueño.

Valoración de patrones funcionales

1. Percepción/control de la salud:
 - a. Cómo describe su salud.
 - b. Conocimientos en relación al problema de sueño.
 - c. Qué ha hecho para mejorarlo.
 - d. Uso de fármacos (prescritos o automedicación).
2. Nutricional:
 - a. Patrón de ingesta de alimentos y bebidas diario.
 - b. Ingesta de sustancias que puedan afectar al sueño (café, té, alcohol).
 - c. Fatiga (+++).
3. Eliminación: presencia de nicturia.
4. Actividad/ejercicio: descripción de las actividades habituales diarias.
5. Reposo/sueño:
 - a. Patrón de reposo habitual.
 - b. Dificultades en relación con el sueño.
6. Autopercepción:
 - a. Qué es lo que más le preocupa.
 - b. Qué objetivos tiene en relación con su situación actual.
 - c. Ha cambiado su percepción por tener este problema.
7. Rol/relaciones: valorar la vida familiar y social.
8. Sexualidad: ha habido algún cambio.
9. Adaptación/estrés: pérdidas o cambios en su vida durante el último año. Hay algo que le gustaría cambiar en su vida. Cómo maneja o ha manejado otras situaciones estresantes.

A partir de esta valoración se pueden detectar alteraciones que orienten hacia el diagnóstico de insomnio o de problemas en el patrón del mismo que precisen de intervenciones por parte de enfermería. En el caso del insomnio, se tratará de abordar el mismo para evitar en la medida de lo posible que se conviertan en un problema crónico.

A continuación, se presenta la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) ([cuadro 15-1](#)) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) ([cuadro 15-2](#)) en relación con el insomnio²⁴.

Cuadro 15-1 Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC)

NOC

0004. Sueño:

000403. Patrón de:

000404. Calidad de sueño.

000405. Eficiencia de sueño.

000407. Hábito de sueño.

000417. Dependencia de las ayudas para dormir (escala: 1 grave, 2 sustancial, 3 moderado, 4 leve, 5 ninguno).

Escala de evaluación

1. Gravemente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

Cuadro 15-2 Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC)

NIC

1850. Mejorar el sueño

- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo/ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Enseñar al paciente a controlar las pautas del sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio en exceso.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama.

- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
- Enseñar al enfermo a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño.
- Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Instruir al paciente y seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilos de vida, cambios frecuentes de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema de sueño.
- Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

Bibliografía

1. Sigmund Freud. La interpretación de los sueños (1900). Página 63. Ediciones Akal.
2. López-Ibor JJ, Valdés M. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención primaria. 2004; Barcelona: Masson.
3. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2001; Madrid.
4. Bonnet MH, Arand DL. Activity, arousal, and the MSLT in patients with insomnia. *Sleep*. 2000;23:205–212.
5. Peraíta-Adrados R. Avances en el estudio de los trastornos del sueño. *Rev Neurol*. 2005;40:485–491.
6. Vgontzas AN, Bixler EO, Chrousos GP. Obesity-related sleepiness and fatigue: the role of the stress system and cytokines. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1083:329–344.
7. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 1987;10:541–553.
8. Perlis ML. SMPW. Etiology and Pathophysiology of Insomnia En: Kryger MH, Roth T, Dement WC (eds). Principles and practice of sleep medicine, 4th edition. 2005; Filadelfia.
9. Kales JD, Soldatos CR, Vela-Bueno A. Treatment of sleep disorders III: Enuresis, sleepwalking, night terrors and nightmares. *Ration Drug Ther*. 1983;17:1–6.
10. Morin CM, Rodrigues S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med*. 2003;65:259–267.
11. Morin CM. Insomnio: asistencia y tratamiento. 1998; Barcelona.
12. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, et al. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. 2007.
13. Parmeggiani PL. Physiological regulation in sleep. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
14. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
15. De la Calzada, MD; Pascual, I. Ontogénesis del sueño y la vigilia. Máster internacional on-line en sueño: fisiología y medicina. 1.ª ed. 2006-2007. ISBN edición digital: 978-84-85424-74-0.2007.
16. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6:97–111.
17. National Sleep Foundation. 2008 Sleep in America Poll. Summary of

- Findings. [sede Web]*. National Sleep Foundation, 2008[acceso 20-11-2008]. Disponible en: www.sleepfoundation.org
18. Vela-Bueno A, De IM, Fernández C. [Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain]. *Gac Sanit.* 1999;13:441-448.
 19. Blanco J, Mateos R. Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano. *Interpsiquis.* 2005.
 20. Cañellas F, Llobera J, Ochogavia J, et al. Trastornos del sueño y consumo de hipnóticos en la isla de Mallorca. *Revista Clínica Española.* 1998;198:719-725.
 21. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep.* 2006;29:85-93.
 22. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV (texto revisado)*. Madrid: Masson; 2004.
 23. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
 24. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2007-2008. 2008.
 25. Nowell PD, Buysse DJ, Reynolds CF, et al. Clinical factors contributing to the differential diagnosis of primary insomnia and insomnia related to mental disorders. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1412-1416.
 26. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders (ICSD-2). Diagnostic and coding manual. 2005; Westchester, IL.
 27. Spielman AJ, Nunes J, Glovinsky PB. Insomnia. In: Michael S, Al-drach, guest, editor. *Neurologic Clinics: Sleep disorders I*. W. B. Saunders company 1996, Philadelphia, Pennsylvania. p 513-44.
 28. Vela Bueno, A. Prevención de los trastornos del sueño. Higiene del sueño. En: Sueño y procesos cognitivos. Ramos Platón, MJ, ed. 1996; Madrid.
 29. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and coding manual. 2nd ed. 2005.
 30. <http://www.uninet.edu/neurocon/neurologia/escalas/epworth.html>
 31. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C y Amigo Vázquez I. (Coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces (3 vols.). Madrid: Pirámide.
 32. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. Guía de prescripción terapéutica [sede Web]*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS, 2009 [acceso 17-4-2009]. Disponible en: <http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm>

CAPÍTULO 16

Disfunciones sexuales y trastornos de la identidad sexual

Josefa Costa Domínguez

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 177

¿Por qué estudiar la sexualidad? 178

Fases de la respuesta sexual humana 178

Dimensiones de la respuesta sexual 179

Neurofisiología de la respuesta sexual 179

Factores que influyen en la existencia de disfunciones sexuales 179

Clasificación de las disfunciones 180

Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10 180

Relación con la CIE-10 180

Trastornos sexuales y de la identidad sexual 180

Disfunciones sexuales, parafilias y trastornos de la identidad sexual 180

Trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo) 180

Trastornos de la excitación sexual 180

Trastornos orgásmicos 181

Trastornos sexuales por dolor 181

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica 181

Trastorno sexual inducido por sustancias 181

Otros trastornos sexuales 182
Parafilias 182
Exhibicionismo 182
Fetichismo 182
Frotteurismo 182
Pedofilia 182
Masoquismo sexual 182
Sadismo sexual 182
Fetichismo travestista 183
Voyeurismo 183
Parafilia no especificada 183
Trastornos de la identidad sexual no
especificados 183

Diagnósticos de enfermería. NANDA 183

Proceso de atención de enfermería en las alteraciones de la sexualidad 184

Principios de asistencia que debemos cumplir en
la salud mental 184

¿Qué etapas se consideran en el proceso de
enfermería? 184

Etapas de valoración 184

Etapas de diagnóstico 185

Etapas de planificación 185

Etapas de la ejecución 186

Etapas de evaluación 186

Introducción

La salud es el completo bienestar físico, mental y social del individuo, y no sólo ausencia de enfermedad.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946¹

El hombre es un ser complejo en su estructura anatómica, la cual está constituida por un conjunto de órganos que cumplen funciones vitales tales como la respiración, digestión, la actividad cardíaca y la reproductiva, entre otras. Estas funciones son conocidas como el *aspecto físico* y, debido a su buen o mal funcionamiento, se califica el estado de bienestar físico de la persona. También posee el sistema nervioso, que le permite sentir, moverse, pensar, expresar su carácter, la personalidad y el lenguaje para comunicarse con sus semejantes y su entorno. Éste se conoce como el *aspecto mental* y es el mecanismo humano mediante el cual sobrevivimos, crecemos y trascendemos. El hombre, como unidad psicobiológica, es, por naturaleza, un ser social; para poder vivir en comunidad ha tenido que idear formas de convivencia, regidas por las normas y leyes que regulan los intereses, deberes y derechos de los individuos. Esta interacción es la que constituye el *aspecto social*.

Todos estos aspectos particulares de cada sujeto son los que determinan su desarrollo de ser humano como ser individual.

Son muchas las definiciones que se pueden encontrar de la sexualidad, pero considero acertado empezar con la definición de la Organización Mundial de la Salud: *La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones; no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales* (OMS, 2006).

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores, ya habrás considerado que son muchos los factores que influyen de forma directa e indirecta sobre la sexualidad de cada individuo; de ahí la heterogeneidad de la clínica y la importancia de educar en sexualidad a la población y de forma más específica a los profesionales sanitarios en pro de una intervención más especializada, eficaz y eficiente.

¿Por qué estudiar la sexualidad?

El aprendizaje de cuestiones relacionadas con el sexo proporciona ayuda al sujeto en su crecimiento como un ser único, integral y potencialmente influenciado por múltiples factores propios de su entorno familiar y social. Se considera la sexualidad humana como un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicológicos, conductuales, clínicos, morales y culturales.

La figura de enfermería necesita de una formación específica en materia de sexualidad, imprescindible para poder identificar alteraciones de un patrón sexual sano.

La integridad sexual del cliente necesita ser percibida y comprendida por el profesional de la salud, a fin de que la planificación de la asistencia prestada lo contemple como ser integral².

Los elementos teóricos y prácticos adquiridos en salud mental y psiquiatría van a promover un mejor conocimiento personal, facilitando la comprensión de su propio comportamiento y de las personas que le rodean, teniendo en cuenta que éste no es un hecho aislado, sino que está influenciado por el pasado, el presente y el futuro de la persona.

En nuestra vida laboral nos encontraremos con pacientes que nos desvelan sus temores y problemas sexuales, dándonos el privilegio de identificar un problema real o potencial de salud sexual.

Fases de la respuesta sexual humana³

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización de su acto.

Masters y Johnson dividen la respuesta sexual masculina y femenina en cuatro etapas:

1. **Excitación:** Se caracteriza por el inicio de las sensaciones eróticas, desencadenadas por estimulación psicológica (fantasía) o fisiológica (caricias, besos). Puede durar minutos u horas.

Signos objetivos:

- a. Hombre: erección del pene.
- b. Mujer: lubricación vaginal y turgencia del clítoris.

2. **Meseta:** Se trata de un estado de excitación más avanzado, inmediatamente anterior al orgasmo. Puede durar de treinta segundos a varios minutos.

Signos objetivos:

- a. Hombre: aumento del tamaño del pene y glande, aumento del tamaño testicular, emisión de secreción uretral.
- b. Mujer: contracción del tercio externo de la vagina, elevación de clítoris y retracción tras la sínfisis pubiana; aumento del tamaño de las mamas, edema en labios mayores y cambio en la coloración de los labios menores.
- c. En ambos: contracciones musculares, elevación de la tensión arterial, taquicardia y aumento de la frecuencia respiratoria.

3. **Orgasmo:** etapa más placentera del acto sexual. Esta fase consiste en la percepción subjetiva de máximo placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores.

Signos objetivos:

- a. Hombre: inevitabilidad eyaculatoria y emisión de semen; cuatro o cinco espasmos rítmicos de próstata, vesículas seminales y uretra a intervalos de 0,8 segundos.
- b. Mujer: contracciones de la plataforma vaginal; contracciones del útero, desde el fondo hasta el cuello.
- c. En ambos: contracciones involuntarias del esfínter interno y externo del ano.

4. **Resolución:** etapa final del ciclo. Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general.

Signos objetivos:

- a. Hombre: el pene pierde la rigidez. Los testículos disminuyen su tamaño y descienden al escroto. El período refractario puede durar entre 15 minutos y 48 horas.
- b. Mujer: detumescencia del clítoris en 5 a 10 minutos; si no hay orgasmo, ingurgitación que dura horas, recuperación del tamaño de los labios

mayores y vuelta a la coloración normal en los labios menores. El ph vaginal se vuelve alcalino para favorecer los movimientos de los espermatozoides y su penetración en el canal cervical.

Dimensiones de la respuesta sexual

También como profesionales debemos tener presente que la respuesta sexual está constituida por tres dimensiones: *fisiológica, motora y cognitiva*.

1. **Respuesta fisiológica:** emociones o sensaciones físicas.

Incluye todas las sensaciones físicas que el sujeto nota durante el intercurso sexual. Cada persona tiene un patrón de activación fisiológico personal e incluso la misma persona puede notar variaciones en diferentes situaciones.

2. **Respuesta motora:** comportamiento voluntario o motor.

Incluye lo que hacemos voluntariamente durante el desarrollo de la interacción sexual. El objetivo de este tipo de conductas va encaminado a buscar placer, intentar procrear, comunicarnos con nuestra pareja y aumentar las respuestas fisiológicas agradables.

3. **Respuesta cognitiva:** pensamientos.

Incluye aquellos pensamientos, fantasías e imágenes que aparecen antes, durante y después de las relaciones sexuales. El contenido puede variar desde una serie de verbalizaciones placenteras asociadas a imágenes sexuales hasta ideaciones negativas o aversivas sobre la propia respuesta sexual cuando ésta es inadecuada.

Neurofisiología de la respuesta sexual

En los cambios físicos producidos durante la respuesta sexual se encuentran involucrados el sistema nervioso simpático y el parasimpático, y los distintos neurotransmisores juegan un importante papel. En la erección se produce un aporte de sangre a los cuerpos cavernosos, en los que existe una inervación colinérgica y adrenérgica. Esta inervación proviene de las raíces D12, S2 y S3 y son fibras vasodilatadoras y vasoconstrictoras. La erección puede producirse desde el cerebro, por imágenes, pensamientos, sonidos que son excitantes (psicogénica) y desde centros espinales, con la estimulación táctil de los órganos genitales (reflexogénica).

Ambos tipos de erección suelen actuar sinérgicamente. En la erección reflexogénica intervienen los nervios pélvicos parasimpáticos. En la erección psicogénica intervienen los nervios simpáticos que parten de la zona cervical. Por este motivo, pacientes con lesiones sacras pueden tener erecciones.

Para la eyaculación se producen contracciones rítmicas del epidídimo, vasos deferentes, vesículas seminales y próstata, expulsando el líquido seminal a la uretra prostática. Al ser estimulado el bulbo uretral se cierra el cuello de la vejiga para impedir la eyaculación retrógrada. El líquido seminal es expulsado al exterior por contracciones rítmicas del bulbo uretral y de la musculatura estriada perineal. El epidídimo, los vasos deferentes y las vesículas seminales tienen terminaciones adrenérgicas y colinérgicas. La estimulación adrenérgica es la que produce la emisión del semen y el cierre del cuello vesical, persistiendo dudas sobre el papel de las fibras colinérgicas. La lubricación vaginal se produce como resultado de la vasocongestión. Los cambios en el clítoris y labios serían de naturaleza similar a la erección masculina. Las respuestas vasculares están controladas por impulsos parasimpáticos a través del plexo sacro.

Factores que influyen en la existencia de disfunciones sexuales

1. **Factores psicológicos:** en todo problema sexual, aunque haya factores biológicos en la base del mismo, se suelen generar alteraciones psicológicas. Hay dos factores que indicarían posibles causas de los problemas sexuales:

- a. Factores interpersonales: Problemas de pareja o/y de relación.
- b. Factores personales:
 - Falta de información sobre sexualidad.
 - Mensajes familiares heredados: enfermedad, embarazo no deseado, aspectos negativos del sexo.
 - Mitos sobre sexualidad: creencias erróneas.
 - Miedo al fracaso.
 - Ansiedad de ejecución.
 - Rol del espectador.
 - Estrés.
 - Problemas psicológicos: depresión, psicosis, ansiedad, parafilias.

2. **Factores biológicos:**

- a. Problemas vasculares: arteriosclerosis, HTA, diabetes, hiperlipemia, abuso de alcohol, tabaco y/o drogas.
- b. Problemas neurológicos: lesiones medulares, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, etc.
- c. Problemas endocrinos: niveles alterados de testosterona, prolactina, hormonas tiroideas y suprarrenales, etc.

3. **Factores socioeducativos:**

- a. Culto al coito: excesiva centralización de interés en esta conducta hace que muchas parejas no valoren otros aspectos del contacto físico.
- b. Represión: muchas represiones sociales, al igual que excesivas liberación de conductas, influyen negativamente en la conducta sexual.
- c. Rigidez en roles de género: prefijar «cómo debería ser» y «cómo se debería actuar».
- d. Nuestra educación: modelada por nuestros padres, suele ser muy restrictiva y estricta, sobre todo en la mujer.
- e. La belleza: la presión social para «ser bello» afecta a la propia vivencia sexual.

4. **Causas psicosexuales:**

- a. Factores predisponentes: educación sexual muy prohibitiva, traumas sexuales, parafilias, problemas de identidad u orientación sexual, baja autoestima, problemas con la autoimagen corporal.
- b. Factores desencadenantes: conflictos de pareja, estrés, disfunción sexual previa, ansiedad ante enfermedades orgánicas, trastornos psiquiátricos.
- c. Factores mantenedores: ansiedad de desempeño, actitud de espectador.

Clasificación de las disfunciones

Cuando se diagnostican las disfunciones sexuales tenemos que tener presente que se establecen por su asociación con la alteración de los distintos componentes físicos y fisiológicos propios de cada una de estas fases de la respuesta sexual humana, especialmente desde la primera propuesta de Masters y Johnson (Masters y Johnson, 1966). Posteriormente, surge una nueva propuesta sobre dichas fases dada por H. Kaplan, donde se definen cuatro etapas: deseo, excitación, resolución y orgasmo; ha sido la adoptada por el DSM-IV (APA, 1994)⁴.

Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación (tabla 16-1).

Tabla 16-1

Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10

Fases	Hombre	Mujer
Fase del deseo sexual	• Aversión hacia la relación sexual • Deseo sexual inhibido • Bajo deseo sexual • Deseo sexual exacerbado	• Aversión hacia la relación sexual • Deseo sexual inhibido • Bajo deseo sexual • Deseo sexual exacerbado
Fase de excitación	• Excitación sexual inhibida • Disfunción eréctil	• Excitación sexual inhibida • Disfunción sexual general
Fase orgásmica	• Orgasmo y eyaculación rápida y precoces • Orgasmo y eyaculación retardados • Ausencia de orgasmos y eyaculación • Eyaculación sin orgasmo • Eyaculación retrógrada u orgasmo sin eyaculación • Orgasmo no placentero con pene flácido	• Orgasmo prematuro • Orgasmo retardado • Ausencia de orgasmo • Anorgasmia coital, pero no por otros medios

Relación con la CIE-10

La décima revisión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10.

Trastornos sexuales y de la identidad sexual⁵

Es imprescindible que conozcamos las características de las alteraciones sexuales, así como las posibles causas:

Disfunciones sexuales, parafilias y trastornos de la identidad sexual

Las *disfunciones sexuales* se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo)

El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta (p. ej., el coito, pero no la masturbación). Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva a estos individuos de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo a regañadientes cuando es la pareja quien lo decide. A pesar de que la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja o las necesidades de tipo no sexual (p. ej., placer físico o intimidad) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales.

Deseo sexual hipoactivo: disminución de fantasías y deseos sexuales de forma persistente o recurrente, con falta de interés para mantener relaciones sexuales.

Aversión sexual: desagrado y evitación de contactos sexuales. El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo.

Trastornos de la excitación sexual

Trastorno de excitación sexual en la mujer: es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual. Se acompaña a menudo de trastornos del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteraciones de las relaciones sexuales y matrimoniales.

Disfunción eréctil: es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Algunos individuos manifiestan la incapacidad para obtener la erección ya desde el inicio de la relación sexual; otros, en cambio, consiguen una erección normal, pero la pierden al intentar la penetración; otros son capaces de presentar erecciones sólo durante la masturbación o por la mañana al levantarse. Las erecciones que se producen durante la masturbación pueden así mismo desaparecer, pero no es habitual que esto suceda.

Trastornos orgásmicos

Trastorno orgásmico (tanto en la mujer como en el hombre): es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase normal de excitación.

Eyacuación precoz: es la aparición de un orgasmo y eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

Trastornos sexuales por dolor

Dispareunia no debida a enfermedad médica: la característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito; a pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a varones como a mujeres. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo.

Vaginismo no debido a enfermedad médica: contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

Alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En este tipo de trastorno sexual se puede presentar dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual (p. ej., trastornos del orgasmo) y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales: enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal), enfermedades endocrinológicas (p. ej., diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiperhipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales, alteraciones hipofisarias), enfermedades vasculares y genitourinarias (p. ej., trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones posprostectomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, infecciones vaginales y de los genitales externos, complicaciones posquirúrgicas como cicatrices de la episiotomía, vagina reducida, cistitis, endometriosis, prolapso uterino, infecciones pélvicas, neoplasias). La experiencia clínica actual indica que el trastorno sexual debido a enfermedad médica es muy frecuente. Los hallazgos de la exploración física, de las pruebas de laboratorio, la prevalencia y el inicio de la enfermedad reflejan el papel etiológico de ésta.

Trastorno sexual inducido por sustancias

Se trata de una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexuales, así como el orgasmo, o producir dolor). Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., drogas, fármacos o exposición a tóxicos).

El trastorno sexual inducido por sustancias se diferencia del trastorno sexual primario por el inicio y el curso del trastorno.

Señalar que son muchos los medicamentos que influyen de forma directa en la aparición de una alteración de la sexualidad ([tabla 16-2](#)).

Tabla 16-2**Alteración de la sexualidad debida a medicamentos**

Medicamentos	Trastorno
Antihipertensivos: • Los bloqueadores beta • Los diuréticos tiazídicos • Otros diuréticos (espironolactona, acetazolamida) • Agentes de acción central • Lípidos medicamentosos	El deseo, la excitación Excitación El deseo, la excitación Excitación El deseo, la excitación
Medicamentos psicoactivos: • Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina • Antidepresivos tricíclicos • Las benzodiazepinas • De litio • Inhibidores de la monoamino oxidasa	Deseo, excitación, orgasmo Deseo, excitación, orgasmo Deseo, excitación, orgasmo El deseo, orgasmo El deseo, la excitación Excitación
Los agentes hormonales: • Los agonistas GnRH • Orales y los anticonceptivos no orales • Las progestinas • SERMS • Danazol	El deseo, la excitación Deseo Deseo La sequedad vaginal, dispareunia Deseo
Los anticolinérgicos	Excitación
Los antihistamínicos (bloqueadores H1 y H2)	El deseo, la excitación
Las anfetaminas y drogas relacionadas	Excitación, orgasmo
Narcóticos	Deseo, excitación, orgasmo
Sedantes (incluido el alcohol)	Deseo, excitación, orgasmo

Otros trastornos sexuales

Se denominan trastornos sexuales no especificados a todos los que no son clasificables en una de las categorías específicas. Incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia. Ejemplos:

Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o feminidad.

1. Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas, caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.
2. Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado, pueden variar entre las diferentes culturas.

Los ejemplos son:

1. Ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y el orgasmo normales.
2. Situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno

sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

Parafilias

La parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que, por lo general, engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses. Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos, las preferencias de tipo parafilico se presentan sólo episódicamente, mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo. El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Exhibicionismo

Exposición de los propios genitales a una persona extraña. Algunas veces, el individuo se masturba durante la exposición (o mientras lo imagina). Cuando el individuo lleva a cabo sus impulsos, no existe generalmente ningún intento de actividad sexual posterior con la persona extraña. El inicio de este trastorno se produce generalmente antes de los 18 años, aunque puede empezar mucho más tarde. En las personas de edad avanzada apenas se realizan detenciones, lo que sugiere que la alteración quizá sea menos grave después de los 40 años.

Fetichismo

Uso de objetos no animados (fetiches). Entre los fetiches más comunes se encuentran los sostenes, la ropa interior femenina, las medias, los zapatos, las botas o cualquier otra prenda de vestir. El individuo con fetichismo se masturba frecuentemente mientras sostiene, acaricia o huele el objeto fetiche, o bien le puede pedir a su compañero sexual que se lo ponga durante las relaciones. Por lo general, el fetiche es necesario e intensamente preferido para la excitación sexual, y en su ausencia pueden producirse trastornos de la erección en el varón.

Frotteurismo

Implica el contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad. Por lo general, este comportamiento se produce en lugares con mucha gente, en los que

es más fácil escapar de la detención.

El individuo aprieta sus genitales contra las nalgas de la víctima o intenta tocar los genitales o los pechos con las manos. Mientras realiza todo esto, se imagina que está viviendo una verdadera relación con la víctima.

Pedofilia

Actividades sexuales con niños prepúberes (generalmente de 13 o menos años de edad). El individuo con este trastorno debe tener 16 años o más y ha de ser por lo menos 5 años mayor que el niño. En los adolescentes mayores que presentan este trastorno no se especifica una diferencia de edad precisa, y en este caso debe utilizarse el juicio clínico; para ello, debe tenerse en cuenta tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edades. El paciente pedófilo declara sentirse atraído por los niños dentro de un margen de edad particular. Las personas que se sienten atraídas por las niñas generalmente las prefieren entre los 8 y los 10 años, mientras que quienes se sienten atraídos por los niños los prefieren algo mayores. La pedofilia que afecta a las niñas como víctimas es mucho más frecuente que la que afecta a los niños.

Masoquismo sexual

Consiste en el acto (real, no simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento. Algunos individuos que padecen este trastorno se encuentran obsesionados por sus fantasías masoquistas, las cuales deben evocar durante las relaciones sexuales o la masturbación, pero no las llevan a cabo. En estos casos, las fantasías masoquistas suponen, por lo general, el hecho de ser violado o de estar atado y obligado a servir a los demás, de forma que no existan posibilidades de escapar.

Sadismo sexual

Implica actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante.

Algunos individuos con este trastorno se encuentran alterados por sus fantasías sádicas, las cuales evocan durante la actividad sexual, pero sin llevarlas a cabo; en estos casos, las fantasías sádicas consisten normalmente en tener un completo control sobre la víctima, que se encuentra aterrorizada por la anticipación del acto sádico. Otros individuos satisfacen las necesidades sexuales sádicas con una pareja que consiente (que puede ser masoquista sexual) sufrir el dolor o la humillación y otros con víctimas que no consienten. En todos los casos es el sufrimiento de la víctima lo que produce la excitación sexual.

Fetichismo travestista

Consiste en vestirse con ropas del otro sexo. Por lo general, el individuo guarda una colección de ropa femenina que utiliza intermitentemente para transvestirse; cuando lo ha hecho, habitualmente se masturba y se imagina que es al mismo tiempo el sujeto masculino y el objeto femenino de su fantasía sexual. Este trastorno ha sido descrito sólo en varones heterosexuales. El diagnóstico no debe efectuarse en los casos en los que el transvestismo aparece en el transcurso de un trastorno de la identidad sexual.

Voyeurismo

Implica el hecho de observar ocultamente a personas, por lo general desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual. El acto de mirar se efectúa con el propósito de obtener una excitación sexual y, por lo general, no se busca ningún tipo de relación sexual con la persona observada. El orgasmo, habitualmente producido por la masturbación, puede aparecer durante la actividad voyeurística o más tarde como respuesta al recuerdo de lo observado. En su forma más grave, el voyeurismo constituye la forma exclusiva de actividad sexual. El inicio del comportamiento voyeurístico acostumbra a tener lugar antes de los 15 años. El curso tiende a ser crónico.

Parafilia no especificada

Esta categoría se incluye para codificar las parafilias que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas. Cabe mencionar (aunque no se limitan a): escatología telefónica (llamadas obscenas), necrofilia (cadáveres), parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), zoofilia (animales), coprofilia (heces), clismafilia (enemas) y urofilia (orina).

Trastornos de la identidad sexual no especificados

Incluye los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen:

- Enfermedades intersexuales (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) y disforia sexual acompañante.

- Comportamiento travestista transitorio relacionado con el estrés.

- Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo. Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas.

- Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y

persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo. Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo. El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual.

La homosexualidad fue eliminada en 1973 del DSM-IV y la OMS la eliminó como trastorno mental el 17 de mayo de 1990, fecha considerada como día internacional contra la homofobia y la transfobia.

Diagnósticos de enfermería. NANDA

Los/as enfermeros/as debemos conocer las características de las patologías clasificadas en el DSM-IV y saber identificar los síntomas de los problemas de salud relacionados con la sexualidad. Disponemos de los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing (NANDA) que están relacionados con alteraciones en la sexualidad de las personas y que mediante la identificación de los mismos pueden prevenir y mejorar la salud.

En los diagnósticos NANDA, se le atribuye el **00059**, la etiqueta de **disfunción sexual**, y se le define como: «Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se contempla como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante⁶». También se le pueden atribuir otros diagnósticos relacionados de forma directa con el diagnóstico principal de disfunción sexual.

00041 Respuesta alérgica al látex.

00045 Deterioro de la mucosa oral.

00046 Deterioro de la integridad cutánea. Alteración de la epidermis y/o dermis.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00052 Deterioro de la interacción social.

00053 Aislamiento social.

00054 Riesgo de soledad.

00055 Desempeño ineficaz del rol.

00065 Patrón sexual ineficaz.

00069 Afrontamiento ineficaz.

00070 Deterioro de la adaptación.

00078 Gestión ineficaz de la propia salud.

00095 Insomnio.

00096 Deprivación de sueño.

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud.

00100 Retraso en la recuperación quirúrgica.

00101 Deterioro generalizado del adulto.

00118 Trastorno de la imagen corporal.

00119 Baja autoestima crónica.

00120 Baja autoestima situacional.

00121 Trastorno de la identidad personal.

00126 Conocimientos deficientes.

00132 Dolor agudo.

00146 Ansiedad.

00148 Temor.

00153 Riesgo de baja autoestima situacional.

00157 Disposición para mejorar la comunicación.

00158 Disposición para mejorar el afrontamiento.

00161 Disposición para mejorar los conocimientos.
0198 Trastorno del patrón del sueño.

Proceso de atención de enfermería en las alteraciones de la sexualidad

El PAE es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, y contribuye a prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia o comunidad) a procesos vitales/alteraciones de la salud reales o potenciales.

R. Alfaro

Principios de asistencia que debemos cumplir en la salud mental

1. No dañar.
2. Aceptar a cada persona como un ser humano completo.
3. Desarrollar la confianza mutua.
4. Explorar la conducta y las emociones.
5. Fomentar la responsabilidad.
6. Favorecer una adaptación eficaz.
7. Aportar coherencia.

¿Qué etapas se consideran en el proceso de enfermería? (fig. 16-1)

Etapas de valoración

Valoración del patrón de la sexualidad: atención integral de la salud de las personas. Consta de la recogida, validación, organización de la documentación de todos los datos recogidos en la entrevista y resultado de pruebas que se hayan realizado: peso, talla, registro de medicación actual.



FIGURA 16-1 Proceso de atención de enfermería (PAE).

Una correcta valoración es signo evidente de profesionalidad y nos guía hacia una *eficacia* (del lat. *efficacia*) (RAE: «Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera») y una *efectividad* («la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un objetivo determinado con el mínimo de recursos posibles viable») (PAE).

Hay que distinguir entre:

La valoración inicial: se da en el primer contacto paciente-enfermera.

La valoración continua: se realiza durante todo el proceso en busca de signos y síntomas que nos indiquen si nuestra intervención lleva camino de conseguir nuestros objetivos; si no es así necesitamos modificar la planificación de nuestro proceso.

¿Cuál es el objetivo de la valoración?

Tenemos que conocer el estado de salud inicial, los problemas potenciales y los reales, así como los factores del entorno: familia, ambiente de trabajo, pareja, amigos, exrelaciones, miedos, temores, angustias influyentes en su estado de salud actual...

¿Cómo realizamos la valoración?

Debemos ser rigurosos, evitar las interpretaciones subjetivas, registrar todos los datos que el paciente nos da; hay que ser lo más exhaustivos posible. Hay que favorecer la participación verbal del paciente, así como observar su lenguaje no verbal e identificar qué problemas considera que influyen más negativamente en

el desarrollo del patrón sexual, es decir, el conjunto de estrategias, conductas y actitudes que nuestro paciente utiliza en la búsqueda del placer sexual, y describe tanto los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad como el patrón reproductivo⁷.

Debe quedar todo escrito, de forma clara y comprensible para nosotros o para cualquier compañero que deba realizar un seguimiento del caso.

Etapas de diagnóstico

Juicio que define un problema identificado por la enfermera de forma independiente. Los diagnósticos de enfermería son enunciados de problemas reales o potenciales que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante la intervención de enfermería. Se centra en las respuestas humanas.

Definición de diagnóstico de enfermería (DdE)

«Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud, reales o potenciales, que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que el enfermero es responsable.»⁶

¿Cuáles son las fases del diagnóstico de enfermería?

1. Preparación de datos.
2. Formulación de los diagnósticos.
3. Convalidación.
4. Documentación.

¿Cuáles son los tipos de diagnóstico de enfermería?

1. Diagnóstico real.
2. Diagnóstico potencial o con alto riesgo.
3. Diagnóstico posible.
4. Diagnóstico de bienestar.

¿Qué características específicas definen los diagnósticos NANDA de enfermería?

1. Definir la dimensión independiente.
2. Utilizar terminología común.
3. Facilitar la comunicación.
4. Dirigir los esfuerzos en una misma dirección.
5. Permitir trabajos de investigación enfermera.

¿Cómo redactar un diagnóstico de enfermería?

1. Escribir el diagnóstico con palabras que expresen respuestas del individuo, y no

a la actuación de la enfermera.

2. Utilizar la expresión «relacionado con» mejor que «debido a».
3. Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
4. Escribir el diagnóstico con expresiones convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
5. Evitar invertir el orden de los componentes del enunciado diagnóstico (en primer lugar se pone el problema «etiqueta», a continuación se pone la causa y por último las manifestaciones).
6. Evitar formular dos problemas a la vez.
7. Evitar expresar el diagnóstico y la etiología utilizando conceptos que estén dentro del campo de actuación de la enfermera.
8. Debemos seguir la formulación del diagnóstico *PES* (según la doctora Marjory Gordon, se realizará utilizando este formato).
9. Problema (alteración, afectación, déficit, dificultad).
10. Etiología, son los factores relacionados que influyen o determinan la enfermedad.
11. Signos y síntomas, son las manifestaciones de la enfermedad.
12. El problema se une a la etiología mediante la fórmula «relacionado con» (r/c) que, a su vez, se une a los signos y síntomas mediante la fórmula «manifestado por» (m/p).
13. El enunciado del diagnóstico debe reflejar el problema de salud del paciente y la causa de éste.
14. Evitar cambiar las partes del diagnóstico.
15. No deberán significar lo mismo las dos partes del diagnóstico.

Etapas de planificación

Es el planteamiento racional y sistemático de proceso de enfermería posterior a la valoración; se realiza por escrito y con una valoración continuada de las estrategias, en base a los diagnósticos descritos, para resolver los problemas, prevenirlos o reducirlos.

En esta fase se establecerán los cuidados de enfermería y para ello utilizaremos el *NIC* («Clasificación de intervenciones de enfermería») y el *NOC* («Clasificación de resultados de enfermería»), y se desarrollarán en la evaluación del PAE, ya que se trata de una herramienta de evaluación.

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)⁸

Es una ordenación extensa y estandarizada de los cuidados que debe implantar enfermería y actividades que se desarrollarán en el PAE. Algunos NIC relacionados directa o indirectamente con el diagnóstico NANDA (00059

Disfunción sexual):

Patrón 1: **Percepción de la salud:** «Promoción de la salud de los pacientes y la

práctica en el manejo de salud».

4410 Establecimientos de objetivos comunes (enfermera-paciente).

2300 Administración de medicamentos.

5510 Educación sanitaria.

Patrón 2: Nutricional/metabólico

1100 Manejo de la nutrición.

Patrón 3: Eliminación

0612 Cuidados en la incontinencia urinaria.

Patrón 4: Actividad/ejercicio

5612 Enseñanza actividad/ejercicio.

1720 Fomento de la salud bucal.

Patrón 5: Sueño/descanso

1850 Fomentar el sueño.

6482 Manejo ambiental: confort.

Patrón 6: Cognitivo/perceptivo; hay que especificar el área concreta de déficits de conocimiento: educación sanitaria/fomento/educar

5250 Apoyo en la toma de decisiones.

Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto

5400 Potenciación de la autoestima.

Patrón 8: Rol/relaciones

5370 Potenciación de roles (manejo de relaciones estresantes).

Patrón 9: Sexualidad: éste dependerá de forma indirecta de otros NICs específicos de este patrón.

56016 Enseñanza individual.

5620 Sexo seguro.

6610 Identificación de riesgos.

5247 Asesoramiento antes de la concepción.

5248 Asesoramiento sexual.

6784 Anticoncepción.

7160 Utilización de preservativo.

1440 Manejo del síndrome premenstrual.

Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés

5820 Disminución de la ansiedad.

Patrón 11: Valores/creencias

5270 Apoyo emocional.

4920 Escucha activa.

¿Qué evolución debe seguir la planificación del proceso?

Las fases de la planificación son:

1. *Jerarquizar nuestras prioridades en la intervención:* Debemos saber responder a las siguientes cuestiones para identificar el orden en la ejecución del proceso; de esta forma decidiremos qué problema tiene más prioridad:

- a. ¿Qué problema amenaza la vida?
 - b. ¿Existe relación entre algunos de los problemas?
 - c. ¿Hay problemas que se pueden manejar simultáneamente?
 - d. ¿Cuál es el estado de salud del paciente?
 - e. ¿Hay presencia de problemas potenciales?
2. *Fijar los resultados que esperamos*: se trata de redactar y escribir los enunciados de los objetivos. El logro o no de éstos será lo que nos proporcione la eficacia de los cuidados de enfermería.
- a. Diagnóstico: riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado por inmovilidad.
 - b. Proceso de enfermería: el paciente no mostrará signos de presión o rotura cutánea.
3. *Prescribir los cuidados de enfermería*: estrategias que ayudan a conseguir el resultado esperado; se debe trabajar en promoción de la salud, prevenir complicaciones, mantener la salud, restablecerla y proporcionar calidad de vida.
4. *Establecer los objetivos*: se jerarquizarán dependiendo de la prioridad establecida en la primera: «Jerarquizar nuestra prioridades en la intervención».

Etapas de la ejecución

Se trata de una etapa de acción: llevar a la práctica el plan de cuidados. Es la enfermera la que debe asumir la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente, familia y otros miembros del equipo de salud.

¿Qué etapas podemos distinguir en la ejecución?

1. *Preparación*. Establecemos todo lo necesario para realizar nuestro trabajo, teniendo en cuenta la valoración continua de las tareas de enfermería y las necesidades del paciente.
2. *Ejecución*. Se realiza el trabajo de enfermería, las curas, técnicas programadas...
3. *Documentación*. Registro sistemático de las tareas realizadas y de los resultados obtenidos, así como de todo aquello que consideremos importante; estos datos nos ayudarán en la evaluación final.

Etapas de evaluación

En la etapa final determinaremos la eficacia del PAE (proceso de atención de enfermería). Pero recordemos que la evaluación debe de ser continua para modificar si es necesario las estrategias de intervención.

Debemos hacer una valoración final objetiva sobre el estado del paciente y responder a la pregunta:

1. ¿Hemos conseguido los objetivos planteados?
2. ¿Aún persiste el problema?
3. ¿Qué cambios puedo evaluar?

4. ¿Necesita una modificación el proceso?

Para conseguirlo contamos con la clasificación de resultados de enfermería (NOC); es una agrupación estandarizada de resultados pacientes/clientes desarrollada para evaluar la efectividad de la intervención de enfermería.

La estructura de taxonomía NOC⁶

Actualmente (2009-2011) NOC tiene: 7 dominios, 31 clases y 385 resultados.

Para codificar los dominios se utilizan los números romanos del I al VII.

Las clases se codifican con letras siguiendo el abecedario, en mayúsculas primero y una vez finalizadas todas las posibilidades, en minúsculas.

Los resultados se codifican con 4 dígitos.

Los indicadores con 6, siguiendo los 4 primeros los correspondientes a su resultado.

Dominios NOC:

1. Dominio I. Salud funcional.
2. Dominio II. Salud fisiológica.
3. Dominio III. Salud psicosocial.
4. Dominio IV. Conocimiento y conducta en salud.
5. Dominio V. Salud percibida.
6. Dominio VI. Salud familiar.
7. Dominio VII. Salud comunitaria.

¿Qué caracteriza al proceso de enfermería?

1. Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
2. Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
3. Es dinámico: responde a un cambio continuo.
4. Es flexible: se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier área especializada.
5. Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas entre la enfermera-paciente, su familia y el equipo salud.
6. Tiene una base teórica: conocimientos que incluyen ciencias, humanidades y modelo teórico de enfermería.

Bibliografía

1. Foro Mundial de la Salud, vol. 9, n.º 1 (1988), p. 30-5; se presenta la historia de esa definición. Disponible en:
http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. Freitas MRI, Pelá NTR. Subsidios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000;8(5):28–33.
3. Kaplan H. 1978a. La nueva terapia sexual, v. I y II. Madrid: Alianza.
4. Rodríguez T. 2012. Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/tratamiento-pacientes-enfermedades-cardiovasculares-psicocardiologia-sexologia-clinica/>
5. DSM-IV-TR®: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Ed. Elsevier-Masson; 2002.
6. NANDA.1994. Disponible en:
http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/importancia_lenguajes.html
7. Enfermería global n.º 31 julio 2013. Revista electrónica de enfermería. Disponible en: www.um.es/eglobal/.
8. Araújo Calvo M. Rodríguez Gómez T. Manual NIC para enfermería en atención primaria [Guadalajara]: S.n.,(2011).
9. Caplan Gerald. 1980. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.
10. Masters W y otros (1987): La sexualidad humana, Barcelona, Grijalbo.
11. Kaplan, H. (1978): Manual ilustrado de terapia sexual, Barcelona, Grijalbo.
12. Francisco Regías-Lizancos, María Dolores. 2000. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Serrano Parra. Ediciones D.A.E. (Grupo Paradigma).
13. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. 1999. Editorial. Harcourt Brace.

SECCIÓN 2.7

Trastornos de la personalidad y control de impulsos

Capítulo 17: Trastornos de la personalidad

Capítulo 18: Trastorno del control de los impulsos

CAPÍTULO 17

Trastornos de la personalidad

Nuria Pascual Bellido

Ana Carmen Lucha López

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Etiología 191

Teorías 191

Comorbilidad 192

Epidemiología 192

Sintomatología 192

Grupos 193

Grupo A 193

Grupo B 193

Grupo C 193

Tratamiento 193

Valoración y cuidados de enfermería 194

Patrón percepción/mantenimiento de la salud 195

Patrón actividad/ejercicio 195

Patrón sueño/descanso 196

Patrón cognitivo/perceptivo 196

Patrón autopercepción/autoconcepto 197

Patrón rol/relaciones 197

Patrón sexualidad 197

Patrón adaptación/tolerancia al estrés 198

Patrón valores/creencias 198

El término personalidad proviene del latín *personam* y originalmente se utilizó para denominar la máscara teatral utilizada en el drama griego. Este concepto ha ido evolucionando hasta ser definido hoy en día como el conjunto de sentimientos, emociones y pensamientos ligados al comportamiento y persistentes a lo largo del tiempo que diferencian a cada individuo de los demás¹. Consta de una parte heredada o genética (temperamento) y otra social o ambiental (carácter).

La personalidad se describe a través de rasgos emocionales y conductuales, los cuales, en conjunto, caracterizan a una persona².

La consideración de la psicopatía como anomalía de la personalidad o del carácter, dotando a los trastornos de la personalidad como patologías individuales y delimitadas entre sí, aparece por primera vez con Kurt Schneider en 1923³. Más adelante, en 1952, y coincidiendo con una visión más social de la psiquiatría, aparecen definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales II (DSM-II)⁴, de la Asociación de Psiquiatría Americana, los trastornos de personalidad sociopáticos, estableciendo la delimitación definitoria de trastorno de la personalidad en los manuales sucesivos (DSM-III, III-R y IV, en su eje II)⁵⁻⁷ y siendo también recogidos posteriormente por la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud. Veremos cuáles son y los rasgos de cada uno de ellos en el apartado de sintomatología.

En la actualidad, los trastornos de la personalidad (en adelante TP) no son considerados como enfermedades mentales, sino que son definidos como formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, las cuales se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas del modo en el cual un individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás⁸.

Etiología

La etiología acerca del origen de los TP es dudosa, existiendo numerosas hipótesis⁹.

Teorías

- *Teoría sociológica*: considera el TP como una desviación de las normas de la sociedad, en vez de un trastorno psiquiátrico. El comportamiento desviado es consecuencia de un aprendizaje imperfecto y de la mala asimilación de normas, las cuales varían en función de los criterios que establezca esa sociedad.
- *Teoría genética*: establece que los TP vienen determinados genéticamente. Investigaciones con gemelos señalaban una concordancia mayor en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, lo que apuntaría hacia una influencia importante del factor hereditario en la transmisión del trastorno.
- *Teoría sobre el entorno*: estudia la influencia de factores como la educación, los modelos parentales y el ambiente familiar, considerando que las experiencias vividas a edades tempranas, en especial la relación madre-hijo, determinará la capacidad de la persona para establecer relaciones significativas en el futuro.
- *Teoría biológica*: es la más estudiada hasta el momento. Sostiene la hipótesis de que el factor causal correspondería a los mecanismos inhibidores del sistema nervioso central, produciendo alteraciones electroencefalográficas.

Actualmente, parece que se ha asumido la multicausalidad como origen del trastorno. Esta multicausalidad abarcaría aspectos de la genética, biológicos, psicológicos y socioambientales.

A pesar de que los TP continúan siendo los grandes desconocidos dentro del campo de la psiquiatría, en los últimos años los estudios han aumentado considerablemente, ampliando en gran medida la información disponible. La mayoría de estos estudios se centran en los altos niveles de comorbilidad que presentan los pacientes con TP.

Comorbilidad

- *Enfermedades mentales*¹⁰: estudios realizados en población ingresada en unidades de psiquiatría ofrecen cifras de entre 40-70% de comorbilidad entre los TP y diferentes enfermedades mentales. Esta comorbilidad implicaría un peor pronóstico de ambas patologías, con manifestaciones clínicas más complejas y menor adherencia al tratamiento. Los estudios se centran principalmente en la asociación del trastorno límite y depresión y entre los trastornos psicóticos y esquizofrenia con el trastorno esquizotípico de la personalidad.
- *Trastornos de la alimentación*^{11,12}: diferentes investigaciones asocian los TP a los trastornos alimentarios, en especial con la bulimia y la anorexia nerviosa. Ambos son analizados desde la perspectiva del no control de la impulsividad,

estableciendo una correlación entre cada una de ellas con trastornos de la personalidad específicos. Así, la bulimia nerviosa aparecería de manera más frecuente en los trastornos pertenecientes al grupo B (en especial en el tipo histriónico) y la anorexia nerviosa sería más frecuente en los trastornos del grupo A y C, en concreto en trastorno esquizoide y evitativo¹³.

- *Abuso de sustancias*¹⁴: se ha observado en múltiples estudios la alta prevalencia de TP en consumidores de diferentes sustancias, existiendo un amplio debate sobre si el trastorno sería causa o consecuencia de este consumo.
- *Abusos sexuales*¹⁵: las mujeres con TP también han mostrado ser un grupo vulnerable a los abusos sexuales. La mayoría de los estudios relacionan los TP con abusos sexuales experimentados durante la infancia debido a que son éstos los que, como experiencia traumática, intervienen en el desarrollo de la personalidad, siendo el abuso sexual infantil considerado por algunos autores como un factor predictor muy potente de la sintomatología límite¹⁶. Por otro lado, para Meza-Rodríguez¹⁷ la experiencia de abuso sexual infantil podría activar el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal, lo que causaría una hiperactivación del sistema serotoninérgico, pudiendo hacer que se manifiesten conductas impulsivas, muy presentes en la mayor parte de los TP.

Además de estos altos índices de comorbilidad, un estudio internacional establece que el 70% de los hiperfrecuentadores del sistema sanitario presenta un trastorno de personalidad¹⁸.

Epidemiología

Los estudios que investigan acerca de la prevalencia de estos trastornos en la población son escasos y la mayoría de las veces con resultados dispares, en función de la metodología empleada y de la exigencia del investigador. Los criterios diagnósticos poco definidos, la comorbilidad existente y la variabilidad del propio trastorno hacen que los resultados presenten cifras que varían del 2% al 15%¹⁹ en nuestro medio. A pesar de ello, la mayoría de autores sitúa aproximadamente en el 10%²⁰ la prevalencia del TP en la población general.

En cuanto a la distribución entre los distintos trastornos, en la [figura 17-1](#) se presentan los datos obtenidos en un estudio desarrollado en una unidad hospitalaria especializada en trastornos de personalidad¹⁵.

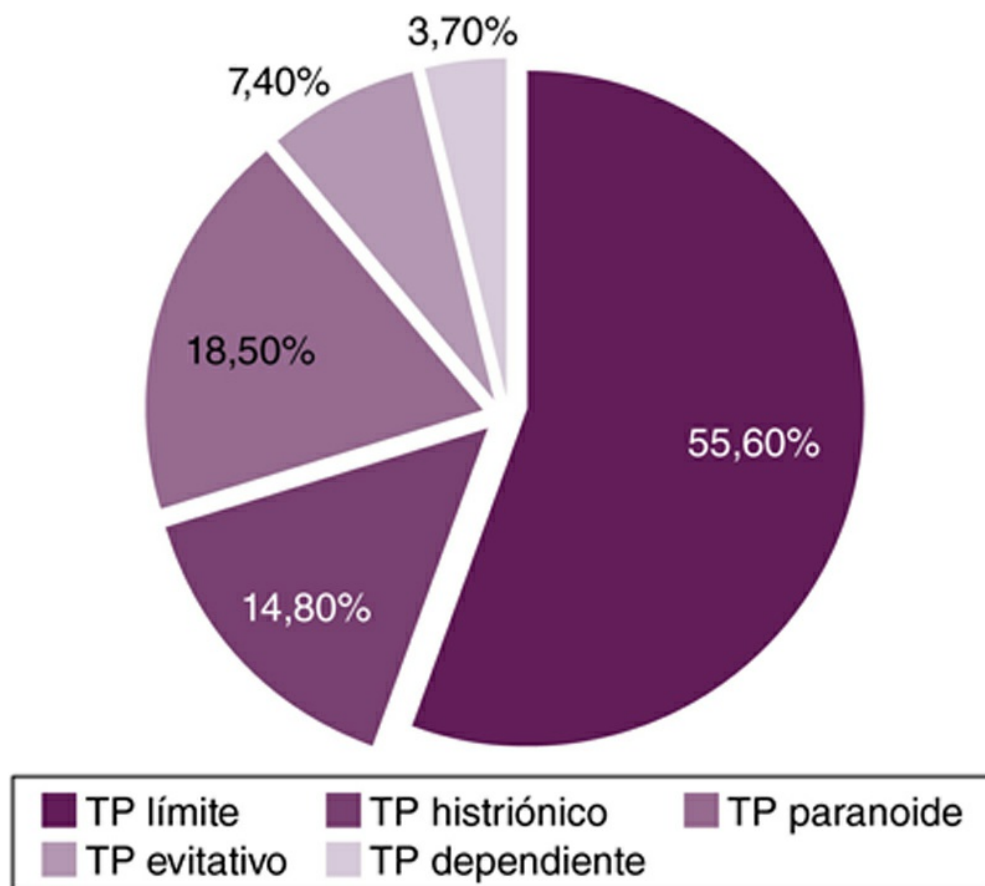


FIGURA 17-1 Prevalencia por tipos de trastorno de la personalidad.

Sintomatología

El diagnóstico de los TP es complejo, principalmente debido a la continuidad entre normalidad y anormalidad, no pudiendo ser diferenciables en términos absolutamente objetivos. Sin embargo, presentan características comunes que facilitan su diagnóstico²¹:

- Conductas inflexibles, con inadaptación social.
- Egocentrismo.
- Conducta manipuladora y explotadora.
- Incapacidad para tolerar un estrés leve.
- Falta de responsabilidad individual.
- Dificultad para enfrentarse a la realidad.
- Vulnerabilidad frente a otros trastornos mentales.

Grupos

Los TP se dividen en diferentes grupos según el modelo categorial empleado, CIE-10 o DSM-IV. La clasificación realizada por el DSM-IV diferencia en 10 los tipos de TP, organizándolos en tres grupos: A, B y C⁷.

Grupo A

- *Trastorno paranoide*: tendencia excesiva e injustificada a interpretar las acciones de los demás como amenazantes. Continua sospecha y desconfianza de la gente. Hipersensibilidad y afectividad restringida.
- *Trastorno esquizoide*: pauta de conducta generalizada de indiferencia a la aprobación, a la crítica o a los sentimientos de los demás. Frialidad y distanciamiento emocional con afectividad muy limitada.
- *Trastorno esquizotípico*: personas raras y extravagantes, caracterizadas por presentar pensamientos mágicos, ilusiones recurrentes, despersonalización o desrealización con uso de lenguaje extraño (sin pérdida de capacidad asociativa o incoherencia). Mantienen una relación inadecuada en la interacción cara a cara por lo que, generalmente, son personas con tendencia al aislamiento social e hipersensibilidad a las críticas, tanto reales como imaginarias.

Grupo B

- *Trastorno antisocial*: caracterizado por una pauta de comportamiento irresponsable, con incapacidad para mantener una conducta laboral apropiada, para funcionar como progenitor responsable y para mantener una relación duradera con una pareja. No aceptan las normas sociales con respecto a la conducta legal. Gran impulsividad, irritabilidad y agresividad.
- *Trastorno límite*: el origen de su nombre se debe a que se consideraba fronterizo

entre las neurosis y las psicosis. Se manifiesta con gran impulsividad en áreas potencialmente peligrosas: sexo, juego, consumo de sustancias, robos y actos de autoagresión física. Mantiene relaciones interpersonales inestables e intensas, con frecuente idealización/devaluación de las personas y uso de la manipulación.

Habitualmente, aparecen alteraciones de la identidad en diversas áreas como autoimagen, identidad sexual, objetivos a largo plazo y valores.

Gran inestabilidad afectiva, con cambios marcados en el estado de ánimo que, generalmente, son de corta duración, retornando al estado de ánimo normal en horas o pocos días y con intolerancia a la soledad. Son frecuentes los sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento y los actos autolesivos.

- *Trastorno histriónico*: son personas con una conducta teatral, reactiva y expresada con mucha intensidad (autodramatización, llamada incesante de atención, necesidad de actividad y excitación, hiperreacción ante los menores acontecimientos, explosiones de ira irracional e injustificada). Presentan alteraciones en las relaciones interpersonales, siendo percibidos en muchas ocasiones como hipócritas. Comportamiento egocéntrico, vanidoso y exigente, en constante búsqueda de apoyo y con tendencia a amenazas, gestos o intentos de suicidio manipulativos.
- *Trastorno narcisista*: son característicos los sentimientos llamativos de autoimportancia o peculiaridad, con gran ocupación en fantasías de éxito, poder, belleza o amor ideal. Presentan dificultades en las relaciones sociales, puesto que carecen de empatía y exigen a los demás una admiración excesiva. Son frecuentes las actitudes soberbias y arrogantes.

Grupo C

- *Trastorno por evitación*: pauta generalizada de malestar en el contexto social, con hipersensibilidad al rechazo y búsqueda constante de afecto y aceptación, lo que les produce una sensación continua de tensión emocional y temor, con retraimiento social y resistencia a tomar parte en relaciones sociales. Baja autoestima.
- *Trastorno por dependencia*: presentan gran dificultad en la toma de decisiones, permitiendo que los demás asuman la responsabilidad en asuntos importantes de su vida. Subordinan las necesidades propias a las de las personas de quienes dependen. Falta de autoconfianza.
- *Trastorno obsesivo-compulsivo*: conductas rígidas caracterizadas por un perfeccionismo extremo, con excesiva devoción al trabajo y a la productividad e insistencia en que los demás realicen las cosas tal y como ellos quieren. Capacidad restringida para mostrar emociones cálidas.

Para considerarse como un criterio diagnóstico, la clínica de cada tipo de TP no puede ser debida a ningún otro trastorno mental.

La mayoría de los casos de TP que se diagnostican son mixtos puesto que en

muchas ocasiones la línea divisoria que los separa es confusa, existiendo con frecuencia solapamiento de los cuadros clínicos²².

Tratamiento

La actuación terapéutica se basa en el trabajo multidisciplinar. Medicina, enfermería y otros profesionales sanitarios se centran en la toma de conciencia de enfermedad, así como en lograr un mayor grado de adaptación al entorno.

El tratamiento médico de los TP consiste fundamentalmente en la combinación de psicofármacos con psicoterapias²³ tanto dinámicas, centradas en el aquí y ahora del paciente, como cognitivo-conductuales, donde la modificación de pautas de pensamiento inadecuadas es la base para conseguir un cambio de conducta.

En el ámbito de la salud mental, el tratamiento enfermero busca el cuidado integral de la persona, cobrando especial relevancia, debido a la complejidad de los pacientes, la escasa adherencia a los tratamientos prescritos y el riesgo potencial de exclusión y estigmatización²⁴.

En estas unidades, el profesional enfermero debe combinar los cuidados hacia el individuo, la familia y la comunidad (que previenen la enfermedad y ayudan a la readaptación), con unos conocimientos específicos que le permitan prestar educación para la salud, asesoramiento y manejar habilidades de comunicación interpersonal.

El trabajo se centrará, por tanto, en el fomento del autocuidado y de las actividades de la vida diaria, a través del establecimiento de una relación terapéutica, donde la enfermería asume un papel de apoyo y asesoramiento, además de la realización de psicoeducación, manejo de habilidades sociales y talleres que abarcan diferentes áreas, favoreciendo siempre un entorno terapéutico dentro de un marco estructurado.

Valoración y cuidados de enfermería

Para llevar a cabo un cuidado integral, enfermería aplica el proceso de atención enfermera (PAE), siendo este el instrumento profesional que permite administrar unos cuidados enfermeros de manera organizada y sistemática, asegurando a su vez un adecuado nivel de calidad²⁵.

Basándose en el modelo teórico que se considere más adecuado en la unidad de asistencia (según prime la tendencia naturalista, de suplencia/ayuda o de interrelación)²⁶, el enfermero deberá detectar las necesidades no satisfechas del paciente para poder aplicar unos cuidados adaptados a través del PAE. Esta herramienta ayuda a una adecuada valoración de los problemas del individuo, abordando los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona con el fin de establecer los cuidados enfermeros. Dentro de este proceso, la fase de valoración adquiere especial relevancia en el ámbito de la salud mental. En ella, el personal de enfermería analiza las necesidades biológicas, las reacciones emocionales del sujeto y sus relaciones interpersonales, asegurándose de la persistencia y duración de este comportamiento para efectuar un correcto diagnóstico. A continuación, vamos a desarrollar diferentes aspectos de esta valoración.

El *sexo*, en interacción con factores sociales, actúa como un elemento determinante en la salud de los individuos y en la salud mental en particular. En relación con los trastornos mentales, los estudios han determinado que si bien la mujer está protegida de algunos de los trastornos más graves asociados al neurodesarrollo aparecidos durante la infancia o preadolescencia, este patrón se invierte posteriormente, siendo los trastornos psiquiátricos más frecuentes en mujeres de edad adulta²⁷.

Con respecto a los TP, la prevalencia por sexo varía en función del tipo de trastorno. Diversos estudios hablan de un mayor predominio en el sexo femenino de los trastornos de tipo límite, histriónico y por dependencia, mientras que el tipo narcisista, esquizoide, esquizotípico, antisocial y obsesivo-compulsivo han sido observados mayoritariamente en hombres, sin encontrarse diferencias en el trastorno por evitación⁷.

Con respecto a la *edad*, generalmente las características de los TP suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o al principio de la edad adulta ([tabla 17-1](#))²⁸.

Tabla 17-1**Medidas de tendencia central y dispersión en la edad de pacientes con TP¹⁵**

Población	Media	Moda	Mediana	Rango		Desviación típica
				Min.	Máx.	
Masculina	35	35	36	21	42	6.649
Femenina	29	20	29	18	40	7.256
Total	31	20 35	32	18	42	7.557

*Datos reflejados en años.

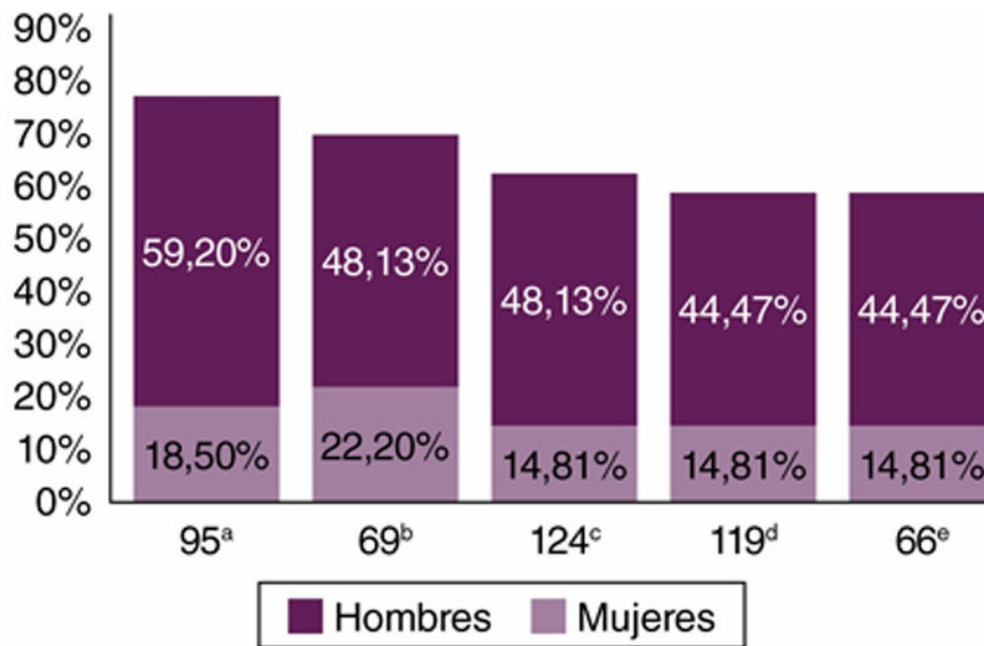
Algunos estudios destacan un retraso del diagnóstico en el sexo masculino. Su interpretación podría poner de manifiesto que los rasgos se consideran menos patológicos en los hombres que en las mujeres o que dicho retraso está motivado por diferencias en la expresión sintomatológica, pudiendo situarnos en un sobrediagnóstico o infradiagnóstico, según prejuicios sociales. Datos provenientes de diversas investigaciones²⁹ reflejan que existe en los últimos años un aumento de las patologías tradicionalmente vinculadas a los roles masculinos, como el consumo de alcohol y otras sustancias, entre los grupos de mujeres de edad más joven, lo que podría estar influyendo en un incremento de las consultas psiquiátricas, causando un mayor número de diagnósticos de trastornos mentales en el sexo femenino.

Los TP tienen también gran repercusión en el *ámbito sociolaboral*, debido principalmente a la inflexibilidad característica de estos pacientes, lo que, unido a un patrón patológico a la hora de establecer relaciones sociales, les impide frecuentemente tener éxito o incluso permanencia en el trabajo³⁰. Este hecho puede ser la causa de que gran parte de los pacientes diagnosticados de TP se encuentren en situación de desempleo como evidencia algún trabajo que ha estudiado este aspecto¹⁵. A su vez, a pesar de que los pacientes con TP pueden tener un coeficiente intelectual normal o incluso superior a la media, existen investigaciones que reflejan que tienen limitada la capacidad de aceptar soluciones creativas³¹. Todo esto remarca la inestabilidad característica del trastorno, impidiéndoles tener constancia ya sea en el trabajo o en el ámbito académico, considerados ambos como dos importantes entornos de relación social, claramente alterados en los pacientes con TP (tabla 17-2).

Tabla 17-2**Datos sociodemográficos de pacientes con TP¹⁵**

		n	%
Nivel socioeconómico	Bajo	2	8
	Medio bajo	7	28
	Medio	15	60
	Medio alto	1	4
	Alto	0	0
Situación académica	Básicos concluidos	10	39
	Medios sin concluir	8	31
	Medios concluidos	4	15
	Universitarios sin concluir	3	12
	Universitarios concluidos	1	3,8
Situación laboral	Desempleo	15	60
	ITL	6	24
	Otros	4	16
	Empleo fijo	0	0
	Empleo inestable	0	0

A pesar de los subtipos existentes entre los pacientes con TP, éstos comparten unas características generales relevantes desde el punto de vista sanitario, y en particular para la enfermería, de modo que algunos diagnósticos enfermeros aparecen con una mayor frecuencia, como mostró el estudio de Pascual (fig. 17-2)¹⁵.



^aDeterioro en el patrón sueño. ^bAfrontamiento inefectivo.
^cDesesperanza. ^dBaja autoestima crónica. ^eSufrimiento espiritual.

FIGURA 17-2 Diagnósticos de enfermería más prevalentes en los pacientes con TP¹⁵.

Conocer aquellos diagnósticos más habituales nos ayudará a planificar una actuación más adecuada y específica, aumentando la calidad de los cuidados prestados. Dichos diagnósticos se exponen a continuación, organizados según los patrones funcionales de Marjory Gordon:

Patrón percepción/mantenimiento de la salud

- *Mantenimiento inefectivo de la salud.*
- *Manejo inefectivo del régimen terapéutico.*

Estos diagnósticos se caracterizan por el no cumplimiento o cumplimiento insatisfactorio de los objetivos marcados por un tratamiento específico.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la baja adherencia al tratamiento es una de las características más frecuentes que presentan los pacientes con TP. Según un metaestudio realizado por S. Monzón Peña y colaboradores³², gran parte de los pacientes con TP refería no tomar la medicación prescrita tal y como se había pautado. En esta investigación, la presencia de TP se relacionaba con tasas más bajas de adherencia y una mayor dificultad para modificar actitudes sobre la medicación. Una de las causas halladas es que es infrecuente que un individuo con TP busque apoyo psiquiátrico o psicológico puesto que en la mayoría de los casos sus síntomas son aloplásticos y egosintónicos, acudiendo al especialista cuando se ven sometidos a estresores importantes en su vida o desarrollan un trastorno psiquiátrico diferente (depresión, ansiedad, episodio

psicótico) que les provoca gran malestar o alteraciones importantes en su funcionamiento global.

Algunos autores también establecen que parece existir relación entre los trastornos de personalidad compulsiva, esquizoide y dependiente con la hiperdemanda pediátrica materna, siendo ésta la posible causante de la relación de dependencia en un futuro³³.

Para la mejora de este patrón, las actividades enfermeras deben ir encaminadas a que el paciente reconozca su trastorno, identificando las prácticas que desea cambiar sobre su salud y cuáles le resultan perjudiciales en su vida diaria social y familiar, así como determinar los objetivos, realistas, que desea conseguir a corto y largo plazo, ayudándole a examinar los recursos de los que dispone para la consecución de esos objetivos.

Patrón actividad/ejercicio

- *Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.*
- *Deterioro en el mantenimiento del hogar.*
- *Déficit actividades recreativas.*

El aislamiento del entorno que se produce en los TP es frecuente, conllevando en muchos casos una falta de preocupación por su aspecto externo. Uno de los casos más extremos recogidos en la literatura científica es el síndrome de Diógenes, caracterizado por abandono extremo del autocuidado, el cual cursa con frecuencia con algún tipo de TP, mayoritariamente del grupo A³⁴. Su afrontamiento implicaría el establecimiento de unos objetivos mínimos, básicos para la propia satisfacción del paciente y que permitieran una adecuada integración en la sociedad.

Con respecto al deterioro del hogar, hay que tener en cuenta que la mayor parte de los pacientes con TP viven acompañados¹⁵. Esto hace que sea necesario, siempre y cuando sea posible, detectar las dificultades existentes que impiden el correcto funcionamiento dentro del hogar, expresadas tanto por el paciente como por la familia, para dirigir la actuación enfermera en función de los recursos sociales, familiares y personales con los que cuente el paciente.

En un estudio realizado por Carlos Salavera³⁵ y colaboradores, se observó una alta presencia de trastornos de personalidad en las personas sin hogar (63,74%), estando estos datos muy por encima de los datos epidemiológicos encontrados en población general. A su vez, remarcaba que el motivo del inicio del transeuntismo en el 26,4% de la población estudiada había sido por problemas existentes en la familia de origen.

En algunos casos, la alteración en el mantenimiento del hogar se produce como consecuencia de la evitación de responsabilidades por parte de pacientes diagnosticados de un trastorno de personalidad del grupo C. Estos pacientes, además, suelen limitar sus relaciones a aquellas personas del ámbito familiar más

estrecho, las cuales le garantizan una total aceptación. El miedo al rechazo y a ser juzgados negativamente les convierte en los mayores críticos de sí mismos, haciéndoles reacios a realizar nuevas actividades⁷ que pudieran suponer una valoración negativa, influyendo todo ello en la aparición del tercer diagnóstico de este patrón: déficit de actividades recreativas.

Para su mejora, los cuidados de enfermería deben dirigirse a asesorar al paciente en la elección de actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales, dotándole de los recursos necesarios para ellas y supervisando su realización si fuera necesario³⁶.

Patrón sueño/descanso

- *Deterioro del patrón de sueño.*

El sueño constituye una de las necesidades elementales del ser humano, permitiendo la recuperación tanto psíquica como física. Por tanto, conocer las normas de comportamiento que facilitan la conciliación y el mantenimiento del sueño constituye un objetivo irrenunciable para la población general y para todo el personal sanitario. Los trastornos del sueño son comunes en pacientes psiquiátricos, afectando aproximadamente al 40%³⁷. En el DSM-IV⁷, las alteraciones de sueño se pueden encontrar como un síntoma involucrado en diferentes patologías, especialmente en episodios depresivos, en trastornos de ansiedad generalizada, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de pánico. Como vemos, la mayoría de estas patologías, a excepción del trastorno de pánico, están íntimamente asociadas a los TP, lo que deja suponer que una intervención efectiva para el alivio de estas tendría una repercusión positiva en la alteración del sueño.

Al mismo tiempo, la suspensión brusca del consumo de hipnóticos, ansiolíticos o alcohol, el abuso de estimulantes durante el día como la cafeína, el té, el tabaco o determinadas drogas, y los hábitos irregulares de sueño, debidos a un ritmo de vida desorganizado, son tres de los factores causantes de insomnio³⁸ que se encuentran frecuentemente asociados con los pacientes con TP, especialmente con el tipo límite, por lo que sería necesaria una valoración exhaustiva que permitiese identificar la posible existencia de estos factores.

En los trastornos paranoides, sin embargo, los problemas del sueño podrían estar causados en su mayoría por el estado de hipervigilancia³⁹ en el cual se mantienen estos pacientes a lo largo del día. La continua sospecha hacia los demás les impide acceder al estado de relajación previo necesario para conciliar el sueño. Para reducir ese estado de hiperexcitación podría resultar efectivo el aprendizaje de técnicas de relajación y favorecer actividades que permitieran la distracción de los pensamientos antes de acostarse. Estas técnicas, como la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz o el entrenamiento con apoyo de *biofeedback*, realizadas de manera habitual antes de acostarse, se han demostrado

especialmente útiles en pacientes insomnes con importante tensión emocional y ansiedad⁴⁰. La alteración del sueño en este tipo de pacientes, además, puede suponer un aumento de los trastornos del pensamiento y de la percepción⁴¹.

Patrón cognitivo/perceptivo

- *Alteraciones sensorio-perceptivas.*

Las alteraciones sensorio-perceptivas son producto de la pérdida de realidad, pudiendo ser clasificadas en ilusiones, alucinaciones y pseudoalucinaciones. Los TP del grupo A son considerados como un posible espectro de la esquizofrenia, pudiendo estar relacionados en ocasiones con trastornos psicóticos⁴². Sin embargo, es posible que la aparición frecuente de este diagnóstico en estos pacientes sea la desconfianza excesiva que muestran hacia el personal sanitario, la cual les hace perder la noción de realidad. Estas alteraciones, al suponer la verdadera realidad para los pacientes, deberían ser aceptadas con calma y tranquilidad, siendo fundamental proporcionar un ambiente seguro que favorezca la orientación autopsíquica del paciente (hora, día, lugar donde se encuentra, etc.). Resulta primordial la valoración de la posible existencia o no de pensamiento mágico y/o despersonalización, los cuales pudieran ser consecuencia de una patología del eje I, donde se encuadran otros trastornos clínicos como la esquizofrenia o trastornos mentales graves.

Los hábitos tóxicos son otro de los factores suficientemente documentado en los pacientes con TP. La mayoría de estudios han reflejado que las mujeres que inician un tratamiento por abuso o dependencia de sustancias presentaban una mayor prevalencia de TP que los varones en la misma situación⁴³. Los profesionales enfermeros encargados del cuidado de los pacientes con TP deberían registrar en la historia clínica los antecedentes de consumo de sustancias, realizando de forma sistemática la detección de tóxicos en orina a todos los pacientes ingresados, así como identificar el patrón de consumo de los mismos para detectar los posibles casos de patología dual, los cuales se beneficiarían de un tratamiento específico.

Patrón autopercepción/autoconcepto

- *Baja autoestima crónica.*
- *Desesperanza.*
- *Ansiedad.*

Los tres diagnósticos más frecuentes en este patrón se relacionan con el proceso de asimilación del trastorno. La ansiedad, como sensación de malestar en respuesta a sucesos estresantes externos, está provocada por la amenaza subjetiva al autoconcepto y al cambio en el estado de salud⁴⁴. El miedo que supone afrontar los cambios, junto con una baja autoestima crónica, hacen que se reduzcan las

expectativas de estos pacientes con respecto a su futuro, creando un sentimiento de desesperanza.

La desesperanza, estado en el cual la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales⁴⁴, convierte en objetivo esencial el lograr reducir esa visión negativa que tiene el paciente acerca de su futuro. Para ello, además de aclarar las dudas que puedan existir acerca de la evolución y curso de su trastorno, la psicoeducación se ha mostrado como una herramienta válida en salud mental para la desmitificación y desestigmatización de las enfermedades mentales, favoreciendo la vinculación con el tratamiento y siendo apta tanto para el paciente como para la familia⁴⁰.

En algunos tipos de TP, especialmente en los evitativos, existe un miedo intenso a hacer el ridículo, temiendo la desaprobación, la crítica o el rechazo, lo que les hace mantenerse al margen de los grupos sociales. Estas personas tienen una autoestima muy baja, por lo que son frecuentes los episodios depresivos o los estados de ansiedad comórbidos⁴⁵. Es en este tipo de pacientes donde podría resultar beneficioso identificar y remarcar sus virtudes, así como las respuestas positivas de los demás hacia su persona.

Por otro lado, la desesperanza, junto con la depresión, se asocian con frecuencia al aumento de riesgo de conductas suicidas⁴⁶. Su prevención constituye un reto para los profesionales sanitarios y especialmente para quienes trabajan en salud mental, ya que si existe un alto riesgo en la población, con un promedio de suicidio de 5 personas cada 100.000, ese riesgo es todavía mayor en pacientes con enfermedad mental⁴⁷. Algunos autores sitúan una tasa de suicidio 400 veces superior a la de la población general, con un 9% de suicidios consumados⁴⁸.

Los suicidios son la causa principal de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con TP, viéndose potenciado el riesgo por el abuso de sustancias psicoactivas, así como por otros comportamientos impulsivos, como promiscuidad sexual y conductas de automutilación o autolesivas, denominadas parasuicidios. Según la investigación de Carolina Serrano Lozano realizada a los pacientes que acudían a las urgencias psiquiátricas por parasuicidio, el 30,4% de ellos estaban diagnosticados de TP, siendo el tipo límite el que aparecía en mayor porcentaje⁴⁹. Debido al potencial riesgo suicida presente en esta población, podría resultar beneficioso realizar un contrato terapéutico al ingreso en el cual el paciente se comprometiera a eliminar las prácticas autolesivas.

La frecuente alteración de este patrón pone de manifiesto la necesidad de potenciar la autoestima de estos pacientes a través de la participación y responsabilización de distintas actividades, fomentando la toma de decisiones.

Patrón rol/relaciones

- *Interrupción de los procesos familiares.*

El eje fundamental de algunos tipos de TP, especialmente el histriónico, son las

alteraciones en las relaciones interpersonales, afectando principalmente al núcleo familiar. La identificación de las conductas que generan alteraciones en el ámbito familiar, analizando qué colaboración puede obtener el paciente de la familia, podrían ser útiles para la resolución de conflictos, así como el uso de rol *playing* o ensayo conductual. En esta práctica se produce la representación de una situación real a través de la empatía, ensayando la respuesta apropiada y facilitando la detección de posibles áreas deficitarias de comunicación⁵⁰.

Otros diagnósticos frecuentemente alterados dentro del mismo patrón son:

- *Aislamiento social.*
- *Deterioro interacción social.*
- *Riesgo de soledad.*

La alteración de estos tres diagnósticos se corresponde con las características definitorias de algunos de los TP, fundamentalmente con el evitativo, donde la inhibición, introversión y ansiedad ante las situaciones sociales les impide establecer relaciones que satisfagan la necesidad humana de contacto e interacción. En estos pacientes sería importante reducir las restricciones en cuanto a relaciones sociales, pudiendo resultar muy favorable la reinserción laboral o, en el caso de que esto no fuera posible, el fomentar la participación en actividades terapéuticas (voluntariado) o lúdicas.

Algunos autores destacan que los pacientes con TP presentan un importante déficit en las habilidades sociales⁵¹, las cuales abarcan las conductas y pensamientos que ayudan a resolver una situación social de manera efectiva, aceptables para el propio sujeto y para el contexto social en el que está⁵². El entrenamiento en habilidades sociales se ha convertido en los últimos años en uno de los métodos que, aplicado de forma aislada o combinado con otras técnicas, logra mitigar gran número de problemas de conducta, considerándose un imperativo dentro de la formación básica en enfermería de salud mental.

Patrón sexualidad

- *Patrones sexuales inefectivos.*

La sexualidad es una de las formas de comunicación y relación con los demás más antiguas que existen y su alteración se debe a diferentes causas según el tipo de TP existente. Mientras que en los pacientes evitativos es el retraimiento e inhibición social lo que les impide poder intimar, incapacitándoles para la creación de vínculos emocionales, en los pacientes de tipo histriónico existe una sexualización inadecuada, apareciendo en muchos casos conductas manipuladoras o seductoras en sus relaciones con los demás, llegando a utilizar en ocasiones el exhibicionismo o la provocación sexual⁵³.

Esta sexualización inadecuada a la hora de entablar relaciones, junto con una asociación significativa a tener conductas promiscuas¹⁵, les convierte en un grupo vulnerable frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no

deseados, siendo la promiscuidad uno de los factores de riesgo más analizado^{54,55}. Según un estudio sobre conductas de riesgo realizado por Lanvan⁵⁶, el número de parejas sexuales en el último año y a lo largo de la vida en una muestra de adolescentes estaba relacionado con el nivel de síntomas de TP, teniendo mayor número de rasgos de la personalidad alterados los de mayor promiscuidad sexual. Esto resalta la gran importancia de una buena educación sexual en estos pacientes, fomentando la adquisición de conocimientos, la autonomía y las habilidades para gozar de una adecuada salud sexual. Además de proporcionar información sobre la anatomía, fisiología, la pubertad, el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, se deberían abordar aspectos relativos a las relaciones y emociones implicadas en la experiencia sexual.

Patrón adaptación/tolerancia al estrés

- *Afrontamiento inefectivo.*
- *Riesgo de violencia dirigida a otros.*

La incapacidad para identificar los factores estresantes, así como una mala canalización de las respuestas, definen estos diagnósticos. Es frecuente que el paciente afronte inadecuadamente situaciones en las que intervienen factores estresantes, lo que les conduce a realizar actos impulsivos.

La impulsividad⁵⁷, entendida como un rasgo de personalidad caracterizado por una desinhibición conductual que se define por la predisposición a reaccionar de forma súbita, no planificada y sin considerar las consecuencias negativas que puedan traer estas reacciones hacia sí mismo o hacia los demás, está muy relacionada con los TP, especialmente con el tipo límite. La expresión de dicha impulsividad puede ser manifestada a través de las catalogadas como conductas de riesgo: abuso de sustancias, adicciones conductuales (ludopatía, gasto excesivo), automutilación, suicidio y autoagresividad, siendo esta última la que se presenta de manera más frecuente. Estas conductas impulsivas están presentes en la práctica totalidad de los pacientes, sin distinción por tipo de TP, pero sí en cuanto al sexo, siendo las mujeres las que utilizan el comer compulsivamente como forma de expresión más habitual, hallándose asociación significativa entre el sexo femenino y la presencia de trastorno de la conducta alimentaria. Por el contrario, los pacientes varones utilizan de manera más frecuente el gasto excesivo y la heteroagresividad¹⁵.

Como hemos comentado, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes con TP. Esta ansiedad puede generar a su vez un estado de ánimo irritable mostrándose físicamente a través de somatizaciones⁵⁸ o con una mayor frecuencia de episodios de agresividad, a pesar de que no se han encontrado estudios que lo relacionen con los TP. Sería necesario, por tanto, disminuir la ansiedad en estos pacientes para conseguir así un mayor aprovechamiento de las terapias, favoreciendo la expresión de sentimientos y la formación en el uso de técnicas de

relajación.

Patrón valores/creencias

- *Sufrimiento espiritual.*

El sufrimiento espiritual, entendido como el «deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros (...) o un poder superior al propio yo»⁴⁴, es debido generalmente a la falta de esperanza, de aceptación de sí mismo y a un mal afrontamiento, además del deterioro en las relaciones sociales. Todas estas características, algunas de ellas definitorias de diagnósticos vistos anteriormente, se verán reducidas si logramos una actuación enfermera que se adecue el máximo posible a las necesidades de estos pacientes, apoyándoles en la reafirmación del cambio iniciado, lo que conllevaría a su vez una mejora en este diagnóstico.

Bibliografía

1. García López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Rev Asoc Esp Neuropsip*. 2010;30(106):263–278.
2. Cook J, Fontaine S, Lee K. Enfermería psiquiátrica. *Trastornos de la personalidad*. 1.^a ed. España: McGraw Hill-Interamericana; 1990:308–338.
3. Roca Bennasar M, Bernardo Arroyo M, Arnillas Gómez H. *Trastornos de personalidad. Tratado de psiquiatría*. II.1.^a ed. España: Aran Ediciones, S.A.; 2000: p. 561-78.
4. American Psychiatric Association *DSM-II Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2.^a ed. Washington DC: APA; 1968.
5. American Psychiatric Association *DSM-II Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3.^a ed. Washington DC: APA; 1980.
6. American Psychiatric Association. *DSM-II Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3.^a ed. revised. Washington DC: APA; 1987.
7. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona; 1995.
8. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Organización Panamericana de la Salud. OMS.;1; 2003.
9. Rubio Larrosa V, Muro Baquero C. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto. *Enfermería psiquiátrica*. España: Ediciones Doyma; 2000: p. 341-56.
10. Gasull Molinera V. Trastornos de personalidad y depresión. *Semergen*. 2009;35(1):31–38.
11. González Maclas L, Unikel Santoncini C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Ment*. 2003;26(3):1–8.
12. Martín Murcia FM, Motos Alarcos A, Del Águila Martín E. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio comparativo con el MCMI-II. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc*. 2001;1:2–8.
13. Jáuregui Lobera I, Santiago Fernández MJ, Estébanez Humanes S. Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. *Un estudio con el MCMI-II. Aten. prim*. 2009;41(4):201–206.
14. López Torrecillas F, De los Riscos M, Araque F, De la Casa, L. Trastornos de personalidad: una comparación entre consumidores de cocaína, heroína y alcohol. *Rev. Esp. Drogodependencias* 2004 (3-4):224-37.
15. Pascual Bellido, N. Diagnósticos enfermeros en pacientes hospitalizados en la Unidad de trastornos de la personalidad en el Hospital Nuestra Señora de Gracia. Disponible en:
<http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2012/7779/TAZ-TFM-2012-062.pdf>
 Accedid: 16/03/2014

16. Pereda N, Gallardo Puyol D, Jiménez Padilla R. Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2011;39(2):131–139.
17. Meza-Rodríguez T. Trastorno límite de personalidad: Constructos caracteriológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Almeon.* 2007;14:55–64.
18. Rodríguez Muñoz C, Cebriá Andreu J, Corbella Santomá S, Segura Bernal J, Sobrequés Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. *Medifan.* 2003;13(3):143–150.
19. Margariños López M, García-Parajuá P. Trastornos de personalidad. *Medicine.* 2007;9(84):5408–5413.
20. Selva G, Bellver F, Carabal E. Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. España: Médica Panamericana; 2005: p. 17-39.
21. Rebraca Shives L. Desarrollo de la personalidad y trastorno personalidad. 6.ª ed. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos. España: McGraw-Hill Interamericana; 2007: p. 334-55.
22. Pailhez Vindual G, Palomo Nicolau A. Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad. *Psiquiatr. Biol.* 2007;14(3):92–97.
23. Granada López JM. Trastornos de la personalidad. Manual de enfermería psiquiátrica. España: Editorial Glosa; 2009: p.153-70.
24. Gordon M. *Diagnóstico enfermero: categoría y proceso.* 3.ªed. España: Harcourt Brace; 1999: p.18-34.
25. Villaseñor Roa L. Amezcua Sánchez A. Metodología de cuidados. El proceso enfermero. Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. 1.ªed. España. Enfo Ediciones. 2008; p. 81-91.
26. IFSES *Enfermería fundamental.* 3.ª ed. España: Instituto de formación sanitaria; 2013.
27. Montero Piñar, I. Programa de formación de formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06mcc>
Accesed: 12/05/12.
28. Ramírez Plaza SP, Martín Páez A, Aguilar Casas M, Lorenzo Tapia F, Cañestro Márquez FJ, Díaz Casado de Amezcua MC, et al. Trastornos delirantes. Alteraciones psíquicas en personas mayores. España: Vértice; 2008: p.185-99.
29. Sánchez Pardo L. Drogas y perspectiva de género. Documento marco. *España.* 2009.
30. Gálvez Herrer M, Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Med. segur. trab.* 2010;56.(220).

31. Millon T. Trastornos de la personalidad: principios clásicos. 2.^a ed. Trastornos de personalidad en la vida moderna. España: Masson; 2006: p.1-38.
32. Monzón Peña S, Bauza Sidonns N, Serrano Ripoll MJ. et al. Adherencia terapéutica y personalidad: una revisión sistemática. *Rev. psiquiatr. salud ment*; 2008.
33. Cebrià Andreu J, et al. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿Hay relación con la personalidad de la madre? *Publicado en An Pediatr (Barc)*. 2003;58(01):29–33.
34. Carrato Vaza E, Martínez Amorós R. Síndrome de Diógenes. A propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010;30(107): p. 489-95.
35. Salavera C, Puyuelo M, Tricás JM, Lucha O. Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. *Psychol. av. discip.* 2010;9(2): p. 457-67.
36. Bulecheck G. *Clasificación de intervenciones de enfermería*. 5.^a ed. España: Elsevier; 2009.
37. Medina Ortiz Ó, Sánchez Mora N, Conejo Galindo J, Fraguas Herráez D, Arango López C. Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Rev. colomb. Psiquiatr.* 2007;36(4): p. 701-17.
38. Coon D. Los estados de la conciencia. 10.^a ed. Fundamentos de psicología. España: Thomson Learning; 2005: p.165-207.
39. Caballo V. Trastornos de la personalidad. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 2.^a ed. España: España Editores. 2008; p. 489-536.
40. Cañones Garzón PJ, Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, et al. Trastornos del sueño. *Med. gen.* 2003;59:681–690.
41. Cabanyes Truffino J. Sueño y enfermedades psíquicas. Medicina del sueño: Enfoque multidisciplinario. España: Medica panamericana; 2009: p.177-84.
42. Joffre-Velázquez VM, García-Maldonado G, Saldívar-González A, Martínez-Perales G, García-Núñez S. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con «trastornos del espectro de esquizofrenia» atendidos en un hospital psiquiátrico mexicano. *Alcm eon*. 2010;16(2):117–124.
43. Puerta García, C. Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. Disponible en: <http://www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/resumenes/CPuerta.pdf> Acced: 10/05/12.
44. NANDA. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. 23.^a ed. España: Elsevier; 2004.
45. Feixas G, Antequera M, Almuedo G, Bach L. La estructura cognitiva de

- los trastornos de personalidad de evitación y dependiente: un estudio con la técnica de rejilla. *Psicopatología Psicol. Clín.* 2006;11(3):147–154.
46. Téllez Vargas J. Impulsividad y suicidio. *Biol Psychiatry*. 2003;27:829–833.
 47. Chen YW, Dilsalver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biol Psychiatry*. 1996;39:896–899.
 48. Aguilar E, Esteban C. Trastorno límite de la personalidad y suicidio. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. España: Médica Panamericana; 2005: p.156-77.
 49. Lozano Serrano C, Huertas Patón A, Martínez Pastor CJ, Ezquiaga Terrazas E, García-Camba de la Muela E, Rodríguez Salvanés FJ. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004;91.
 50. Linehan MM. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad limite. 1.^a ed. España: Espasa libros S.L.U; 2003.
 51. Quiroga Romero E, Errasti Pérez JM. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. 2001;13(3):393–406.
 52. Caballo V. Las habilidades sociales: Un marco teórico. 7.^a ed. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. España: Siglo XXI España Editores; 2007: p.1-16.
 53. Salvanés Pérez R. Trastorno histriónico de la personalidad. Trastornos de la personalidad. España: Elsevier; 2003: p.191-200.
 54. Mejías Álvarez N, et al. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones precancerosas de cérvix. *Prog. obstet. Ginecol.* 2004;47(7):317–322.
 55. Savall R. Enfermedades de transmisión sexual. *Atención primaria*. 2005;36(5):278–279.
 56. González Torres MÁ, Salazar Vallejo MÁ, Fernández Rivas A, Oraá Gil R. Sexualidad en los trastornos de la personalidad y la histeria. Sexualidad y salud mental. España: Editorial Glosa; 2003: p.151-166.
 57. Moeller G, Barrat E, Dougherty D, et al. Aspectos psiquiátricos de la impulsividad. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*. 2002;5:65–75.
 58. Ortiz-Tallo, Margarita, Cancino C, Cobos S. Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*. 2011;23(3): p. 189-97.

CAPÍTULO 18

Trastorno del control de los impulsos

M.^a Jesús Tejedor García

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

¿Qué es un trastorno? 200

¿Qué es un impulso? 200

Causas 201

Formas de medir la impulsividad 202

F63.8 Trastorno explosivo intermitente 202

Síntomas 202

Factores de riesgo 202

Consecuencias 202

Tratamiento 202

F63.2 Cleptomanía 203

Síntomas 203

Factores de riesgo 203

Consecuencias 203

Tratamiento 203

F63.1 Piromanía 203

Síntomas 203

Factores de riesgo 203

Consecuencias 203

Tratamiento 203

F63.0 Juego patológico 204

Síntomas 204

Factores de riesgo 204

Consecuencias 204

Tratamiento 204

F63.3 Tricolomanía 204

Síntomas 204

Factores de riesgo 204

Consecuencias 205

Tratamiento 205

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado 205

Síntomas 205

Factores de riesgo 205

Consecuencias 205

Tratamiento 205

Definición y criterios diagnósticos, según el DSM-IV-TR 205

Criterios diagnósticos de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros, apartados, según el DSM-IV 205

F.63.8 Trastorno explosivo intermitente 205

F.63.2 Cleptomanía 206

F.63.1 Piromanía 206

F.63.0 Juego patológico 206

F.63.3 Tricotilomanía 207

F.63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado 207

Intervenciones de enfermería 207

¿Qué es un trastorno?

Un trastorno es un patrón de comportamiento o psicológico que tiene una significación clínica y que, independientemente de la causa, es una manifestación de una disfuncion comportamental, psicológica o biológica, que se considera un síntoma cuando aparece asociada a un malestar o a una discapacidad.

¿Qué es un impulso?

Es una reacción o acto provocado por un estímulo que motiva a comportarse de una manera determinada, con muy poco o ningún control consciente. En psicología, es una incitación a actuar por un estado interno (deseo o motivo afectivo) de manera súbita, sin reflexionar. Algunas veces, las emociones intensas desencadenan impulsos que pueden terminar en un comportamiento negativo y ser un problema si no se autocontrolan.

El control de los impulsos es un mecanismo que permite hacer una pausa y analizar el comportamiento y sus consecuencias.

Cuando este control no existe la persona se ve incapaz de dejar de hacer algo que desea realizar, independientemente de que sea perjudicial para sí mismo o para los demás. En general, son personas con baja tolerancia a la frustración, es decir, no soportan no conseguir lo que quieren o que se demoren sus deseos.

Por el contrario, las personas que controlan sus impulsos actúan como intermediarios entre dichos impulsos y las limitaciones de la realidad, las costumbres, los deseos de los demás, las prohibiciones, las leyes. etc. Y saben resistirse a sus impulsos o demorar la consecución de aquello que quieren. Si sus deseos no son satisfechos sienten pena o se molestan, pero no llegan a sentirse excesivamente perturbados (ansiosos, deprimidos, agresivos etc.).

El trastorno del control de impulsos recoge los trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados, que no pertenecen a ninguno de los trastornos mentales, agrupándose juntos porque tienen características comunes. La diferencia de cada trastorno es el objetivo, pero la base es la misma, esto es, la persona experimenta una sensación de tensión o activación interior y malestar para resistir un impulso, una motivación o una tentación que se alivia al cometer el acto impulsivo, convirtiéndose en un acto placentero y de satisfacción, o liberación, en el momento de llevarlo a cabo, tras el cual puede haber arrepentimiento, autorreproche o no. No teniendo en cuenta si el acto es perjudicial para sí mismo o para los demás¹.

Existe un fracaso en el intento de resistirse a conseguir un deseo o una determinada acción. Algunas personas pueden intentar evitarlo, es decir, son conscientes del deseo de realizar esa acción e intentan resistirse, aunque fracasen; por otro lado, el acto puede ser premeditado y planificado o repentino e improvisado.

Otra de las características, la principal y la que define en mejor medida estos trastornos, es que no tienen ninguna finalidad. La impulsividad tiene repercusiones directas sobre las interacciones familiares, sociales y profesionales, pudiendo alterar el adecuado desarrollo de vinculación afectiva y equilibrio emocional.

Causas

En principio, se puede afirmar que la impulsividad es un estado de activación neurobiológica o de déficit de control inhibitorio, lo que pone de manifiesto los factores orgánicos en el origen de ésta, así como la herencia.

Según algunos estudios realizados, especialmente a partir del caso de Phineas Gage (trabajador del ferrocarril que sufrió un accidente en 1848, dañándose el córtex orbitofrontal con una barra de hierro y aunque sobrevivió empezó a demostrar conductas impulsivas e inapropiadas), mediante técnicas de neuroimagen realizadas mucho después de su muerte, Damasio y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que las regiones orbitales y ventromediales están implicadas en aspectos distintos de la impulsividad, tanto en las respuestas como en las elecciones impulsivas, dado que presentan conexiones con muchas estructuras subcorticales y están implicadas en la cognición de orden superior.

En general, los individuos con este tipo de lesiones son más impulsivos que los que no la presentan. Los pacientes con lesiones en regiones orbitales (COF) y ventromediales (CPFVM) del córtex prefrontal realizan siempre elecciones de riesgo y eligen siempre aquellas opciones que les producen grandes ganancias a corto plazo, pero que inevitablemente les suponen también pérdidas superiores a largo plazo².

También se ha comprobado que existen dos neurotransmisores implicados en estos trastornos, la serotonina, cuya disminución produce un aumento de la impulsividad, y la dopamina, que tiene efectos contradictorios, por un lado induce un aumento de la impulsividad motora y por otro disminuye las elecciones impulsivas. Esto sugiere que diferentes formas de impulsividad se deben sustentar sobre distintos mecanismos neuronales³.

También están implicados los receptores D2 en este tipo de conductas, según un estudio realizado por investigadores británicos, dirigidos por Trevor Robbins, y publicado en la revista Science en el 2007, en donde se describe el comportamiento de las ratas Lister Hooded mediante una prueba conductual de retraso de la recompensa (fig. 18-1). Se observó que las ratas más impulsivas elegían una recompensa pequeña, pero inmediata, mientras que las no impulsivas eran capaces de esperar para conseguir una recompensa mayor. Cuando se estudió el cerebro de estos animales se comprobó que las impulsivas tenían menos receptores⁴.

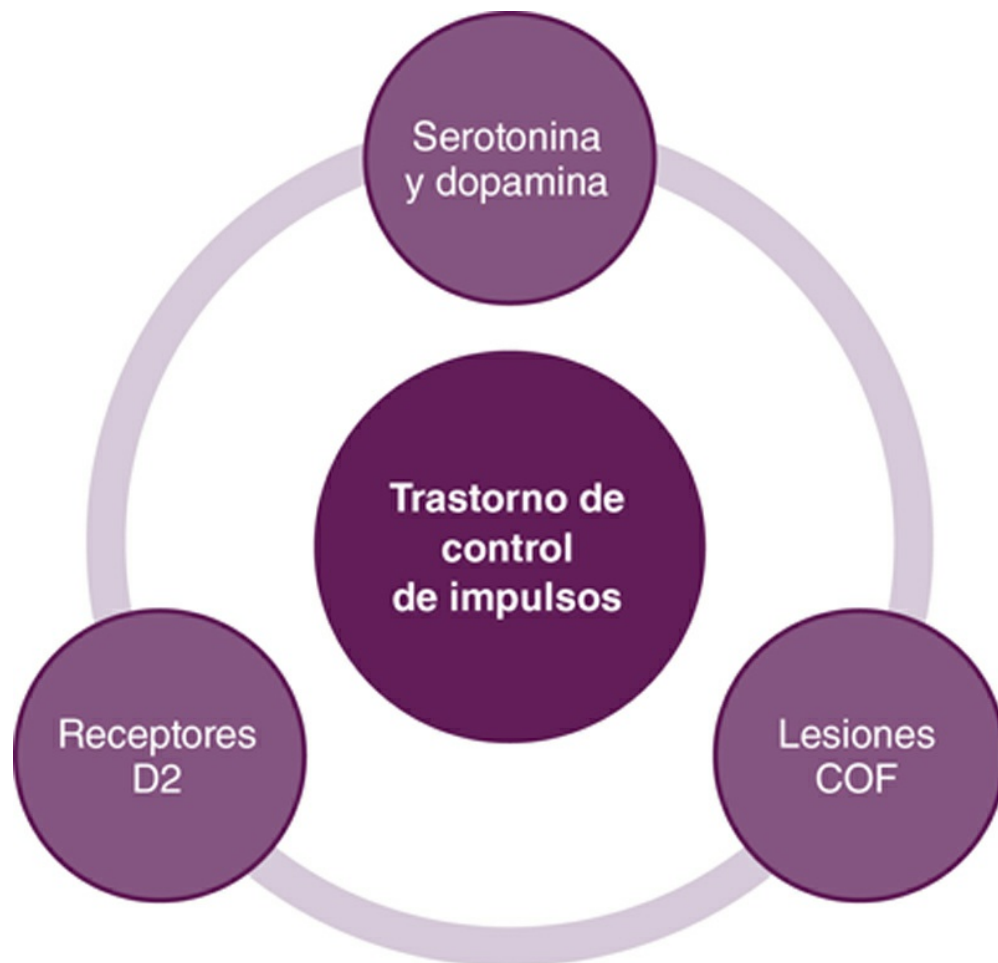


FIGURA 18-1 Trastorno de control de impulsos.

Formas de medir la impulsividad

Teniendo en cuenta que está integrada por más de una dimensión o formas de manifestarse la conducta, la impulsividad se puede medir de las siguientes formas:

- *Cuestionarios autoadministrados*, como la escala de Barratt, que evalúa tres subescalas de impulsividad: la motora (falla en la perseverancia), cognitiva (inestabilidad y no atención) y de imprevisión (falla en el autocontrol e intolerancia a la complejidad cognitiva) o el cuestionario tridimensional de Cloniger (TCI), consistente en un cuestionario autoadministrado de 100 ítems con respuestas de verdadero o falso, mediante el cual se evalúan tres dimensiones, divididas cada una en cuatro subfacetas: búsqueda de novedad (excitabilidad, impulsividad, excentricidad y desorden), evitación de daño (ansiedad anticipatoria, evitación de lo desconocido, timidez y fatigabilidad) y dependencia de la recompensa (sentimentalismo, persistencia, apego y dependencia); con el tiempo, a estas facetas se le añadieron las de cooperación,

autodirección y autotrascendencia, completando de esta forma las deficiencias que en un principio tenía este cuestionario⁵.

- *Impulsividad motora*, evaluada mediante trabajos del tipo go/no go, donde se evalúa el control inhibitorio. Las personas que los realizan deben dar una respuesta cuando se suceden en el monitor dos cifras de números idénticos, pero deben inhibir su respuesta ante estímulos de stop: cambios en el número o color de la cifra presentada previamente, computándose el número de respuestas ante los estímulos de stop, que se presentan en intervalos de 50, 150, 250 y 350 milisegundos.
- *Toma de decisiones*: elección entre una recompensa pequeña, pero inmediata, frente a una recompensa mayor, pero más lejana.
- *Test de «Gambling»*, consistente en un juego en el que hay que dar la vuelta a las cartas, una cada vez, de cualquiera de los montones. Al descubrirlas, en todas y cada una de las cartas, recibirá una cantidad de dinero y en algunas, además, deberá pagar otra. Al elegir con mayor frecuencia dos de las opciones (montones C y D) se obtendrán beneficios a largo plazo (opciones «buenas»), mientras que la elección continuada de los otros dos montones (A y B) darán pérdidas a largo plazo (opciones «malas»)⁶.

Según el objetivo en el que se centra la impulsividad, los trastornos de control de impulsos se clasifican en:

1. Trastorno explosivo intermitente.
2. Cleptomanía.
3. Piromanía.
4. Juego patológico.
5. Tricotilomanía.
6. Trastorno del control de los impulsos no especificado.

F63.8 Trastorno explosivo intermitente

Son episodios repetidos de comportamiento impulsivo, agresivo o violento. Los ejemplos mas representativos de estos trastornos son: destruir la propiedad, dañar física mente a otras personas y perpetrar agresiones verbales, como insultos o amenazas. La reacción violenta es desproporcionada con respecto al estímulo que la creó, pudiendo aparecer con poca o ninguna provocación.

Síntomas

Las erupciones explosivas, por lo general, duran menos de 30 minutos y pueden ocurrir en grupos o estar separadas por semanas o meses. Entre estos episodios la persona puede estar irritable, agresiva o enojada; todo ello conlleva un gran deterioro de la persona en todas las facetas, familiar, social etc.

Los episodios agresivos pueden ir precedidos o acompañados de:

- Irritabilidad.
- Aumento de energía.
- Rabia.
- Pensamientos acelerados.
- Hormigueo.
- Temblores.
- Palpitaciones.
- Opresión en el pecho.
- Sensación de presión en la cabeza.

Pasado el momento pueden sentir remordimiento, arrepentimiento o vergüenza.

Factores de riesgo

El abuso de sustancias tóxicas (drogas, alcohol), el abuso físico sufrido en la niñez o la experimentación de múltiples eventos traumáticos pueden ser factores de riesgo, así como la edad (el inicio es más frecuente en la adolescencia) y ser varón, pues son más propensos a sufrirlos.

Consecuencias

Pueden autolesionarse, pues no siempre la agresividad está dirigida hacia los demás; incluso pueden llegar a suicidarse. Existe un deterioro de las relaciones interpersonales, pues frecuentemente son percibidos como personas enojadas continuamente, lo que conlleva problemas con la pareja, divorcio y estrés familiar. Puede haber una pérdida de empleo o suspensión en el mundo académico, accidentes, problemas financieros o con la ley.

Tratamiento

No hay un solo tratamiento para todas las personas que sufren este trastorno; se pauta de manera individual, incluyendo psicoterapia y medicación.

La terapia cognitivo-conductual ayuda a identificar situaciones o conductas que pueden desencadenar una respuesta agresiva y, sobre todo, les enseña cómo manejar la ira y el control de las respuestas inadecuadas con técnicas como las de relajación, pensar de manera diferente acerca de las situaciones (reestructuración cognitiva) y el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y programa del manejo de la ira.

Dentro de la terapia química hay una amplia gama dependiendo de cada persona; así, están los antidepresivos como la fluoxetina; anticonvulsivos como la carbamazepina, fenitoina, topiramato, oxcarbazepina y lamotrigina; para la ansiedad los de la familia de las benzodiazepinas como el lorazepam y lonazepam, y estabilizadores del humor como el litio.

F63.2 Cleptomanía

Es un trastorno complejo caracterizado por presentar una dificultad recurrente para controlar el impulso de robar cualquier objeto aunque carezca de valor o no lo necesite, experimentando una sensación de tensión antes de cometer el robo, aliviándose tras hacerlo.

Síntomas

- Tienen la imperiosa necesidad de robar y conseguir una emoción fuerte; al hacerlo tienen una gran sensación de placidez.
- Los objetos son robados aunque tengan medios para adquirirlos y frecuentemente se desprenden de ellos o no los usan. En algunas ocasiones van acumulando objetos o los devuelven inesperadamente.
- Evitan ser arrestados o aprehendidos, pero ni lo planifican ni toman precauciones. El robo siempre es individual, sin la colaboración de otras personas.
- Suelen mostrar culpabilidad después de cometido.
- El robo no está motivado por la ira o la venganza, ni por efectos secundarios a alteraciones mentales.
- En algunas ocasiones hay objetos o ambientes preferidos, pero no siempre es así.

Factores de riesgo

La genética es una de las posibles causas; se puede transmitir entre familiares de primera generación. La ansiedad, la depresión y los trastornos de la alimentación pueden ser un desencadenante, al igual que la inestabilidad emocional (lábil) o la infelicidad (estado disfórico). El abuso de sustancias es también un factor de riesgo. Una infancia mala, conflictos en las relaciones o las apariciones de estresores abruptos, que provocan estrés, también son factores de riesgo. El ser mujer tiene más predisposición, en la edad adulta, aunque también puede empezar en la infancia. En los adolescentes se puede encontrar como acto de rebeldía.

Consecuencias

Al ser un trastorno que rara vez se diagnostica, ya que, en general, se pide ayuda por el trastorno que lo acompaña, ansiedad, depresión etc., no tiene consecuencias graves, salvo el mal afrontamiento al estrés, con las consecuentes enfermedades somáticas secundarias a éste.

Tratamiento

Tras verificar este trastorno, mediante la entrevista psicológica, la terapia se dirige al control de impulsos mediante psicoterapia, como la terapia cognitiva, que ayude a controlar los pensamientos recurrentes asociados a la conducta de robar; para ello se utilizan estrategias como la de detención del pensamiento. Terapia conductual para aprender a estar en lugares que incitan a la acción sin llevarla a cabo; se puede utilizar la desensibilización sistemática, exposición con prevención de respuesta, etc., la terapia racional emotiva y técnicas de relajación y respiración para controlar los sentimientos de ansiedad anticipada. Es importante potenciar las relaciones íntimas positivas y una educación saludable.

Como terapia química se ha demostrado que la fluoxetina y naltrexona pueden ser beneficiosas.

F63.1 Piromanía

Se caracteriza por presentar múltiples episodios en los que la persona provoca incendios de forma intencionada, sin ningún objetivo salvo la sensación de alivio y placer al incendiar, que ha sido precedido por tensión importante.

Síntomas

- Tienen una gran atracción por el fuego y por las situaciones asociadas a ellos (protocolos de actuación, consecuencias, etc.).
- Experimentan tensión y malestar que se alivia al provocar el acto.
- Suelen ser personas que colaboran de forma activa en tareas de extinción, incluso como bomberos voluntarios; hay un disfrute en el hecho de apagarlo.
- No se provoca como consecuencia de una alteración del juicio ni como consecuencia de un trastorno disocial o episodio maníaco o trastorno antisocial de la personalidad.
- Siente una gran fascinación por el fuego.
- Son acciones irresistibles, deliberadas y premeditadas, en las que no se tienen en cuenta las consecuencias.
- No existe ningún beneficio económico, ni venganzas.

Factores de riesgo

El comportamiento y actitudes antisociales; a menudo, el adolescente ya ha cometido otros delitos, en general, violentos.

La búsqueda de sensaciones, consecuencia del aburrimiento, viendo en el fuego una buena distracción, así como las llamadas de atención tanto de los padres como de las autoridades.

La falta de habilidades sociales; son personas solitarias, sin amistades significativas y con poco o nulo conocimiento de los peligros asociados a la conducta incendiaria.

Muchos de los pirómanos han recibido en su infancia agresiones físicas y/o sexuales por parte de unos padres patológicos. A nivel social pueden verse influenciados por grupos antisociales en los que el fuego es un elemento más de distracción.

Un elemento importante es el mal afrontamiento a las situaciones estresantes, utilizando este método para aliviar la tensión o las crisis de su vida con un apoyo externo limitado o nulo.

Consecuencias

Aunque es un trastorno poco frecuente, tiene consecuencias muy negativas por el

daño que se hace a la propiedad ajena y, en algunos casos, con el peligro de heridas o muerte de otras personas o del propio sujeto.

Tratamiento

El tratamiento adecuado es el que se individualiza según la edad y la gravedad de la condición; en los niños y adolescentes, es importante llegar a conocer la causa, qué origina el comportamiento impulsivo; entre las terapias utilizadas *over-correction/satiation/negative* con consecuencias correctivas, entrenamiento en relajación, habilidades para resolver problemas de capacitación, sensibilización encubierta, etc. La piromanía en los adultos es difícil de tratar por falta de colaboración del individuo; al igual que en los otros trastornos, se utiliza una combinación de psicoterapia cognitivo-conductual; también es favorable la terapia familiar e intervención comunitaria, aunque no se ha demostrado un gran número de recuperaciones y siempre son a largo plazo.

Como terapia química, en algunos casos, va bien algún inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (SRI), con la finalidad de ayudar a controlar los impulsos.

En los niños y adolescentes ha de ser un tratamiento individualizado, pues generalmente viven en una familia disfuncional.

F63.0 Juego patológico

Se caracteriza por presentar un comportamiento de juego que se da de manera persistente y que dificulta en gran medida la adaptación a la vida personal, familiar y profesional.

Los individuos que lo padecen suelen esforzarse para controlar la conducta de juego y una vez iniciada experimentan tensión e irritabilidad ante el intento de detenerlo.

Las causas que, generalmente, incitan al juego son conductas de evasión de los problemas o la necesidad de liberarse de sentimientos de culpa, desesperanza, ansiedad o depresión.

Síntomas

- Es una conducta a largo plazo, aceptando grandes apuestas o riesgos desproporcionados para tratar de recuperar las pérdidas.
- Irritabilidad al tratar de jugar menos o dejar de hacerlo.
- Necesidad de apostar cantidades cada vez más grandes de dinero para sentir excitación.
- Pasan mucho tiempo pensando en el juego, tanto en experiencias pasadas como en estrategias futuras.
- Mienten sobre la cantidad de tiempo y dinero gastado en el juego.
- El juego lo utilizan para escapar de los problemas o sentimientos de tristeza y de ansiedad.

Factores de riesgo

La exposición al juego es uno de los grandes riesgos, sobre todo hoy en día en que los medios de comunicación contribuyen a su divulgación (loterías, apuestas por internet, etc.).

La competitividad y el aburrimiento pueden ser uno de los desencadenantes, aunque han de ir asociados con esa impulsividad irreprimible.

El estrés, la ansiedad, los problemas económicos, etc., también son factores determinantes, que aumentan al empezar el juego.

Consecuencias

El juego patológico puede traer consigo problemas de consumo de drogas y alcohol, y producir ansiedad y depresión. Son comunes los problemas financieros, con pérdida de relaciones familiares, profesionales e incluso pueden tener problemas legales.

Existe un alto porcentaje de ataques cardíacos debidos al alto estrés y excitación

que les produce el juego.

El suicidio no es un acto raro, así como las conductas antisociales como engaños, robos, fraude, falsificaciones, etc.

Se da más en adultos, comenzando antes en hombres que en mujeres, siendo su comienzo insidioso, instaurándose el hábito de forma paulatina, no teniendo el mismo desarrollo en todos los individuos, por las particularidades de cada uno.

Tratamiento

El tratamiento de las personas con ludopatía ha de empezar con el reconocimiento de que se tiene ese problema.

En psicoterapia, se aplica la terapia cognitiva conductual y los grupos de apoyo y de autoayuda como jugadores anónimos, con un programa de 12 pasos similar al de alcohólicos anónimos.

No se han realizado muchos estudios sobre el efecto de la medicación en estos casos, aunque los resultados preliminares sugieren que los antidepresivos y los antagonistas opioides (naltrexona) pueden ayudar a tratar los síntomas de esta enfermedad.

F63.3 Tricolomanía

Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancamiento de cabello que conlleva una sensación placentera, siendo los sitios más frecuentes la cabeza, cejas y pestañas, aunque puede ser por cualquier parte del cuerpo en el que crezca; incluso se dan casos en que el arrancamiento se realiza a otros, ya sean animales, muñecos u objetos fibrosos. Puede ir asociada a la oncofagia, hacerse escoriaciones y mordisquear cualquier cosa.

Esta conducta puede realizarse en episodios breves a lo largo del día o de forma mantenida durante horas y se pueden dar en momentos de relax, no sólo con el estrés, pero el resultado de bienestar es el mismo.

Síntomas

Generalmente, comienzan antes de los 17 años y niegan hacerlo.

- Existe una apariencia desigual del cabello o parches descubiertos, incluso una pérdida total.
- Obstrucción intestinal, si se lo comen.
- Tirar o retorcer constantemente el cabello.
- El cabello que vuelve a crecer es más fino.
- Aumento de la sensación de tensión antes de comenzar.
- Ansiedad.
- Imagen pobre de sí mismo.
- Negación del hecho, aunque sea evidente.
- Sensación placentera al terminar la acción.

Factores de riesgo

Cuando el comienzo es en menores de 6 años suele tener una duración de un año y luego desaparece. En el resto de las personas que lo padecen se hace crónico, potenciado por la ansiedad, depresión y falta de autoestima.

Puede ser hereditario y su comienzo, con mayor frecuencia, es entre los 11 y 13 años, independientemente del sexo.

Los sentimientos negativos o incómodos, como el estrés y la ansiedad, la tensión, soledad o frustración son los más importantes factores de riesgo para desarrollar este trastorno; como al tirar del pelo consiguen sentimientos positivos, se refuerzan en estas conductas.

Pueden padecer depresión, trastornos de la alimentación o TOC.

Consecuencias

Aunque aparentemente no parece grave puede tener un impacto muy alto en la

vida de la persona. A lo largo del tiempo van acumulando un sentimiento de vergüenza y humillación que potencia su baja autoestima y la ansiedad.

La vergüenza por la pérdida del pelo les lleva en algunos casos a evitar relaciones íntimas para no ser descubiertas. Ante la sociedad se presentan con pelucas o pestañas postizas.

Pueden llegar a dañarse la piel, produciéndose abrasiones, incluso infecciones del área donde se arranca el pelo.

Cuando se comen el pelo puede formarse una bola grande en el tracto digestivo que puede producir obstrucción total o parcial, lo que conllevaría a una pérdida de peso e incluso la muerte.

Tratamiento

Dentro de las terapias psicológicas la más eficaz es la llamada formación, hábito, inversión, que le ayuda a aprender cómo reconocer situaciones en las que es probable que se tire del pelo y cómo sustituirlas por otros comportamientos, como apretar los puños durante un período que le sea suficiente para «congelar» las ganas o la reorientación de la mano de su cabeza a su oreja.

También se puede utilizar terapia cognitiva para ayudar a cuestionar y examinar las creencias distorsionadas que pueden tener relación con la tricotilomanía.

Entre los medicamentos se recomiendan los antidepresivos como la clomipramina.

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

Se incluyen aquellos trastornos que no cumplen los criterios para los descritos en otras secciones y que cursan con síntomas relacionados con el control de los impulsos como pueden ser las compras compulsivas, en las que hay un impulso incontrolado de adquirir objetos inútiles o superfluos llevando a una satisfacción, que no es por el producto, sino por la acción. Este consumo, no planificado, excede de las posibilidades económicas de la persona que lo padece y le lleva a incrementar el gasto, que puede facilitar conductas de morosidad que están asociadas a este trastorno.

Síntomas

- Se compra por comprar, de forma excesiva y sin utilidad, siendo consciente de ello, pero no puede frenar el impulso.
- Si intenta reprimir las compras sufre un estado de nerviosismo.
- El sentimiento de autoestima y de poder se satisface con la compra.
- Tras el acto de comprar hay una pérdida de aprecio por los productos.
- Lo utilizan como vía de escape a su infelicidad.

Factores de riesgo

La edad oscila entre los 20 y 30 años, y más en mujeres. Un estado de ánimo disfórico (tristeza, ira, nerviosismo), con depresión, que se combate con la adquisición de cosas superfluas placenteras y la excitación de la compra.

Insatisfacción y vacío existencial.

Consecuencias

Suelen ser negativas, pues debido al gasto excesivo se puede llegar a las deudas y hasta a tener problemas con la justicia (estafa, hurtos, etc.), lo que se asocia a un deterioro de las relaciones familiares, sociales, interpersonales, soledad, divorcio o intento de suicidio. Aunque suele haber intentos de resistir el impulso termina en fracaso y en arrepentimiento tras la compra y el dinero gastado y por la pérdida de control, por lo que vuelve a repetirse la conducta para superar el malestar. Este consumo, no planificado, excede de las posibilidades económicas de la persona y lleva a unos grandes gastos.

Tratamiento

No existe terapia química adecuada. Lo más efectivo es la terapia cognitiva-conductual y los grupos de ayuda mutua.⁷

Podemos ver las diferencias entre los distintos trastornos de forma esquematizada en las tablas 18-1 y 18-2.

Tabla 18-1

Diferencias entre los síntomas, diagnóstico diferencial y trastornos asociados de los distintos trastornos

Trastorno	Síntomas	Diagnóstico diferencial	Trastornos asociados
F63.8	Episodios aislados de violencia	Cualquier enfermedad mental o física que conlleve raptus de violencia	• Rasgos narcisistas o paranoicos • Estrés
F63.2	Impulso de robar sin ánimo de lucro	• Trastorno antisocial de la personalidad • Simulación • Episodio maniaco	• Depresión • Ansiedad • Trastorno conducta alimentaria
F63.1	Provocación de incendios por placer	• Trastorno disocial • Trastorno antisocial • Episodio maniaco	• Trastorno adaptativo • Indiferencia sobre la vida y la propiedad
F63.0	Juego desadaptativo persistente y recurrente, pensamiento distorsionado	• Episodio maniaco • Trastorno antisocial de la personalidad	• Enfermedades físicas asociadas al estrés • Trastorno del estado de ánimo
F63.3	Arrancamiento del pelo por placer	• Ideas delirantes • Alucinaciones • Trastorno facticio	• Trastorno del estado de ánimo • Onicofagia, arrascarse
F63.9	Cualquier falta de control de impulso como compras	Episodio maniaco	• Depresión • Episodio maniaco

Tabla 18-2

Diferencias culturales y entre sexos de los distintos trastornos

Trastorno	Cultura-sexo	Curso	Prevalencia
F63.8	Más frecuentes en varones	Adolescencia hasta la 3. ^a década	Rara
F63.2	Más en mujeres	• Esporádico • Episodios largos • Crónico	Menos del 5% de los ladrones
F63.1	Más en varones con pocas habilidades sociales	Infancia- adolescencia. Curso esporádico	Rara
F63.0	Más en mujeres en edad adulta	Adolescencia, sobre todo en varones	1-3% de la población adulta
F63.3	En niños no hay diferencia, en adultos más en mujeres	Infancia con tendencia a la cronificación	1-2% de los estudiantes
F63.9	Más en mujeres	Adolescencia, crónico	Entre el 1 y 6%

Definición y criterios diagnósticos, según el DSM-IV-TR

«Dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto. Luego, experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa. No están clasificados en otras patologías: trastornos por sustancias, parafilias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial, esquizofrenia, trastornos del estado del ánimo con descontrol de impulsos.»

Criterios diagnósticos de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, según el DSM-IV

F.63.8 Trastorno explosivo intermitente

1. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
2. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de la causa, cualquiera que sea el estresante psicosocial.
3. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de algunas sustancias o a una enfermedad médica.

F.63.2 Cleptomanía

1. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.
2. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo.
3. El robo no se comete para expresar cólera o venganza, no siendo respuesta a una idea delirante o alucinación.
4. El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial o episodio maniático.

F.63.1 Piromanía

1. Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión.
2. Tensión o activación emocional antes del acto.
3. Fascinación por la atracción por el fuego y su contexto situacional.
4. Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego o cuando se

observa o se participa en sus consecuencias.

5. El fuego no se provoca por móviles económicos, ideológicos, ocultación de una actividad criminal o por alteración del juicio.

6. La provocación del incendio no se explica por la presencia de un trastorno disocial.

F.63.0 Juego patológico

1. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, según los siguientes ítem:

- a. Preocupación por el juego, reviviendo experiencias pasadas o futuras.
- b. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- c. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- d. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta detener el juego.
- e. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia.
- f. Después de perder se sigue intentando para recuperar lo perdido.
- g. Se engaña a los miembros de la familia.
- h. Se cometen actos ilegales como falsificación, robo o abuso de confianza para financiar el juego.
- i. Se arriesgan o se pierden relaciones interpersonales, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
- j. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera derivada del juego.

2. El comportamiento del juego no se explica por la presencia de un episodio maníaco.

F.63.3 Tricotilomanía

1. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente que da lugar a una pérdida perceptible.

2. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir a la práctica de este comportamiento.

3. Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento.

4. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, ni enfermedad médica.

5. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterior social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

F.63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

1. Preocupación frecuente por comprar o impulsos para comprar que se viven

como irresistibles, intrusivos y/o carentes de sentido.

2. Compra frecuente de más de lo que el sujeto se puede permitir o de artículos que no necesita, o permanencia en las tiendas más prolongada de lo que se había planificado.

3. Las preocupaciones, los impulsos por comprar y las conductas de compra provocan un malestar significativo, llevan tiempo, interfieren significativamente en la actividad social o laboral del sujeto y le causan problemas financieros.

4. Los episodios de compras excesivas o de visitar tiendas no aparecen exclusivamente en períodos de hipomanía o manía⁸.

En la actualidad se utiliza el DSM-IV-TR, pero el 18 de mayo del 2013 fue publicado en Estados Unidos el DSM-5-PIR, que en la actualidad se está introduciendo en España, por lo que todavía no se han realizado las modificaciones que propone. Su publicación ha traído mucha polémica, por los cambios que establece, por lo que sólo se hace referencia como información del cambio establecido en este apartado. Se ha creado una nueva categoría para recoger las «adicciones conductuales», donde se incluye el juego patológico.

Intervenciones de enfermería

Es fundamental que el abordaje a este tipo de alteraciones sea adecuado; para ello la enfermera cuenta con una herramienta muy útil, que son los diagnósticos de enfermería (NANDA), con unos objetivos bien definidos (NOC) y unas intervenciones adecuadas para conseguir las metas planeadas (NIC). Se podrían elegir muchos diagnósticos, dada la amplitud de las causas, efectos y consecuencias de estos trastornos, pero muchos de ellos serían más específicos en otras alteraciones mentales, por lo que se especifican en otros apartados como podría ser el 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud. En este apartado se definen los que se centran más y son padecidos de una forma más general⁹.

NANDA: 00069 Afrontamiento inefectivo: incapacidad para apreciar de forma válida los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

NOC: 1405 Control de los impulsos.

NIC: 4640 Ayuda para el control del enfado, apoyándole para que identifique la causa de éste y las consecuencias de la conducta inadecuada. Se le ha de apoyar en la puesta en práctica de estrategias de control.

NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento, proporcionándole información objetiva de la situación, animándole a expresar sus sentimientos y apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva.

NIC: 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos, buscando con él la mejor estrategia posible para el control de las conductas impulsivas.

NANDA: 00070 Deterioro de la adaptación: incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente ante los cambios de las circunstancias.

- NOC: 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.
- NIC: 5270 Apoyo emocional, dialogando con la persona para que pueda reconocer sentimientos negativos, permaneciendo a su lado en los momentos de más ansiedad.
- NIC: 4360 Modificación de la conducta, reforzando positivamente las conductas sanas y planteando objetivos a corto tiempo.
- NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento, ayudando a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.
- NANDA: 00071 Afrontamiento defensivo: proyección repetida de una autoevaluación positiva falsa basada en un patrón de protección que defiende a la persona frente a lo que percibe como amenazas.
- NOC: 1502 Habilidades de interacción.
- NIC: 4340 Entrenamiento de la asertividad, instruyendo en las distintas formas de actuar afirmativamente, monitorizando el nivel de ansiedad que puede producir el cambio de conducta.
- NIC: 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales, proporcionando modelos que puedan ayudar a hacer cambios de conductas en sus relaciones sociales.
- NIC: 5100 Potenciación de la socialización, animando a realizar actividades comunitarias y a relacionarse con los demás.
- NANDA: 00074 Afrontamiento familiar comprometido: los miembros de la familia apoyan a la persona de forma deficiente o nula cuando esta ayuda puede ser necesaria.
- NOC: 2600 Superación de los problemas familiares para realizar los cambios y adaptaciones adecuados.
- NIC: 4410 Establecimiento de objetivos comunes ayudando a priorizar los objetivos identificados, intentando que se centren en los esperados y no en los deseados.
- NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar manteniendo relación entre la persona con el trastorno y la familia.
- NIC: 7140 Apoyo a la familia determinando la carga psicológica que lleva y su comprensión del problema.
- NANDA: 000158 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar: los familiares del entorno, principalmente el cuidador, presentan deseos y disponibilidad para adecuarse a los cambios.
- NOC: 2600 Superación de los problemas familiares.
- NIC: 5240 Asesoramiento, proporcionando información objetiva de los interrogantes que se planteen, llevando a cabo una lista de prioridades ante las actuaciones de la vida cotidiana.
- NIC: 7200 Fomentar la normalización familiar, animando a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo de forma habitual (asociaciones, recursos, etc.).

NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar, identificando la capacidad de los miembros familiares en el problema.

NANDA: 00052 Deterioro de la interacción social: intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

NOC: 1502 Habilidades de interacción social.

NIC: 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales, proporcionando modelos que puedan ayudar a hacer cambios de conductas en sus relaciones sociales.

NIC: 7100 Estimulación de la integridad familiar, ayudando a la familia a resolver los sentimientos de culpabilidad que pudieran tener, identificando los mecanismos para enfrentarse a situaciones problemáticas.

NIC: 5390 Potenciación de la consciencia sobre sí mismo, animando a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos, mostrando que cada ser es único.

NANDA: 00053 Aislamiento social: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

NOC: 1204 Equilibrio emocional.

NIC: 5270 Apoyo emocional, comentando la experiencia emocional con su entorno y los desencadenantes del aislamiento.

NIC: 5400 Potenciación de la autoestima, determinando las confianza que tiene en sus propios juicios, ayudándole a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, así como a evaluar su propia conducta.

NIC: 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales, proporcionando modelos que puedan ayudar a hacer cambios de conductas en sus relaciones sociales y facilitar la entrada en grupos de apoyo.

NANDA: 00054 Riesgo de soledad: riesgo de experimentar una vaga disforia, con falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.

NOC: 1203 Soledad

NIC: 5270 Apoyo emocional, favoreciendo la conversación y el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad, instruyendo sobre técnicas de relajación y determinando su capacidad para tomar decisiones.

NIC: 5360 Terapia de entretenimiento, disponiendo de actividades recreativas cuyo objetivo principal sea disminuir la ansiedad, incluyéndole en la planificación de las mismas.

NANDA: 00060 Interrupción de los procesos familiares: cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

NOC: 2600 Superación de los problemas familiares.

NIC: 7140 Apoyo a la familia, facilitando una relación de confianza y que haya una buena comunicación.

NIC: 7100 Estimulación de la integridad familiar, apoyando el mantener relaciones positivas, sosteniendo una comunicación abierta.

- NIC: 5020 Mediación de conflictos, permitiendo que tanto la persona como los familiares expresen sus preocupaciones y sentimientos, manteniendo una buena comunicación y apoyando los esfuerzos que se realizan.
- NANDA: 00019 Baja autoestima crónica: larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
- NOC: 1205 Autoestima.
- NIC: 5400 Potenciación de la autoestima, con establecimiento de objetivos realistas, fomentando el aumento de responsabilidad consigo mismo.
- NIC: 4700 Reestructuración cognitiva, ayudando a identificar las interpretaciones equivocadas sobre los factores, las situaciones y los sucesos estresantes percibidos, para poder realizar un cambio y poder interpretar las cosas de acuerdo con la realidad.
- NIC: 5390 Potenciación de la consciencia sobre sí mismo, con el apoyo para que identifique los sentimientos de culpa y las situaciones que precipitan la ansiedad, así como en la búsqueda de motivaciones para ejercer un cambio en ciertos aspectos de su vida.
- NANDA: 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros: riesgo de conducta en la que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.
- NOC: 1405 Control de los impulsos.
- NIC: 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo, identificando los puntos que deben cambiarse y buscando las estrategias necesarias.
- NIC: 4640 Ayuda para el control del enfado, estableciendo un entorno sereno que dé seguridad, con una relación de confianza básica. Ayudando a identificar la causa del enfado y las consecuencias de las conductas agresivas.
- NIC: 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos, buscando la mejor estrategia posible para el control de las conductas impulsivas, identificando los problemas o situaciones que le hacen perder la serenidad.
- NANDA: 00140 Riesgo de violencia autodirigida: riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.
- NOC: 1405 Control de los impulsos.
- NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento, utilizando un enfoque sereno de la situación, proporcionando la información que sea necesaria.
- NIC: 4360 Modificación de la conducta, con el establecimiento de hábitos saludables, redirigiendo su atención, alejándole de las fuente de agitación y reducción las conductas agresivas-pasivas, ofreciendo apoyo positivo ante los logros conseguidos.
- NANDA: 00146 Ansiedad: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.
- NOC: 1402 Control de la ansiedad.

NIC: 5240 Asesoramiento, desaconsejando la toma de decisiones en momentos de estrés intenso, buscando las mejores estrategias.

NIC: 4920 Escucha activa, mostrando interés, haciendo preguntas y eliminando prejuicios, evitando minimizar sentimientos.

NIC: 5880 Técnica de relajación, reduciendo los estímulos que puedan crear miedo o ansiedad, reafirmando la seguridad personal, favoreciendo una respiración lenta y profunda y cualquier mecanismo que contribuya a la relajación.

NANDA: 00083 Conflicto de decisiones: incertidumbre sobre el curso de la decisión que debe tomarse porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.

NOC: 0906 Toma de decisiones.

NIC: 5250 Apoyo en la toma de decisiones, determinando las diferencias entre el punto de vista de la persona y las de su entorno, facilitando mediante información coherente la toma de decisiones.

NIC: 5480 Clarificación de valores, utilizando preguntas adecuadas para que pueda reflexionar sobre la situación y lo personalmente importante, animando a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones.

NIC: 360 Modificación de la conducta, mediante establecimiento de objetivos por escrito para que pueda registrar las diferentes conductas.

NANDA: 00130 Trastornos de los procesos del pensamiento: trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

NOC: 1403 Control del pensamiento distorsionado.

NIC: 4700 Reestructuración cognoscitiva, identificando las creencias que afecten a su salud ayudando a identificar las interpretaciones equivocadas sobre los factores, las situaciones y los sucesos estresantes percibidos para poder realizar un cambio y llegar a interpretar las cosas de acuerdo con la realidad.

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad, proporcionando información objetiva sobre la realidad del entorno y estableciendo actividades para reducir la tensión.

NIC: 4920 Escucha activa, buscando la comprensión de los mensajes no verbales.

Bibliografía

1. Ros Montalbán S y col. Impulsividad, una serie de casos clínicos, ISBN 978-84-9751-365-4. Ed. Ars Medica; p. 3-18.
2. Damasio H y col. The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science* 264; p. 1102-5.
3. Winstanley CA, et al. Dissociation between serotonergic and dopaminergic modulation of medial prefrontal and orbitofrontal cortex during a test of impulsive choice. *Cereb Cortex*. 2006 Jan;16(1):106–114.
4. Dalley JW, et al. Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*. 2007 Mar 2;315(5816):1267–1270.
5. Dolcet i Serra J. Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5. *Tesis doctoral*. 2006:16–19.
6. González G y col. Revista argentina de Ciencias del Comportamiento, 2010, vol. 2, n.º 2, 32-42. ISSN: 1852-4206.
7. Gómez-Jarabo García S, Rodríguez E, Olavarrieta Bernardino S. Valoración de la capacidad de obrar: el control de los impulsos. *Investigación en Salud*. abril, 2004;vol. VI, n.º 1:35–42: ISSN: 1405-7980.
8. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson; 2000.
9. Tejedor García MJ y Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. ISBN: 978-84-7429-361-6. Ed. Glosa.

SECCIÓN 2.8

Adicciones

Capítulo 19: Trastornos relacionados con el consumo de sustancias

CAPÍTULO 19

Trastornos relacionados con el consumo de sustancias

María José Hidalgo Quiles

Isabel Martín Peiro

Pilar Ruiz de Loizaga

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 213

Características de las adicciones en la sociedad actual 213

Epidemiología del consumo de drogas 213

Concepto y clasificación en las drogodependencias 214

Historia natural del consumo de sustancias 215

Actuaciones de enfermería en las intervenciones preventivas y terapéuticas en drogodependencias 216

Intervenciones terapéuticas en prevención primaria 216

Intervenciones terapéuticas en prevención secundaria 216

Intervenciones terapéuticas en prevención terciaria 217

Demanda 217

Acogida 217

Evaluación 219

OBJETIVOS

- Describir las características y los datos epidemiológicos más importantes de las adicciones en la actualidad.
- Diferenciar los conceptos principales en los trastornos adictivos.
- Describir y diferenciar los distintos tipos de trastornos producidos por las adicciones.
- Describir la historia natural del consumo de drogas.
- Describir la asistencia y prevención de los trastornos adictivos.
- Describir las principales actuaciones de enfermería en la asistencia y prevención de las adicciones.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas no es algo nuevo en la historia de la humanidad. En todas las sociedades se han utilizado las drogas con distintos fines: mágico-religioso, terapéutico, como medio de evasión, etc.

Hoy el fenómeno ha tomado características distintas. El incremento del consumo de sustancias hasta hace poco desconocidas en nuestro contexto cultural, añadido a las tradicionalmente consumidas por esta sociedad, ha generado una problemática social que sobrepasa los aspectos asistenciales y preocupa extraordinariamente a la población.

Características de las adicciones en la sociedad actual

1. Inicio precoz del consumo. Esto hace que los problemas derivados sean más graves, ya que el consumo interfiere en la madurez psicológica y biológica de los adolescentes.
2. Policonsumo. Mezcla simultánea de varias drogas.
3. Desvinculación del consumo de situaciones marginales. En los últimos años los problemas adictivos han empezado a afectar a personas de todas las clases sociales, mientras hace unos años, fundamentalmente, se producían en situaciones sociales desfavorecidas.
4. Aumento de los problemas derivados de conductas adictivas que no están provocadas por sustancias químicas, es decir, dependencias psicológicas. Son adicciones a conductas muy reforzantes; lo perjudicial es la relación que se establece con la conducta. Cualquier conducta reforzante puede llegar a ser adictiva. Ejemplos: juego, sexo, compras, trabajo, comida, ejercicio físico, TV/ordenador/móvil/internet, etc.

Epidemiología del consumo de drogas

Para conocer el consumo, las percepciones y las opiniones de la población española sobre las drogas, el Observatorio Español para las Drogodependencias (OED) lleva a cabo dos encuestas periódicas, la *encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España* (EDADES), que se realiza en población de 15-64 años residente en hogares familiares, y la *encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias* (ESTUDES), que se realiza en estudiantes de 14-18 años que cursan enseñanzas secundarias, ambas incluidas en el plan estadístico nacional.

Basándonos en las últimas encuestas publicadas (ESTUDES, 2012-13; EDADES, 2011), las drogas institucionalizadas, *tabaco* y *alcohol*, siguen siendo las de mayor prevalencia de consumo. El 76,6% de la población ha consumido alcohol en el último año, y el 40,2% tabaco. En el caso del tabaco está disminuyendo la

prevalencia de consumo (fundamentalmente, debido a la actual legislación y al aumento del precio); en cambio, en el alcohol se mantiene a lo largo de los últimos años, aumentando el consumo intensivo intermitente (*binge drinking*) y las intoxicaciones alcohólicas, formas de consumo más perjudiciales, sobre todo en los jóvenes.

Entre los nuevos patrones de consumo, el más significativo se refiere al consumo de alcohol en la juventud. Posee unas características peculiares: se localiza en ámbitos públicos o lugares de diversión (fenómeno del botellón), se concentra en fin de semana y se centra en la cerveza y combinados como bebidas preferentes³. El consumo de alcohol pasa a ser un componente esencial del tiempo de ocio de los jóvenes y existe una gran permisividad a nivel social al respecto^{4,6}. Parece que se ha producido un cambio en los patrones de consumo de alcohol en los jóvenes, pasando del clásico mediterráneo al anglosajón (tabla 19-1).

Tabla 19-1

Patrones de consumo de alcohol en los jóvenes

Patrón mediterráneo	Patrón anglosajón
Bebidas de baja graduación (fermentadas)	Bebidas de alta graduación (destiladas)
Asociado a la alimentación	Asociado al ocio
Contexto de relación	Intención drogófila

Los hipnosedantes son los siguientes en prevalencia de consumo (11,4% los ha consumido en el último año).

En relación a las drogas ilegales o no institucionalizadas, destaca la disminución del consumo de heroína (0,1% la ha consumido en el último año), droga que generó gran alarma social en otra época. Mientras hace 20 años la droga por definición era la *heroína*, hoy en día se puede afirmar que (sin que esta sustancia ni las consecuencias que ha producido a nivel social, sanitario, etc., hayan desaparecido) su protagonismo social ha sido desplazado por otras sustancias.

La evolución de la prevalencia del consumo de heroína ha pasado del 1,8% en 1992 al 0,1% en 2011. Este descenso indica la disminución en los inicios del consumo, pero también el mantenimiento de un colectivo de consumidores regulares que exigen una actuación preventiva dirigida a la disminución de riesgos asociados al consumo, especialmente sida y hepatitis. En el consumo de heroína también se ha producido un cambio en la vía de administración (disminuye la vía parenteral y aumenta la fumada o inhalada).

El *cannabis* es la droga ilegal de mayor consumo en España: se sitúa en el 9,6% en el último año.

El consumo de *cocaína* también ha sufrido un ligero descenso, contrariamente a la rápida expansión de esta sustancia que se pronosticaba. Se ha pasado del 3,1% de frecuencia del consumo en los últimos seis meses de 1994 hasta el 2,3% en 2011.

En cuanto a las *drogas sintéticas o de diseño*, aunque de consumo esporádico y reducido al fin de semana, hay que tener en cuenta su peligrosidad en adolescentes. Su frecuencia de consumo en 2011 fue del 0,7% en el caso del éxtasis, 0,6 en el de anfetaminas/*speed*, 0,4 en alucinógenos/setas mágicas, 0,2 en ketamina/salvia y 0,1 en *spice* y esteroides anabolizantes.

Todas las sustancias son consumidas en mayor proporción por hombres en la población general, excepto los hipnosedantes, donde es mayor la proporción de mujeres que las consumen. Pero en los jóvenes, todas las sustancias legales son consumidas en mayor proporción por mujeres y las ilegales por hombres (ESTUDES, 2012).

La edad media de inicio en el consumo son 16,5 años, y las sustancias que antes se comienzan a tomar son el tabaco y el alcohol.

Concepto y clasificación en las drogodependencias

- **Sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o «droga».** La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como «toda sustancia que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el SNC, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores».
- **Clasificación de las sustancias psicoactivas.** Según su efecto sobre el sistema nervioso central (SNC), pueden agruparse en tres tipos:
 - *Depresoras.* Como el alcohol, hipnóticos, ansiolíticos (benzodiazepinas), opiáceos (heroína, morfina, codeína, metadona, tramadol, etc.), tranquilizantes e inhalantes, derivados del cannabis. Atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia y pueden provocar, dependiendo de la dosis administrada, diferentes grados de inactivación (relajación, sedación, somnolencia, sueño, anestesia e incluso coma).
 - *Estimulantes.* Como las anfetaminas, nicotina, cocaína, xantinas (cafeína, teína, cacao), drogas de síntesis. Producen sensación de euforia y bienestar, aumento de la energía y del nivel de actividad motriz, estimulación del sistema cardiovascular, disminución de la sensación de fatiga, del sueño y del apetito.
 - *Sustancias psicodélicas o perturbadoras del SNC.* Entre las que se encuentran los alucinógenos (LSD, mescalina), cannabinoides (hachís y marihuana), drogas de síntesis (éxtasis y otras). Alteran el estado de conciencia y la percepción de la realidad provocando extrañas sensaciones, ilusiones y alucinaciones visuales, auditivas y/o táctiles.

Algunas sustancias pueden compartir propiedades de varios grupos.

- **Trastornos por consumo de sustancias: abuso y dependencia.** Términos que seguimos encontrando en numerosa bibliografía, así como en la Clasificación internacional de enfermedades, CIE-10, pero ya no aparecen en el nuevo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), quedando incluidos bajo la nomenclatura de «trastorno por uso de sustancias».
 - **Abuso.** Consumo recurrente de una sustancia durante un período de 12 meses, a pesar de que el individuo sabe que le producen consecuencias adversas significativas ya sean a nivel físico, psicológico o social.
 - **Dependencia.** La OMS define la dependencia como un síndrome en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados

habitualmente como más importantes dentro de la vida de un individuo.

Aparecen un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

- **Trastornos inducidos por sustancias.** En ellos encontramos la *intoxicación* y la *abstinencia*, así como los *trastornos tanto médicos como psiquiátricos* que pudieran aparecer como consecuencia directa del consumo.
 - **Intoxicación.** Cuadro clínico agudo, reversible y específico que se produce tras la reciente ingestión o exposición a una sustancia que provoca cambios de conducta o psicológicos desadaptativos debidos a su acción sobre el sistema nervioso central (p. ej., actitud violenta, labilidad emocional, alteraciones del conocimiento o el juicio, del funcionamiento social o profesional, alucinaciones u otros trastornos), acompañados de síntomas físicos (cardiovasculares, respiratorios, fiebre, convulsiones y otros) dependientes de la sustancia, y que no pueden ser explicados por otra enfermedad médica u otro trastorno mental. Diferentes sustancias pueden producir síntomas idénticos.
 - **Síndrome de abstinencia.** Cuadro clínico reversible debido a la interrupción o disminución del uso intenso y prolongado de una sustancia. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se deben a enfermedad médica ni pueden explicarse por otro trastorno mental. Pueden ser específicas de cada droga.
- **Tolerancia.** Proceso mediante el cual el consumidor se ve obligado a aumentar progresivamente la cantidad de droga para obtener el mismo efecto que obtenía antes, o, dicho de otra forma, la disminución del efecto percibido manteniendo la misma cantidad de sustancia después de un uso continuado. El término **tolerancia cruzada** describe la disminución del efecto de una determinada sustancia como consecuencia del consumo continuado de otra distinta. La **inversión de tolerancia** se produce en etapas avanzadas de la dependencia alcohólica y, debido a ella, la persona se ve obligada a ir disminuyendo la cantidad de alcohol ya que experimenta los efectos negativos de la intoxicación con cantidades progresivamente menores (a veces se interpreta erróneamente como un descenso voluntario del consumo).
- **Ansia, deseo de droga o *craving*.** El deseo incoercible de consumir, provocado por ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes, etc., muy difícil de controlar por el paciente y que propicia la búsqueda de las sustancias apetecidas. Por ejemplo, cuando uno está acostumbrado a fumar un cigarro con el café, el simple hecho de pedir el café ya hace que aparezcan las ganas de fumar; por eso, al principio de dejar una sustancia se deben evitar las

situaciones de este tipo, llamadas situaciones de riesgo, ya que es fácil recaer; más adelante, cuando el tratamiento esté afianzado, la persona se expondrá progresivamente a las situaciones de riesgo y las afrontará con éxito.

- **Comorbilidad.** Término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad implica que existe una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. En el caso de la presentación simultánea de patología psiquiátrica y adictiva en un mismo individuo se denomina específicamente **patología dual**. Se pueden producir tres situaciones distintas:
 - A + B** (p. ej., un paciente con dependencia alcohólica que en abstinencia prolongada presenta un cuadro depresivo, ambos independientes).
 - A da lugar a B** (p. ej., un paciente con dependencia alcohólica desarrolla un cuadro depresivo como consecuencia del consumo).
 - B da lugar a A** (p. ej., un paciente con cuadro depresivo que consume alcohol para mitigar los síntomas).

Historia natural del consumo de sustancias

El modelo utilizado para comprender las drogodependencias y otras conductas adictivas es el modelo ecológico de la enfermedad⁷. Cualquier enfermedad en las personas es el resultado de un proceso dinámico resultante de las múltiples interacciones entre tres elementos: ser humano, medio ambiente y agente, en nuestro caso la droga. Este proceso constituye la historia natural de la enfermedad, en la se distinguen varias etapas o períodos que determinan distintas posibilidades de prevención o intervención.

- Período prepatogénico: en él, los tres elementos interactúan de manera armónica, por lo que no suelen aparecer problemas a pesar de posibles consumos. No obstante, este proceso está asociado a distintos **factores de riesgo**:
 - *Asociados al medio*: la existencia de situaciones como la crisis económica, el paro, la marginación, las crisis familiares, no son los únicos a tener en cuenta. En el caso del alcohol, por ejemplo, su consumo se asocia al ocio y las celebraciones, protagonizando, entre otros, el fenómeno del botellón.
 - *Asociados a la persona*: la vulnerabilidad está determinada por factores biológicos (vulnerabilidad hereditaria y mecanismos biológicos relacionados con el refuerzo), psicológicos y psicopatológicos, generalmente, desconocidos antes del consumo.
 - *Asociados a las drogas*: la cadena productiva de las sustancias de abuso también favorece el aumento de los problemas derivados del consumo. En ella intervienen la producción, distribución, promoción y venta. Dicha cadena funciona tanto en las drogas legales como en las ilegales (de forma más camuflada). Por ejemplo, en el caso de las bebidas alcohólicas, se favorece su consumo en jóvenes, permitiendo incluso la compra a menores.
- Todos estos factores actúan favoreciendo la demanda o la oferta de drogas. En este período las posibilidades de intervención se engloban en las medidas de prevención primaria.
- Período patogénico: surge cuando se rompe el equilibrio ecológico anterior entre los tres elementos, dando lugar a la drogodependencia o adicción, que se subdivide a su vez en otros dos períodos:
 - Período de latencia o preclínico: se inicia con un consumo (uso) de la sustancia que solo ocasionalmente produce complicaciones. Normalmente, no se observan signos ni síntomas manifiestos. Esta fase de latencia puede durar meses y años (período silencioso del trastorno) y en algunas ocasiones no se sobrepasa (uso integrado). En este período las posibilidades de intervención se engloban en las medidas de prevención secundaria.
 - Período clínico: aparece cuando el trastorno ha producido suficientes cambios psicosociales y/u orgánicos en el individuo. En este período las posibilidades de intervención se engloban en las medidas de prevención terciaria (fig. 19-1).

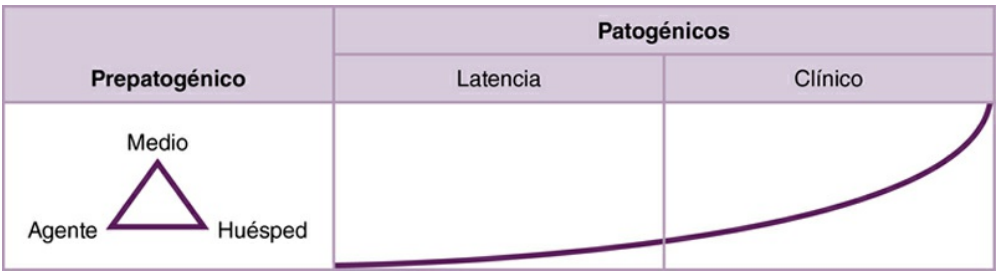


FIGURA 19-1 Historia natural de la enfermedad.

Actuaciones de enfermería en las intervenciones preventivas y terapéuticas en drogodependencias

Cualquier intervención en materia de adicciones implica necesariamente la actuación en los tres niveles de prevención y la continuidad de los programas⁸. El enfermero forma parte del equipo técnico multidisciplinar encargado del abordaje de las adicciones. Las funciones de los profesionales en un equipo multidisciplinar son complementarias y, en algunos casos, compartidas. Por ello, el enfermero actuará a lo largo de todo el proceso terapéutico con funciones claramente definidas y siendo parte activa en los procesos de acogida, valoración, diagnóstico y tratamiento. Muchas de estas funciones serán propias, por su profesión, y otras asumibles, por su pertenencia al equipo, y que no son específicas del rol profesional.

Intervenciones terapéuticas en prevención primaria

La prevención primaria en materia de adicciones se desarrolla durante el período prepatogénico de la enfermedad, va dirigida a los que aún no muestran ningún tipo de adicción y tiene como metas impedir la aparición de los problemas derivados del consumo o uso, reducir las incidencias derivadas de abusos esporádicos y disminuir la cantidad y la calidad de los factores de riesgo. Para ello, utiliza como estrategias fundamentales la promoción de la salud y la protección específica, a través de la disminución de la oferta de drogas (minimizando la producción, distribución/tráfico, promoción/publicidad, restringiendo las ventas), actuaciones que escapen a lo estrictamente sanitario. Y de la disminución de la demanda de drogas (fundamentalmente, a través de la educación sanitaria inespecífica y específica sobre drogas), intervención genuinamente sanitaria y enfermera.

Intervenciones terapéuticas en prevención secundaria

En la prevención secundaria se pretende identificar a las personas con consumos de riesgo y generar un clima propicio para la aceptación de las medidas de detección precoz. No basta con detectar, es preciso obtener información sobre las pautas básicas para reducir o eliminar los consumos (intervenciones breves o muy breves). Estas actuaciones sanitarias de avalada eficacia son genuinamente enfermeras.

Una vez efectuada la detección, el profesional habrá de propiciar un adecuado

clima de relación, procurando evitar, desde el primer momento, que el paciente comience a desplegar los mecanismos de autoengaño y negación que habitualmente dificultan la orientación terapéutica.

Intervenciones terapéuticas en prevención terciaria

Las propias características de los trastornos adictivos, sumadas al fracaso de las medidas preventivas anteriores, hace que se asista con demasiada frecuencia a la presencia de secuelas, incapacidad y muerte, y por ello debe contarse con el tercer nivel de prevención, o prevención terciaria. Este nivel está dado por el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento del enfermo adicto.

El modelo de intervención terapéutica que se propone requiere un abordaje multidimensional, y puede esquematizarse en las siguientes fases ([cuadro 19-1](#)):

Cuadro 19-1 Fases del modelo de intervención terapéutica

- Demanda.
- Acogida.
- Diagnóstico multiaxial.
- Plan terapéutico individual.
- Evaluación continua.
- Alta terapéutica.

Demanda

Se materializa en el primer acercamiento del paciente con problemas adictivos a un servicio sanitario. Ya se ha comentado que el uso de drogas no solo produce drogodependencias. En muchas ocasiones, el uso o abuso esporádico puede dar lugar a alguna complicación, bien de orden somático ([tabla 19-2](#)), bien psíquico, que se nos pueda presentar como urgencia en cualquier servicio de salud.

Igualmente, el debut clínico de una drogodependencia puede ser la aparición de un cuadro de intoxicación aguda, una sobredosis o un síndrome de abstinencia.

Tabla 19-2

Complicaciones somáticas del consumo de sustancias

	Alcohol	Opiáceos	Cocaína	Cannabinoides	Tabaco
Digestivas	Esofagitis, gastritis, malabsorción, hepatitis, cirrosis, pancreatitis	Gastritis, hemorragias, pancreatitis, cirrosis, úlcus, estreñimiento	Dolor abdominal, isquemia intestinal, hepatitis, pancreatitis	Dolor abdominal, diarreas	Hipersalivación, úlcus, diarreas, enfermedades de dientes y encías
Cardiovasculares	Miocardopatía alcohólica, arritmias, hipertensión arterial (HTA)	Trastornos del ritmo y la frecuencia cardíaca, endocarditis	Arritmias, miocarditis, endocarditis, IAM e ictus	Taquicardia, angina y arritmias, hipotensión postular	HTA, arritmias, cardiopatía isquémica, ACV, aneurismas, enfermedad vascular periférica
Musculo-esqueléticas	Osteopenia, gota, osteoporosis, miopatías	Rabdomiólisis, miositis, miopatías, artalgias	Espasmos musculares, rabdomiólisis	Síndrome compartimental	Osteoporosis, bursitis, tendinitis, esguinces
Hematológicas	Anemia, trombocitopenia	Leucocitosis, linfocitosis, trombopenia, sepsis, bacteriemias	Efecto hematotóxicos, trombogénesis, fenómeno de Raynaud		Trombosis venosa profunda, fenómeno de Raynaud
Respiratorias	Riesgo elevado de neumonías y tuberculosis	Edema agudo, asma, embolismos, bronquitis, neumonías	Disnea, hemorragias, dolor torácico, neumotórax	Bronquitis, EPOC, rinosinusitis, infecciones, Cáncer de pulmón	Enfisema, bronquitis, asma, EPOC, cáncer
Neurológicas	Polineuropatía periférica, accidente cerebro-vascular (ACV), encefalopatías	Mielopatías, ACV, crisis convulsivas, neuropatías, abscesos cerebrales	Cefaleas, ictus, isquemia cerebral, vasculitis, crisis convulsivas	Alteración coordinación muscular, cefaleas	Cefaleas, disminución concentración y aprendizaje, alteraciones sueño
Endocrino-metabólicas	Hipoglucemia, déficit, vitaminas B y C, gota, hiperlipemias	Disminución libido, impotencia, amenorrea	Ginecomastia, amenorrea, infertilidad, disfunción sexual	Alteraciones de la libido y fertilidad, galactorrea, prematuridad	Metabolismo acelerado (menor peso), aumento de glucemia
Genitourinarias	Incontinencia urinaria, impotencia sexual, infertilidad	Nefropatías, cistitis, abortos espontáneos	Abortos, hipoxia intrauterina, anomalías congénitas, fallo renal	Alteraciones fertilidad	Alteraciones esterilidad y erección, parto prematuro, bajo peso al nacer, abortos
Cutáneas	Arañas vasculares, enrojecimiento facial	Señales venopunción, úlceras, celulitis	Picor, úlceras, celulitis, tromboflebitis	Acné	Arrugas, pigmentación
Infecciosas	Aumento de riesgo de infecciones	VHB, VHC y VIH, ETS (sífilis, gonorrea), tuberculosis	VHB y VHC, VIH	Diarrea por <i>E. coli</i> , Salmonelosis, mocos	Infecciones de vías respiratorias altas y bajas
Otras	Síndrome alcohólico fetal, cáncer (boca, esófago, laringe, hígado, mama)	Endoftalmitis por cándida, tétanos	Irritación y sangrado nasal, perforación tabique, pérdida olfato	Alteraciones dentales, conjuntivitis, ptosis, quemosis	Cáncer (pulmón, boca, laringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas)

En otras ocasiones, el debut puede hacerse en cualquiera de las especialidades médicas, o bien en los dispositivos de atención primaria, donde hay que prestar

especial interés a la *demanda encubierta* que suelen plantear la pareja y/o hijos del adicto, a través de síntomas psíquicos diversos, generalmente, somatizaciones y/o dificultades en el rendimiento escolar.

Por ello, será preciso realizar entrevistas dirigidas a:

1. Evaluar si hay o no un trastorno adictivo (historia clínica, toxicológica y métodos de *screening*).
2. Orientar adecuadamente al individuo y a su familia al tratamiento de fondo. Para lograr este segundo objetivo resulta imprescindible que el enfermo tome conciencia de la enfermedad, único camino que le llevará a motivarse para la realización de un tratamiento. También es necesario hacer un primer balance de las consecuencias negativas derivadas del trastorno. En definitiva, lo fundamental es motivar al paciente y/o familia para el tratamiento.

En la clínica diaria nos encontramos que parte de los pacientes que asisten a los recursos asistenciales no disponen de una predisposición adecuada para garantizar poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva.

El modelo transteórico (MTT) del cambio, formulado por Prochaska y DiClemente, es un modelo integrador de intención de cambiar un comportamiento. Los estadios identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta, en este caso la adictiva (v. [cap. 23](#)).

Para que el tratamiento sea efectivo es indispensable determinar el estadio de cambio en que se encuentra el sujeto para implementar la intervención terapéutica a realizar. El situar a la persona en el estadio más representativo de los cinco que se proponen permite:

- Evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas.
- Comprender cómo suceden estos cambios.
- Saber qué cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva.

En el MTT se trata de provocar una disposición al cambio en los pacientes e incrementar la motivación a través de una serie de técnicas dependiendo de la fase en la que se encuentre. Los pacientes deben sentir que parte de la responsabilidad del cambio está en ellos mismos, debiendo ser conscientes de que tienen una capacidad inherente con potencial para hacerlo. En la [figura 23-1](#) se representan los cinco estadios y se enumeran las estrategias propuestas para avanzar a lo largo de las etapas del cambio.

Acogida

La acogida supone la puerta de entrada al nivel de atención especializada para el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. La enfermera en las unidades de atención a las drogodependencias suele ser el primer contacto que tiene el paciente con la unidad, y es la encargada de la acogida del mismo.

En la primera entrevista se recogen los datos personales y se realiza la valoración de la situación para abrir la historia clínica con el motivo de la demanda (datos de filiación, procedencia, motivo de la demanda, tratamientos anteriores, cronología de la adicción, etc.). Además, se informa a los pacientes y familiares sobre la dinámica del centro, programas terapéuticos e intervenciones del equipo y los diferentes recursos.

Durante la misma, además de analizar y en ocasiones reformular la demanda del paciente y de su familia, se debe crear un clima terapéutico cuyas coordenadas básicas serán la posibilidad de diálogo y la comprensión de la situación con el fin de motivar al paciente y a la familia para el tratamiento.

Diagnóstico multiaxial

La primera parte de la intervención en tratamiento de las adicciones es la realización de un concienzudo estudio clínico multiaxial cuyo objetivo es poner en claro cuáles serán las metas terapéuticas a seguir. El estudio se realiza a los siguientes niveles:

- Historia clínica psiquiátrica.
- Historia clínica patología orgánica.
- Historia social.
- Historia toxicológica.

De cada una de ellas se extraen conclusiones relativas a la situación actual y a la dinámica que la ha generado. Ello permite diseñar un plan terapéutico individualizado para cada caso (PTI).

Plan terapéutico individual

El plan terapéutico individualizado es el conjunto de estrategias diseñadas para la consecución de los objetivos marcados. Aquí hay que hacer hincapié en la necesidad de que el objetivo elegido surja de un *pacto* entre paciente y equipo terapéutico. No va a tener demasiada validez que el equipo decida de forma unilateral lo que le conviene al paciente. A fin de cuentas es de su vida de lo que se trata.

En la actualidad existen fundamentalmente dos tipos de programas de tratamiento:

Programas libres de drogas

En estos programas se persigue la consecución y el mantenimiento de la abstinencia del consumo, además de la introducción de una serie de cambios en los estilos de vida de la población tratada que posibiliten a los sujetos desarrollar un estilo de vida sano. Consta de las siguientes fases:

- **Desintoxicación.** Esta fase tiene una duración limitada (10-12 días). En ella se persigue la eliminación de la dependencia física. Se puede realizar de forma hospitalaria, ambulatoria o domiciliaria. La elección de una u otra dependerá

del apoyo familiar (v. [cap. 23](#)) que posea el paciente y de su nivel de deterioro físico. Se suelen utilizar fármacos para disminuir los distintos síntomas producidos por el síndrome de abstinencia, así como vitaminoterapia, oligoelementos e hidratación.

- **Deshabitación.** Esta fase tiene una duración más larga que la anterior, y en ella se persigue la eliminación de la dependencia psicológica. Se pueden utilizar múltiples recursos, pero los más importantes son las intervenciones psicoterapéuticas y los psicofármacos.

Resulta muy importante enseñar al paciente técnicas de *prevención de recaídas*, es decir, estrategias específicas para que sepa rechazar el consumo o la realización de la conducta adictiva y para detectar aquellas situaciones con mayor riesgo de recaída. Aproximadamente, 2/3 de las recaídas se producen en los 3 primeros meses tras la terminación del tratamiento.

Los episodios de recaída, independientemente del trastorno adictivo concreto, aparecen frecuentemente asociados a 3 situaciones de riesgo:

- Estados emocionales negativos.
- Conflictos interpersonales.
- Presión social.

Lo fundamental es hacer de la recaída un motivo de aprendizaje para posteriores situaciones. Las estrategias de prevención de recaídas se orientan fundamentalmente al mantenimiento de la abstinencia. Se entrena al sujeto en estrategias de autocontrol, de modo que sea capaz de anticipar o afrontar las situaciones de alto riesgo en el período de seguimiento. Si el sujeto solo evita el peligro, quizás logre una recuperación OBJETIVA, pero puede experimentar un cierto grado de intranquilidad SUBJETIVA. La recuperación total solo se produce cuando el sujeto se expone, en una fase avanzada del tratamiento, a las situaciones de riesgo de forma regular y no tiene dificultades para resistirse a ellas.

También es importante tener en cuenta el *estilo de vida global de la persona*, es decir, el grado de equilibrio en su vida cotidiana: contrapeso diario entre las actividades que el sujeto percibe como demandas externas (deberes) y las que realiza por gusto (deseos). Un estilo de vida caracterizado por un predominio de actividades percibidas como deberes está relacionado a menudo con una percepción aumentada de insatisfacción y con un deseo de satisfacción inmediata vivido de forma compulsiva.

- **Rehabilitación-reinserción.** Con frecuencia, estas medidas se superponen a las anteriores y persiguen la integración social del paciente. En este sentido, los grupos de autoayuda suponen un recurso complementario a los enmarcados en la estructura sanitaria.

Hay que destacar la importancia del rol del profesional de enfermería en las desintoxicaciones —control y seguimiento de los síndromes de abstinencia—, en el tratamiento con antagonistas y agonistas durante la deshabitación y su

colaboración en diferentes estructuras de intervención psicoterapéutica.

Programas de reducción de riesgos

Existen determinados casos en los que, por diversas razones, la abstinencia no es un objetivo alcanzable para el paciente; sin embargo, sus patrones de uso de drogas provocan problemas de cierta gravedad.

Objetivos de los programas de reducción del daño:

1. Conseguir la reducción de los costes sociales e individuales asociados al consumo de drogas.
 - a. Evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas.
 - b. Impedir el deterioro de la salud de los consumidores.
 - c. Reducir la actividad delictiva.
 - d. Fomentar pautas de consumo de drogas que impliquen menos riesgos.
2. Evitar la consolidación de situaciones de marginalidad.
 - a. Propiciar el contacto de los consumidores con los servicios de salud.
 - b. Facilitar el contacto de los consumidores con los servicios sociales para garantizar la cobertura de las necesidades básicas.
 - c. Motivar y facilitar la incorporación a centros de tratamiento.
3. Identificar las necesidades de los adictos que no están vinculados a ningún centro asistencial.

Evaluación

La evaluación es un proceso continuo y dinámico que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, también se valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

Durante el desarrollo de la intervención terapéutica van a ir surgiendo diferentes dificultades que pueden hacer necesario el cambio del plan. En cada entrevista se debe hacer un balance de las metas alcanzadas y de las dificultades que van surgiendo en el proceso, llevando a cabo una reformulación continua de los objetivos.

Para finalizar la sistematización del proceso asistencial planteado vamos a introducir el concepto de alta terapéutica, la cual se producirá en el momento en el que se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos con el paciente.

No obstante, tenemos que tener presente que estamos ante una enfermedad crónica y recidivante. Por tanto, la tasa de abandono de tratamiento suele ser alta, siendo dicho abandono casi un prerrequisito de la vuelta al consumo. En este sentido, existe una abundante evidencia clínica de que el abandono precoz de un tratamiento por adicción representa, en la mayoría de casos, la recaída en el consumo, con todas las consecuencias negativas que ello conlleva. En realidad, las recaídas forman parte de la propia evolución del drogodependiente en su intento

por mantenerse abstinente.

Por ello, ante una recaída o reinicio del consumo es fundamental desculpabilizar y desangustiar al paciente, así como analizar factores y circunstancias que han propiciado la recaída, rentabilizándola como aprendizaje.

En cualquier caso, no será necesario iniciar el proceso terapéutico desde el principio. Dada la experiencia que el propio paciente y su familia han ido adquiriendo a lo largo del mismo, sólo será preciso replantear los objetivos y actualizar las estrategias puestas en marcha al principio del tratamiento (tabla 19-3).

Tabla 19-3

Fases del proceso terapéutico del trastorno adictivo

Demanda	• Atención específica en función del servicio donde se trabaja • Orientación y motivación para el tratamiento
Acogida	• Realización de la entrevista de acogida: • Establecer clima de diálogo y comprensión • Analizar la demanda • Estudiar las necesidades del paciente y su familia • Aproximación diagnóstica al trastorno • Motivar al paciente y la familia • Informar sobre el proceso y los tipos de tratamiento
Diagnóstico multiaxial	Valoración de las necesidades y problemas de enfermería: • Colaboración en la historia toxicológica • Exploraciones complementarias: temperatura, pulso, tensión arterial, talla, peso, etc. • Evaluación del ambiente familiar • Actitud del paciente y su familia ante el trastorno adictivo y su tratamiento
Plan terapéutico individual	Desintoxicación: • Seguimiento y control de signos y síntomas de abstinencia • Detección y evaluación de patologías concurrentes Deshabitua ción: • Control de programas de mantenimiento: agonistas y antagonistas • Colaboración en abordajes terapéuticos Rehabilitación-reinserción: • Colaboración en programas de autoayuda
Evaluación continua pti	
Alta terapéutica	

Recursos asistenciales en drogodependencias

La red de atención a las drogodependencias en España cuenta con un conjunto diversificado y plural de centros y recursos de atención en el conjunto de las comunidades y ciudades autónomas (CC.AA.). Estos centros son públicos o privados financiados por el sector público y debidamente acreditados. Sin embargo, a pesar de las diferencias interautonómicas, los niveles de atención sanitaria y rehabilitación funcional tienen en común una serie de actuaciones y recursos. A continuación, se describen los recursos que dan respuesta a las necesidades de tratamiento, entendiendo que la concreción en la realidad variará de unas comunidades a otras. Existen tres niveles de atención sanitaria y rehabilitación funcional.

La atención primaria es el primer nivel en la atención sanitaria y puerta de entrada al sistema sanitario. No forma parte de la red de servicios asistenciales específicos en drogodependencias, pero interviene coordinadamente en el tratamiento. Aquí es donde se realizan muchas demandas que luego son derivadas a los recursos especializados. Mientras que la atención a los problemas sanitarios derivados del uso de sustancias legales, como el tabaco y el alcohol, todavía pivota en gran medida sobre los centros de atención primaria, no sucede lo mismo con las drogas ilegales. Para estas últimas, el papel asignado a la atención primaria tiene mucho que ver con la detección precoz de casos, la motivación para iniciar el tratamiento y en la mayor parte la derivación a los centros especializados. También son derivados los pacientes con problemas de consumo de sustancias legales que presentan mayores dificultades para avanzar con éxito en el tratamiento o con complicaciones añadidas.

Los servicios asistenciales especializados constituyen el segundo nivel. Estos recursos específicos de atención a las drogodependencias (CAD, UCA, UAD, CTD, etc.) están dotados, en general, de equipos multidisciplinares encargados de diseñar y desarrollar para cada paciente un programa individualizado de intervención y tratamiento. Son de carácter ambulatorio, actúan como eje del proceso asistencial y se integran, según cada CC.AA., bien en atención primaria, bien en salud mental, en la red de recursos sociales, etc., dependiendo de las particularidades de cada comunidad. El acceso se puede producir a través de la derivación de los recursos de atención primaria, aunque en muchos casos los pacientes acuden directamente. También pueden acceder derivados desde las unidades de salud mental, desde distintos recursos sociosanitarios o desde la vía judicial.

En un tercer nivel, al que se accede exclusivamente mediante derivación de los centros específicos, nos encontramos con recursos de alta especialización como son las unidades de desintoxicación hospitalarias (UDH), los centros de día (CD), las

comunidades terapéuticas (CT) y los pisos tutelados. A ellos se derivarán pacientes para alcanzar unos objetivos concretos, dentro de su programa de tratamiento individualizado, siendo remitidos de nuevo al recurso específico de segundo nivel una vez cumplidos los mismos.

Las *UDH* son dispositivos asistenciales dentro de un servicio hospitalario, habitualmente ubicados en salud mental o psiquiatría, aunque en algunos casos pueden pertenecer a medicina interna. En ellos se realizan ingresos, de carácter voluntario y programados, que tienen como objetivo general la realización de tratamientos de desintoxicación. Se concibe como un recurso de apoyo ante determinadas circunstancias que pueden surgir en el proceso terapéutico y que no puedan ser atendidas en régimen ambulatorio (existencia de patología dual, desarraigo familiar, fracasos repetidos, etc.).

Las *CT* son dispositivos que, en régimen residencial, realizan tratamientos de deshabitación y rehabilitación para pacientes en los que se considera difícil su recuperación en su medio habitual, facilitando un espacio de convivencia alternativo que permite la ruptura temporal con el medio ordinario del consumo. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado.

Los *CD* son dispositivos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamientos de deshabitación y rehabilitación mediante terapia psicológica y socioambiental. Estos recursos asistenciales desarrollan un programa terapéutico intensivo y diario (usuarios a tiempo completo), pero también admiten a usuarios (a tiempo parcial) para intervenir sobre objetivos terapéuticos específicos del plan individualizado de tratamiento a través de algunas de las actividades que ofrecen. Dadas sus características, permiten la no desvinculación del paciente de su medio, favoreciendo la implicación familiar y la re/incorporación social.

Los *pisos tutelados* son dispositivos residenciales y de convivencia que, a diferencia de las CT, se sitúan en edificios o zonas de viviendas normalizadas y se caracterizan por un régimen abierto. Su objetivo principal, además del tratamiento de la adicción, es facilitar la reintegración del sujeto a la sociedad, de una forma autónoma y normalizada. Son candidatos para este recurso aquellos pacientes cuyo entorno familiar y/o social dificultan de forma notable un adecuado tratamiento en su medio habitual.

Otros recursos de apoyo dentro de un nivel de intervención mínima, relacionados con los programas de reducción del daño, son: los centros de emergencia, las narcosalas y los recursos móviles de atención en núcleos de consumo.

Lecturas recomendadas

- Arias F, Barreiro C, Berdullas J, Iraurgi I, Llorente del Pozo JM, López A, et al. Los procesos de cambio en conductas adictivas. In: Becoña E, Cortés M, eds. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Sociodrogalcohol; 2011:65–80.
- Arias F, Barreiro C, Berdullas J, Iraurgi I, Llorente del Pozo JM, López A, et al. Patología médica asociada al consumo de drogas ilegales. In: Becoña E, Cortés M, eds. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Sociodrogalcohol; 2011:199–212.
- Arias F, Barreiro C, Berdullas J, Iraurgi I, Llorente del Pozo JM, López A, et al. Los niveles de atención sanitaria y la rehabilitación funcional en diferentes ámbitos de la dependencia. In: Becoña E, Cortés M, eds. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Sociodrogalcohol; 2011:213–228.
- Arias F, Castillo C, Fernández J, Roncero C, Rovira MA, Secades R. Definiciones operativas. In: Fernández JJ, ed. *Guía clínica: Opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol; 2008:13–40.
- Babín F.A. Epidemiología e impacto de las adicciones. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. *Manual de trastornos adictivos*, 2.ª ed. Madrid, Enfoque, 2011; pp. 53-60.
- Balcells M. Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*. 2001;13(supl.2):167–176.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Barcelona, Elsevier; 2014.
- Campollo O. Patología digestiva. In: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, eds. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana; 2006:384–387.
- Casas M, Bruguera E, Duro P, Pinet C. Conceptos básicos en los trastornos adictivos. In: Bobes J, Casas M, Gutiérrez, eds. *Manual de trastornos adictivos*. 2.ª ed. Madrid: Enfoque; 2011:15–23.
- Casete L, Climent B. Definiciones operativas. In: Terán A, ed. *Cocaína*. Valencia: Sociodrogalcohol; 2008:15–62.
- Climent B, Gago N, Llerena G, González V. Patología médica asociada al consumo perjudicial de alcohol. In: Pascual F, Guardia J, eds. *Monografía sobre el alcoholismo*. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2012:181–218.
- Crespo J, Martínez JM, Girón S. Trastornos debidos al consumo de drogas. In: Bobes J, ed. *Salud mental: enfermería psiquiátrica*. Madrid: Síntesis; 1994.
- Crespo Benítez J. Trastornos debidos al consumo de alcohol. In: Bobes J, ed. *Salud mental: enfermería psiquiátrica*. Madrid: Síntesis; 1994.
- Cruz A, Bouzas C, Cocheriro M, De Castro A, Quintela O, Bermejo A, et al. Drogas y teratogenia. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):245–262.
- De Granda JI, Roig F, Jiménez CA, Solano S. Patología respiratoria. In: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, eds. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana; 2006:391–394.
- Díaz EM, Casares MJ, Bascarán MT, García-Portilla P. Gravedad de la adicción. In: Bobes J, Casas M, Gutiérrez, eds. *Manual de trastornos adictivos*. 2.ª ed. Madrid: Enfoque; 2011:73–79.
- Fabra J, Ferri L, Soria N. Asistencia en conductas adictivas en atención primaria. *Enfermería Integral*. 2007;79:30–32.
- Forcada S. Enfermería desde una unidad de conductas adictivas. *Rev Esp Drogodep*. 2004;29(1-2):76–83.
- Franco MD, Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Sáiz PA, Pinet C. Aspectos generales del diagnóstico y del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicótropas. In: Santo-Domingo J, Jiménez-Arriero MA, eds. *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones*. Barcelona: Octubre 2003; 2003:13–56.
- García-Portilla MP, Bascarán M, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J, et al. Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas: alcohol y otras drogas. In: García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J, eds. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 6.ª ed. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias; 2011:23–56.
- Gil-Verona JA, Pastor JF, De Paz F, Barbosa M, Macías-Fernández JA, Maniega MA, et al. Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Rev Neurol*. 2003;36(4):361–365.
- González R, Fontela E, Pereiro C. Patología orgánica por drogas de síntesis. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):217–230.
- Guardia J. Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. In: Pascual F, Guardia J, eds. *Monografía sobre el alcoholismo*. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2012:219–294.
- Guardia J, Surkov S, Cardús M. Neurobiología de la adicción. In: Pereiro C, ed. *Manual de adicciones para médicos*

- especialistas en formación*. Madrid: delegación del gobierno del plan nacional sobre drogas; 2010:39–130.
- Guardiola JM. Afectación pulmonar de las drogas inhaladas. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):161–168.
- Herrera A, Betolaza E, Murúa F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones. El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastornos adictivos*. 2003;5(2):58–74.
- Jiménez-Arriero MA, Flórez G, Pascual F, Contell M. Definiciones operativas. In: Guardia J, ed. *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Valencia: Socidrogalcohol; 2007:21–48.
- Larger F. Actuación de enfermería en el proceso de recuperación de las drogodependencias. *Rev Esp Drogodep*. 2004;29(1y2):127–136.
- Lorenzo A, Castro A. Alcohol y sistema nervioso central. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):71–91.
- Marzoa R, Ferrer V, Crespo MR, Crespo MG. Cocaína y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):169–178.
- Molina J, Hernández D, Sanz E, Clar F. Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependencias. *Index Enferm*. 2012;21(4):214–218.
- Morano LE, Vázquez O. Patología orgánica en adicciones: otras infecciones asociadas al consumo de drogas. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):137–160.
- Munuera J, Roncero C, Casas C. Neuroimagen y drogas. In: Bobes J, Casas M, Gutiérrez, eds. *Manual de trastornos adictivos*. 2.ª ed. Madrid: Enfoque; 2011:61–72.
- Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uno de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012-2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
- Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas (EDADES) 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
- Otero F, Pino C, Sánchez C, Fontenia A. Afectación orgánica por consumo de cannabis. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):197–216.
- Parés A, Caballería J. Alcohol y aparato digestivo. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):51–70.
- Pedreira V, Sánchez I, Carrera I. Normalización de la atención sanitaria al drogodependiente. *Trastornos Adictivos*. 2011;13(4):129–134.
- Pereiro C, Díaz L, Martínez M, Costas M. Situación actual del consumo de drogas. In: Pereiro C, ed. *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid: delegación del gobierno del plan nacional sobre drogas; 2010:17–36.
- Pereiro C, Miguel D, Carrera I, Pérez-Bustamante P. La asistencia al enfermo drogodependiente en los sistemas de salud. In: Pereiro C, ed. *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid: delegación del gobierno del plan nacional sobre drogas; 2010:185–209.
- Pereiro C, Serrano M. Drogas y disfuncional sexual. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):231–244.
- Pineda-Ortiz J, Torrecilla-Sesma M. Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos adictivos*. 1999;1(1):13–21.
- Pinet MC. Tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Adicciones*. 2006;18(supl.1):21–32.
- Roda S, De Pedro B. Drogodependencias. In: Granada JM, ed. *Manual de enfermería psiquiátrica*. Barcelona: Glosa; 2009:49–91.
- Rodríguez-Yañez M, Sobrino T, Blanco M, Castillo J. Patología neurológica. In: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, eds. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana; 2006:388–390.
- Ruiz de Loizaga MP, López E, Lara A, Llorens R, Beltrán MA, Castellano M, et al. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en la intoxicación aguda de alcohol. In: Tomás S, Delicado A, Olcina J, Castellano M, eds. *Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con el alcohol*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2011:15–39.
- Sáiz PA, Paredes B, Jiménez L, Bobes J. Pruebas de laboratorio en los trastornos por uso de sustancias. In: Bobes J, Casas M, Gutiérrez, eds. *Manual de trastornos adictivos*. 2.ª ed. Madrid: Enfoque; 2011:95–103.
- Sales R. Los cuidados de enfermería en salud mental y en drogodependencias. *Rev Esp Drogodep*. 2004;29(1 y 2):5–8.
- Santesmases X, Tor J, Muga R. Evaluación del drogodependiente con patologías asociadas. In: Pérez de los

- Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, eds. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana; 2006:378–383.
- Tomás S, Delicado A. Proceso de asistencia en las unidades de conductas adictivas. In: Tomás S, Delicado A, eds. *Proceso de asistencia en las unidades de conductas adictivas*. Valencia, Generalitat: Conselleria de Sanitat; 2011:24–31.
- Torres MA, Climent B. Complicaciones neurológicas por cocaína. *Adicciones*. 2006;18(supl.1):179–197.

SECCIÓN 2.9

Urgencias psiquiátricas

Capítulo 20: Urgencias psiquiátricas e intervención en crisis

Capítulo 21: Comportamientos autolíticos

CAPÍTULO 20

Urgencias psiquiátricas e intervención en crisis

Alexandra Gualdrón Romero

Pilar Santos Abaunza

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 225

Generalidades de las urgencias psiquiátricas 225

Definición y conceptos básicos 225

Valoración de enfermería 226

Principales síndromes en urgencias psiquiátricas 227

Pacientes con ansiedad 227

Introducción 227

Plan de cuidados 227

Pacientes con conducta violenta 228

Introducción 228

Plan de cuidados 229

Pacientes con agitación psicomotriz 230

Introducción 230

Plan de cuidados 230

Intervención en crisis 232

Introducción 232

Plan de cuidados 232

Introducción

Las urgencias psiquiátricas han experimentado un incremento en los últimos años, en la mayoría de los países. Entre los factores que pueden estar contribuyendo a dicho incremento se encuentran la «psiquiatrización» de los problemas cotidianos de la vida, una disminución en la tolerancia de la población hacia la frustración y la ansiedad¹, la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, el aumento de la utilización de psicofármacos, la mayor accesibilidad a tratamientos psiquiátricos dentro del contexto de la sanidad pública, así como el uso-abuso de tóxicos por parte de los jóvenes, la inadecuada organización asistencial extrahospitalaria, la lista de espera, etc.²

La diversidad de las circunstancias que rodean al ser humano como la inseguridad, el entorno social y familiar, los conocimientos y el autoconcepto conforman un abanico de posibilidades que puede desencadenar un cuadro clínico psíquico de agitación con riesgo para su propia integridad y para quienes están a su alrededor. Asimismo, las nuevas demandas sociales hacen que se amplíe la diversificación y la especialización en las urgencias psiquiátricas. Los profesionales de la salud mental son requeridos para la intervención en desastres y catástrofes o para participar en programas de atención a las víctimas de la violencia³. Por ello, el extenso alcance de la psiquiatría de urgencias va más allá de la práctica psiquiátrica general hasta incluir problemas especializados tales como el maltrato infantil y de la pareja, la violencia en forma de suicidio, el homicidio y la violación; aspectos sociales como personas sin hogar, el envejecimiento, la competencia, etc⁴.

La atención en los servicios de urgencias constituye la principal fuente de ingresos psiquiátricos (60-70% de los mismos)².

La atención psiquiátrica de urgencia debe estar integrada dentro del ámbito asistencial de las urgencias medicoquirúrgicas. Quizá, dada la elevada frecuencia con que se asocian problemas somáticos y psiquiátricos en un mismo sujeto⁵. Muchas (5-30%) condiciones médicas se presentan con manifestaciones psiquiátricas⁴.

La complejidad de la urgencia psiquiátrica deriva de las múltiples variables que intervienen en la misma: el dramatismo, el lugar y el ambiente físico y psicológico, las dificultades de diagnóstico, el factor tiempo, la toma de decisiones y las expectativas del personal y de los pacientes⁵.

Una formación adecuada y permanente de los profesionales de la salud, el abordaje multidisciplinar y la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales son requisitos imprescindibles para la asistencia psiquiátrica de urgencias.

Generalidades de las urgencias psiquiátricas

Definición y conceptos básicos

Una urgencia psiquiátrica es cualquier perturbación en el pensamiento, sentimientos o acciones para las que se requiere una intervención terapéutica inmediata⁴.

Un porcentaje elevado de urgencias suele estar motivado por crisis reactivas a diferentes circunstancias: pérdidas, sobrecargas emocionales, factores psicofísicos o sociales (patologías de la inmigración y de las diferentes etnias)⁵.

Desde el punto de vista epidemiológico, en la actualidad, aparecen cada vez más problemas de personalidad, ansiedad y neurosis en general, desadaptaciones, toxicomanías, conductas suicidas, personas más jóvenes y con comorbilidad, con mayor intolerancia, lo que puede suponer el 30-40% de las urgencias⁵. Sin embargo, en los adultos suelen observarse más problemas depresivos, esquizofrenia y cuadros delirantes, agitaciones, agresividad, etc. En ambas franjas de edad existe con frecuencia alcoholismo. Las personas de la tercera edad presentan depresiones, intolerancia a los tratamientos, problemas sociales y abandonos⁵.

Toda urgencia psiquiátrica implica un riesgo vivencial para el paciente, por lo que es necesario un diagnóstico clínico y de situación rápido. Tras la urgencia debe planificarse el seguimiento asistencial, ambulatorio, en hospital de día o en régimen de ingreso⁵.

Respecto a las implicaciones ético-legales, el paciente puede acudir a urgencias de forma voluntaria o ser traído, involuntariamente, por la familia, amigos o policía. Se considera traslado e ingreso no voluntario urgente aquel que, según criterio médico, resulte necesario realizar de inmediato para la atención de un paciente afectado por un trastorno o enfermedad mental que altere su capacidad de discernimiento, no se encuentre en condiciones de otorgar su consentimiento o le produzca un efecto incapacitante⁶.

La intervención psiquiátrica en urgencias debe ser siempre puntual, inmediata y de duración suficiente⁵.

La evaluación de urgencia consta de historia, exploración psicopatológica y, cuando es necesario, examen físico sistemático y pruebas complementarias⁴. Si el paciente está en una situación que impide la recogida de una información coherente, será necesario recurrir a los acompañantes: familia, amigos o policía.

Debe adoptarse una actitud sincera y tranquila. Igualmente, es importante transmitir al paciente que controlamos la situación y que actuaremos para evitar posibles daños hacia sí mismo o hacia los demás

Valoración de enfermería

La valoración de enfermería de urgencia suele reflejarse en documentos abiertos donde consta el motivo de la urgencia, el nivel de riesgo y la intervención elegida⁷. Posteriormente, cuando la persona ha alcanzado más estabilidad en sus funciones, la valoración de urgencia podría ser enfocada como una valoración amplia y focalizada⁷. El propósito de la valoración de urgencia es identificar la situación, determinar rápidamente la naturaleza de la urgencia e intervenir inmediatamente.

En la primera fase de intervención, denominada triaje, se determinará si existe riesgo vital para el paciente o riesgo de violencia, garantizando su seguridad y la de las personas del entorno. Puede aplicarse el protocolo de recepción, acogida y clasificación (RAC), cuyos objetivos son: evitar la demora en la atención, garantizar una rápida valoración sanitaria, reducir los niveles de ansiedad, aumentar la información del paciente sobre su situación y garantizar una buena gestión de los recursos existentes⁸.

A través del triaje se establecen los siguientes niveles de priorización⁸:

- Nivel I: riesgo potencial elevado; requiere intervención inmediata.
- Nivel II: potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos; la espera no debe superar los treinta minutos.
- Nivel III: no hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; la espera no debe superar las dos horas.
- Nivel IV: no hay riesgo; la espera no es un factor de riesgo.

La evaluación inicial debe incluir las siguientes cuestiones⁴:

- ¿Está seguro el paciente? La seguridad física y emocional tiene prioridad sobre todas las demás cuestiones. Si las intervenciones verbales fracasan o no están indicadas, se considerará la contención farmacológica y la sujeción física.
- ¿Es un problema orgánico, funcional o coexisten ambos? Hay que contemplar todas las posibilidades etiológicas.
- ¿Está el paciente psicótico? Se debe estar al tanto de las complicaciones que puedan presentarse en pacientes cuyo sentido de la realidad está alterado y actuar en consecuencia.
- ¿Existe riesgo de autoagresividad o heteroagresividad? Deben tomarse en serio todas las actitudes, amenazas y pensamientos suicidas hasta que no se demuestre lo contrario. Estos pacientes requieren una observación intensiva. La violencia hacia otros, en el ámbito de la urgencia, suele ser consecuencia de una mala interpretación del paciente o de una reacción hacia los miembros del personal que se muestran insensibles o indiferentes. Es necesario preguntar siempre al enfermo por sus sentimientos autolíticos o violentos.
- ¿Puede el paciente cuidar de sí mismo? Este aspecto es muy importante, ya que la autonegligencia puede ser una razón de ingreso.

La valoración de enfermería debe realizarse desde una perspectiva holística e intercultural, aplicando los conocimientos, así como las habilidades y recursos propios de la profesión.

En la valoración de enfermería se describirán aquellos patrones con probabilidad de disfunción según la patología abordada, basándonos en la adaptación de Fornés y Carballal (2001) de los patrones funcionales de salud.⁷

Las áreas de valoración incluyen los siguientes aspectos⁷:

1. Descripción general:

Engloba las características físicas, higiene, vestido, expresión facial, contacto visual, habla, actividad motora, reacciones o comportamientos, y actitud del paciente frente a la entrevista (es o no abordable y grado de colaboración).

2. Evaluación física:

Las personas con trastornos mentales pueden presentar una comorbilidad médica.

Además, muchas alteraciones de la conducta están asociadas, con frecuencia, a una causa física. Por ello, es necesario detectar cualquier problema físico que suponga un riesgo para el paciente. Se valorarán los hábitos fisiológicos y las repercusiones somáticas (sueño, alimentación, etc.).

3. Evaluación de factores de riesgo:

Pretende determinar aquellos factores que pueden implicar una amenaza potencial inmediata para la persona.

- a. Riesgo suicida o de autolesiones.
- b. Riesgo de agresión o violencia.
- c. Riesgo de síndrome de abstinencia.
- d. Riesgo de reacciones alérgicas o adversas a fármacos.
- e. Riesgo de convulsiones.
- f. Riesgo de caídas o accidentes.
- g. Riesgo de fuga.

4. Evaluación sociocultural:

Incluye las siguientes variables: edad, raza y cultura, educación, ingresos, normas y creencias, así como las relaciones con los demás, presencia o ausencia de apoyo en su entorno.

5. Estado emocional:

Se centra en el estado de ánimo y el afecto del paciente. El estado de ánimo y humor son sinónimos entre sí. El estado de ánimo hace referencia a los sentimientos sostenidos y persistentes, experimentados y expresados de forma subjetiva. El afecto es la muestra emocional que hace la persona de su estado de ánimo. El afecto puede describirse como: adecuado, inadecuado, estable, lábil, elevado, deprimido, hiperactivo, embotado, aplanado.

6. Sensorio, percepción y cognición:

Recoge la valoración de las funciones mentales básicas.

- a. *Sensorio y cognición*: se valorará el funcionamiento cerebral, la inteligencia, la capacidad para la abstracción y el grado de introspección y juicio. Se evaluará:
 - Lucidez y nivel de conciencia (obnubilación, estupor, letargia, etc.).
 - Atención: disminución o incapacidad para fijar la atención, distraibilidad o exacerbación de la atención.

- Memoria: inmediata, reciente y remota.
- Orientación: en espacio, tiempo y persona.
- b. *Percepción*: las alteraciones de la percepción no son fáciles de explorar, por lo que, con frecuencia, es necesario apoyarse en otros elementos de la conducta simultáneos al fenómeno⁹. Entre ellas se encuentran las alucinaciones y las ilusiones. Debe describirse el sistema sensorial afectado (auditivo, visual, olfatorio o táctil) y el contenido de las alucinaciones.
- c. *Pensamiento y lenguaje*: la exploración del pensamiento se centra en el contenido (lo que la persona piensa sobre algo, como ideas, preocupaciones, obsesiones, delirios, etc.) y el curso (cómo la persona formula, organiza y expresa sus pensamientos). El lenguaje está estrechamente unido al pensamiento, pues es principalmente a través del lenguaje como las personas manifiestan lo que piensan o sienten¹⁰. Las alteraciones del lenguaje se identifican como trastornos morfológicos, trastornos del curso y del ritmo verbal, trastornos sintácticos y semánticos.

Principales síndromes en urgencias psiquiátricas

Pacientes con ansiedad

Introducción

Las manifestaciones de ansiedad en sus diversas formas son uno de los motivos más habituales de solicitud de visita urgente³.

La ansiedad es una sensación de aprensión difusa y desagradable que aparece ante situaciones de amenaza a la identidad y de agresión al yo. Suele acompañarse de síntomas autónomos (palpitaciones, opresión torácica, molestias gástricas, inquietud, etc.).

La ansiedad puede constituirse primariamente en el epicentro de un cuadro clínico que aparece como reacción a una situación (reacción neurótica de angustia) o expresión de un conflicto psicobiológico (trastorno de angustia). La ansiedad, en otras ocasiones, aflora de forma secundaria acompañando a otro trastorno específico subyacente (depresión, psicosis, enfermedades orgánicas, etc.)¹¹.

Es necesario descartar la presencia de patología orgánica, ya que algunas enfermedades potencialmente mortales, entre otras infartos de miocardio, arritmias cardíacas, insuficiencia pulmonar, abuso o abstinencia de sustancias o hipoglucemia pueden presentarse como una crisis de ansiedad aguda.

En un estudio clínico sobre urgencias psiquiátricas hospitalarias, el 15,6% de los pacientes acudió por síntomas de ansiedad, y el 25,8% fue diagnosticado de alguno de los trastornos de ansiedad de la décima edición de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)¹².

Trastorno de pánico (crisis de angustia)

Son episodios breves, de aparición súbita, con intensa ansiedad, alcanzando la máxima magnitud en pocos minutos y su duración no suele sobrepasar la media hora.

Aproximadamente, el 1,7% de la población adulta, entre 18 y 54 años, padece un trastorno de pánico en el período de un año¹². Las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecer un trastorno de pánico que los hombres¹². Por lo general, éste se inicia en adultos jóvenes (en el 50% antes de los 24 años)¹².

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son esenciales para evitar la cristalización del cuadro. Con frecuencia es preciso administrar ansiolíticos, y las benzodiazepinas, por vía oral, son los fármacos de elección³. Es importante crear un entorno de confianza y tranquilidad, así como explicar al paciente lo que le está ocurriendo¹².

Plan de cuidados

Valoración-patrones disfuncionales de salud

- *Patrón de percepción y control de la salud*: la actitud hacia la enfermedad puede ser de aceptación, rechazo o sobrevaloración¹³. La persona se muestra preocupada, asustada y, en ocasiones, puede experimentar sensación de muerte inminente. Debe contemplarse el posible consumo de alcohol u otros tóxicos.
- *Patrón nutricional-metabólico*: náuseas, sequedad de boca u oleadas de frío o calor.
- *Patrón de eliminación*: poliuria con sensación de urgencia. Molestias abdominales. Diaforesis.
- *Patrón de actividad y ejercicio*: expresión facial de temor o enfado, escaso contacto visual. En ocasiones, aumento de la intensidad y volumen del habla. Temblor o sacudidas, inquietud o agitación, sensación de inestabilidad o desvanecimiento. Palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, sensación de ahogo, disnea. Parestesias.
- *Patrón de sueño y descanso*: insomnio y pesadillas.
- *Patrón cognitivo y perceptual*: despersonalización, desrealización, hipervigilancia, déficit de atención y concentración.
- *Patrón de autopercepción y autoconcepto*: pensamientos distorsionados o irreales. Vivencias de amenaza. Inseguridad. Irritabilidad. Autoevaluación negativa.
- *Patrón de adaptación y tolerancia al estrés*: ansiedad temporal o generalizada. Temor a perder el control o «volverse loco». Desesperanza. Respuestas y estrategias de adaptación ineficaces.

Diagnósticos de Enfermería (DE)¹⁴

Temor (00148)

Factores relacionados:

Miedo a perder el control o «volverse loco», sensación de muerte inminente, interpretaciones negativas de los acontecimientos (ideas irracionales), otros.

Manifestaciones:

Expresiones de preocupación o pánico, temblor, inquietud, taquicardia, otras.

Resultados de Enfermería (NOC)¹⁴

- Nivel de miedo (1210).
- Autocontrol del miedo (1404).

Intervenciones de Enfermería (NIC)¹⁴

Presencia (5340)

Actividades:

- Mostrar una actitud de aceptación.
- Comunicar, verbalmente, comprensión por la experiencia que está pasando el

paciente. Ser sensible con sus tradiciones y creencias.

- Establecer una relación de confianza y positiva.
- Escuchar las preocupaciones del paciente. Permanecer en silencio, si procede.
- Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.
- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda. Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.
- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.

Otras intervenciones

Terapia de relajación (6040), apoyo emocional (5270), potenciación de la autoestima (5400)¹⁴

Problemas de colaboración (PC)/Complicaciones potenciales (CP)

- *Ansiedad* secundaria a trastorno de ansiedad u otros trastornos.
- *Riesgo de suicidio* secundario a trastorno de ansiedad u otros trastornos.
- *Riesgo de violencia dirigida a otros* secundario a trastorno de ansiedad u otros trastornos.
- *Agitación psicomotriz* secundaria a trastorno de ansiedad u otros trastornos.

Objetivos

- Detectar signos y síntomas de inestabilidad, en el plano somático (palpitaciones, taquicardia, sensación de ahogo, mareo, etc.), y en el plano psíquico (nerviosismo, inquietud, etc.).
- Prevenir complicaciones.

Intervenciones

Disminución de la ansiedad (5820)¹⁴

Actividades:

- Identificar la presencia de signos y síntomas de ansiedad.
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Reducir o eliminar estímulos ambientales.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Proporcionar información objetiva.
- Favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Instruir sobre el uso de técnicas de relajación: respiración diafragmática.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

Otras intervenciones

Administración de medicación (2300)¹. Prevención del suicidio (6340)¹⁴ (v. Intervención en crisis)

Pacientes con conducta violenta

Introducción

La violencia es la agresión física causada por una persona a otra. Cuando está dirigida hacia uno mismo, estamos ante actos suicidas o de automutilación⁴.

Las situaciones de violencia pueden deberse a las siguientes causas:

- Presencia de un trastorno psiquiátrico: manía, esquizofrenia (especialmente, si el paciente está paranoide o tiene alucinaciones de tipo imperativo), cuadro de abstinencia (alcohol u otras drogas), excitación catatónica, depresión agitada o trastornos de personalidad (trastorno antisocial, trastorno límite).
- Presencia de un trastorno neurológico u otros trastornos orgánicos.
- Presencia de trastornos situacionales (violencia doméstica, abuso en la infancia, desajuste social, catástrofes, etc.).

La violencia es un motivo frecuente de demanda de consulta urgente.

Los factores de riesgo de conducta violenta son: sexo masculino, edad entre 15-24 años, pobreza, bajo nivel educativo, bajo nivel laboral, falta de raíces, antecedentes de conductas antisociales, escaso control de impulsos, antecedentes de intentos suicidas y existencia de agentes estresores recientes⁴. El mejor predictor de conducta violenta es la existencia de comportamientos previos de violencia⁴.

Es necesario actuar con rapidez para evitar la escalada de la violencia. El abordaje terapéutico incluye medidas de seguridad, contención verbal, sujeción mecánica y contención farmacológica (sedación). El tratamiento farmacológico dependerá del diagnóstico específico. Para la sedación suelen utilizarse antipsicóticos y benzodiazepinas⁴. En la actualidad, los antipsicóticos atípicos en combinación o no con benzodiazepinas deben ser considerados como tratamiento de primera línea¹⁵.

Plan de cuidados

Valoración-patrones disfuncionales de salud

- *Patrón de percepción y control de la salud*: comportamiento desorganizado, de oposición o desafiante. Debe contemplarse el consumo de alcohol u otras sustancias, la actitud y comportamiento frente a la posible existencia enfermedades orgánicas, psiquiátricas, lesiones o episodios anteriores de violencia.
- *Patrón de actividad y ejercicio*: expresión desafiante, de temor o enfado.

Gesticulación. Aumento de la velocidad del habla y tono de voz elevado (vocífera). Puños apretados, tensión muscular, deambulación constante, inquietud o agitación psicomotora. Es conveniente determinar las posibles actividades que ayudan al paciente a canalizar la tensión interna (caminar, etc.).

- *Patrón cognitivo y perceptual*: en los cuadros de violencia de origen orgánico se pueden observar alteraciones de conciencia y de la atención, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, alucinaciones visuales, delirios (ocupacionales, de perjuicio). Las posibles manifestaciones en los cuadros de violencia de etiología psiquiátrica son: ausencia de alteraciones de conciencia, despersonalización, alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideas delirantes de perjuicio o megalomaníacas, tono de voz elevado, verborrea, fuga de ideas, disgregación y también deterioro del juicio.
- *Patrón de autopercepción y autoconcepto*: la persona puede presentar disforia, euforia, irritabilidad, impotencia, hostilidad o agresividad. Pobre control de impulsos y baja tolerancia a la frustración. Autoconcepto alterado. La presencia de antecedentes de conductas violentas es un predictor de riesgo de violencia.
- *Patrón de adaptación y tolerancia al estrés*: ansiedad, estrategias de autocontrol ineficaces.
- *Patrón de valores y creencias*: fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, falta de remordimientos (trastorno antisocial de personalidad).

Diagnósticos de enfermería (DE)¹⁴

Afrontamiento ineficaz (00069)

Factores relacionados:

Impulsividad, enfado, percepción de amenaza, otros.

Manifestaciones:

Expresiones conductuales de violencia (inquietud o agitación motora, tono de voz elevado, comportamiento de oposición, etc.), amenazas verbales, otras.

Resultados de enfermería (NOC)¹⁴

Autocontrol de los impulsos (1405)

Intervenciones de enfermería (NIC)¹⁴

Ayuda para el control del enfado (4640)

Actividades:

- Establecer una relación de confianza con el paciente. Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. Establecer límites en términos positivos.

- Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.
- Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste para evitar daños físicos.
- Proporcionar seguridad al paciente sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que pierda el control.
- Establecer controles externos (descansos, aislamiento, contención verbal).
- Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado y establecer la expectativa de que puede controlar su comportamiento.
- Adoptar medidas que proporcionen calma (respiraciones profundas, etc.).

Problemas de colaboración (PC)/Complicaciones potenciales (CP)

- *Violencia* secundaria a trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos situacionales, etc.
- *Agitación psicomotriz* secundaria a trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos situacionales, etc.

Objetivos

- Detectar manifestaciones clínicas.
- Prevenir complicaciones.

Intervenciones

Manejo ambiental: seguridad (6486)¹⁴

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible, para minimizar los riesgos.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.

Potenciación de la seguridad (5380)¹⁴

Actividades:

- Proteger la propia integridad y la de las demás personas del entorno.
- Disponer un ambiente no amenazador, seguro (evitar exceso de estímulos; espacio amplio libre de objetos potencialmente peligrosos, no traspasar el espacio personal del paciente; contar con personal suficiente y entrenado; no confrontarse con el enfermo; si tiene armas debe avisarse al personal de

seguridad).

- Mostrar calma. Dirigirse al paciente utilizando un tono de voz bajo, adoptando una actitud segura y de firmeza. Transmitir interés por su problema y ofrecerle ayuda.
- Permanecer junto al paciente para fomentar su seguridad.
- Informar sobre los procedimientos que se van a realizar. Presentar los cambios de forma gradual, informando sobre los mismos con antelación.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.

Otras intervenciones

Administración de medicación (2300)¹⁴. Sujeción física (6380)¹⁴ (ver pacientes con agitación psicomotriz)

Pacientes con agitación psicomotriz

Introducción

La agitación psicomotriz es un estado de inquietud y exaltación motora compuesto de movimientos automáticos o intencionales, pero que, en general, carecen de un objetivo estable común³. Se acompaña de un estado afectivo de ansiedad, pánico o euforia. Puede haber desinhibición verbal y falta de conexión ideativa³. La agitación, generalmente, es de inicio brusco y suele preceder a la violencia⁴.

La agitación es un síndrome que puede deberse a patología orgánica (tóxica, metabólica o neurológica), patología psiquiátrica (psicótica y no psicótica), patología dual (coexistencia de trastornos psiquiátricos y abuso-dependencia de drogas) o trastornos situacionales (situaciones catastróficas o desconexión sensorial).

El paciente agitado provoca una situación estresante, complicada y muchas veces impredecible, precisando muchos de ellos intervenciones restrictivas. La contención mecánica es una intervención terapéutica mediante la cual se aplican dispositivos que restringen los movimientos y la libertad de la persona. Las alternativas a la sujeción física suponen medidas de gran utilidad, como prevención de una crisis de agitación o para la desactivación en lo posible de la misma; estas alternativas son: la contención verbal, el aislamiento y la contención farmacológica.

Distinguir entre causas orgánicas y psicológicas tiene implicaciones para el consiguiente tratamiento y para la evolución⁴. Los antipsicóticos están indicados en las agitaciones psicóticas y orgánicas, pero en éstas es necesario tratar la causa específica³. Las benzodiazepinas se utilizan en los casos en los que no hay sintomatología psicótica ni problemas respiratorios y, en cambio, predominan las manifestaciones ansiosas de miedo, pánico, etc.³.

Plan de cuidados

Valoración-Patrones disfuncionales de salud

- *Patrón de percepción y mantenimiento de la salud*: conducta de no colaboración. Consumo de alcohol u otras sustancias. No seguimiento pautas terapéuticas (abandono tratamientos psiquiátricos).
- *Patrón de actividad y ejercicio*: expresión facial tensa, inquietud, agitación.
- *Patrón cognitivo y perceptivo*: pueden observarse ideas delirantes (de perjuicio o megalomaníacas), alucinaciones, verborrea, tono de voz elevado, disgregación.
- *Patrón de autopercepción y autoconcepto*: las alteraciones de este patrón incluyen disforia, irritabilidad, hostilidad, agresividad.
- *Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés*: la persona muestra un estado de tensión, falta de autocontrol y estrategias de afrontamiento ineficaces.

Diagnósticos de enfermería (DE)¹⁴

Temor (00148)

Factores relacionados:

Sentimientos de amenaza, interpretación incorrecta de los estímulos internos y externos, consumo de sustancias tóxicas; otros.

Manifestaciones:

Hipervigilancia, inquietud, agitación, hostilidad, agresividad, verborrea y tono de voz elevado; otros.

Resultados de enfermería (NOC)¹⁴

Nivel de miedo (1210)

Intervenciones de enfermería (NIC)¹⁴

Presencia (5340) (v. Pacientes con ansiedad)

Problemas de colaboración (PC)/Complicaciones potenciales (CP)

- *Violencia dirigida a otros*, secundaria a trastornos psicóticos o situacionales.
- *Riesgo de suicidio* secundario a trastornos psicóticos o situacionales.
- *Alteración de los procesos* del pensamiento secundario a trastornos psicóticos.
- *Alteraciones sensorio-perceptivas* secundarias a trastornos psicóticos.

Objetivos

- Detectar manifestaciones clínicas.
- Prevenir complicaciones.

Intervenciones

Contención verbal

Pautas para mantener la seguridad del profesional, del paciente y de los que les rodean:

- Antes de hablar con el paciente se debe recabar información suficiente sobre sus antecedentes y situación clínica.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos) y de su lado no dominante (usualmente, el lado en que lleva reloj).
- Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible, hablar en un despacho que facilite la intimidad, pero cerca de la puerta y con ella abierta o entreabierta. No debe haber obstáculos para salir del despacho, ni para acceder al paciente. Es recomendable usar una mesa interpuesta entre ambos para aumentar la seguridad.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible.
- Invitar a otras personas, especialmente si irritan al paciente, a abandonar el despacho, pero no quedarse solo con él.
- Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire, etc.
- Evitar las interrupciones: llamadas de teléfono, dudas administrativas, etc.

Pautas de actuación no verbales:

- Los gestos no han de ser amenazantes ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud debe ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo; sin embargo, evitarlas se puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que el enfermo y el profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

Directrices comunicacionales:

- Escuchar con calma al paciente, no interrumpirle. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfado.
- Hablar con él en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria ni provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la institución y del personal deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que «debería» y «no debería» hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas o razones, sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.

Ante el riesgo de violencia inminente:

- Comunicar al paciente que la violencia no es aceptable, proponiéndole la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.
- Ofrecerle, opcionalmente, tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Informarlo de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere, en cuyo caso se recomienda hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal dispuesto a poner en práctica la sujeción).

Contención farmacológica

Se usa cuando la contención verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo.

La decisión de iniciar la contención farmacológica deberá ser tomada siempre por el médico responsable. Si en el momento de decidir, y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el profesional de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento teniendo en cuenta las órdenes médicas, debiendo comunicárselo al facultativo con la menor demora posible.

Aislamiento

Es una medida alternativa a la contención mecánica con el fin de corregir o controlar determinadas conductas, durante un tiempo muy limitado. Supone el confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector, calmado y con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad, facilitando las posibles demandas del paciente.

Sujeción física (6580)¹⁴

Actividades:

- Obtener la orden médica para aplicar una intervención de sujeción física o para disminuir su uso.
- Proporcionar al paciente un ambiente íntimo, aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de su dignidad no pueda verse disminuido por el uso de sujeción física.
- Asignar el personal suficiente. El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, si bien lo óptimo sería cinco, en cuyo caso cada una sujetaría una extremidad y la quinta sujetaría la cabeza del paciente, dirigiendo el proceso y comunicándose con él durante el mismo.
- Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y a sus acompañantes en términos comprensibles y no punitivos.
- Observar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Fijar las sujeciones fuera de su alcance.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para monitorizar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
- Proporcionarle bienestar psicológico.

- Administrar medicamentos, si los demanda, para la ansiedad o agitación.
- Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.
- Vigilar frecuentemente el color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
- Proporcionar movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.
- Colocarlo en una posición que facilite la comodidad y que evite la aspiración y erosiones en la piel.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, evacuación, hidratación e higiene personal.
- Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.
- Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si las sujeciones son en cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol.
- Vigilar la respuesta del paciente a la retirada de la sujeción.
- Estudiar con el paciente y el personal, cuando cese la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a la aplicación de la intervención, así como cualquier preocupación del paciente sobre la propia intervención.
- Aplicar el siguiente nivel adecuado de acción restrictiva (restricción de área o aislamiento), si es necesario.
- Documentar la justificación para usar la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la misma, su estado físico, los cuidados de enfermería proporcionados durante la intervención y las razones de su cese.

Otras intervenciones

Prevención del suicidio (6340)¹⁴ (v. Intervención en crisis). Administración de medicación (2300)¹⁴. Manejo de las ideas delirantes (6450)¹⁴. Manejo de las alucinaciones (6510)¹⁴

Intervención en crisis

Introducción

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas¹⁶.

Existen dos tipos de crisis: de maduración o evolutivas y situacionales (tabla 20-1). Las crisis de maduración o evolutivas se originan en el paso de una etapa de la evolución hacia la siguiente. Las situacionales son consecuencia de causa o accidentes externos¹⁷.

Tabla 20-1

Tipos de crisis

Crisis de maduración o evolutivas	Crisis situacionales
• Infancia • Adolescencia • Adultez • Ancianidad	• Conflictos familiares (violencia, otros) • Cambios continuos (domicilio, trabajo) • Cambios repentinos de roles • Embarazos no deseados • Enfermedades propias o de personas allegadas • Pérdida de seres queridos • Hospitalización • Accidentes • Catástrofes naturales • Ataques terroristas

Las crisis tienen una duración limitada en tiempo (1-6 semanas).

Según Slaikeu, la intervención en crisis es «un método de ayuda dirigido a auxiliar a las víctimas de un suceso traumático para que puedan afrontarlo, de tal forma que se reduzca la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno físico, psicológico o emocional, ya sea en el momento del suceso o posterior al mismo»¹⁶. El objetivo de la intervención en crisis es ayudar a la víctima a recuperar su nivel de funcionamiento previo a ella, disminuyendo el riesgo de muerte, motivando a las personas a buscar nuevos recursos y movilizandolos existentes para afrontar su futuro inmediato.

La resolución final dependerá de la gravedad del suceso, los recursos personales y los apoyos sociales de que se dispongan¹⁶. La no resolución de la crisis puede dar lugar al trastorno por estrés postraumático.

Los cinco componentes de la intervención en crisis se recogen en el cuadro 20-1.

Cuadro 20-1 Componentes de la intervención en crisis

Componentes de la intervención en crisis:

1. Establecer el contacto psicológico: es la fase de empatía o «sintonización» con los sentimientos de la persona en crisis.
2. Analizar las dimensiones del problema

3. Explorar las posibles soluciones
4. Asistir en la ejecución de pasos concretos
5. Seguimiento para verificar el progreso

Plan de cuidados

Valoración-Patrones disfuncionales de salud

- *Patrón de percepción y mantenimiento de la salud*: la persona se muestra preocupada por su situación. Quejas somáticas (dolor de espalda, cefaleas, etc.). Puede haber consumo de tóxicos.
- *Patrón nutricional-metabólico*: la ingesta puede estar aumentada o disminuida.
- *Patrón de eliminación*: diarrea o estreñimiento, poliuria o sensación de urgencia. Diaforesis.
- *Patrón de actividad y ejercicio*: expresión tensa, escaso contacto visual, inhibición motora, inquietud o agitación psicomotriz. Cambios notables en las actividades físicas, intelectuales y sociales. Taquicardia, palpitaciones.
- *Patrón de sueño y descanso*: insomnio, pesadillas.
- *Patrón cognitivo y perceptivo*: fallos de memoria, alteraciones de la atención.
- *Patrón de autopercepción y autoconcepto*: impotencia, apatía, sentimientos de culpa, ira, miedo, labilidad afectiva, llanto, tristeza, pensamientos suicidas.
- *Patrón de rol y relaciones*: aislamiento social, problemas académicos o laborales.
- *Patrón de sexualidad y reproducción*: disminución de la libido.
- *Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés*: ansiedad, fracaso de las estrategias de afrontamiento.
- *Patrón de valores y creencias*: los valores y creencias pueden contribuir a generar más estrés.

Diagnósticos enfermeros¹⁴

Ansiedad (00146)

Factores relacionados:

Cambio o amenaza en el entorno, fracaso en las estrategias de afrontamiento, pérdidas, otros.

Manifestaciones:

Preocupación, inquietud, agitación, llanto, sudoración, taquicardia, etc.

Intervenciones de enfermería (NIC)¹⁴

Intervención en caso de crisis (6160)

Actividades:

- Proporcionar un refugio seguro y de apoyo.

- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas.
- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.
- Evitar dar falsas esperanzas.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.
- Ayudar en la identificación de habilidades pasadas/presentes para afrontar la crisis y su eficacia.
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles.
- Relacionar al paciente y a la familia con los recursos de la comunidad, si es necesario.

Problemas de colaboración (PC)/Complicaciones potenciales (CP)

- *Riesgo de suicidio* secundario a acontecimiento traumático.
- *Estrés postraumático* secundario a acontecimiento traumático.

Objetivos

- Detectar manifestaciones.
- Prevenir complicaciones.

Intervenciones

Prevención del suicidio (6340)¹⁴

Actividades:

- Establecer una relación de confianza. Adoptar una actitud empática y respetuosa.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Transmitir a la persona que cuenta con nuestro apoyo emocional.
- Explorar la presencia de ideas de muerte, y la existencia de ideas o intentos de suicidio previos. Obtener esta información de forma objetiva.
- Hablar de forma directa sobre el suicidio, sin emitir juicios o bromear sobre el mismo. Es falso que hablar sobre el suicidio puede inducir a realizarlo.
- Identificar factores de riesgo. Determinar el potencial suicida.
- No dejar solo al paciente. Colocarlo en el entorno menos restrictivo posible que permita el nivel necesario de observación. Retirar objetos peligrosos.
- Evitar actitudes automáticas (de reproche o moralistas).
- Aconsejar al enfermo que cuando se sienta ansioso o abrumado contacte con los profesionales en busca de ayuda.
- Identificar recursos de apoyo.

Disminución de la ansiedad (5820)¹⁴ (v. Pacientes con ansiedad) (tabla 20-2)

Tabla 20-2

Principales diagnósticos de enfermería (DE), problemas de colaboración (PC) e intervenciones de enfermería en los síndromes de urgencias psiquiátricas e intervención en crisis

Síndrome	Diagnósticos de enfermería	Intervenciones de enfermería	Problemas de colaboración	Intervenciones de enfermería
Ansiedad	Temor (001489)	Presencia (5340) Otras: Terapia de relajación (6040) Apoyo emocional (5270) Potenciación de la autoestima (5400)	Ansiedad Riesgo de suicidio Riesgo de violencia dirigida a otros Agitación psicomotriz	Disminución de la ansiedad (5820) Otras: Administración de la medicación (2300) Prevención del suicidio (6340)
Conducta violenta	Afrontamiento ineficaz (00069)	Ayuda para el control del enfado (4640)	Violencia Agitación psicomotriz	Manejo ambiental: seguridad (6486) Potenciación de la seguridad (5380) Otras: Administración de medicación (2300) Sujeción física (6380)
Agitación psicomotriz	Temor (001489)	Presencia (5340) Apoyo emocional (5270)	Violencia dirigida a otros Riesgo de suicidio Alteración de los procesos del pensamiento Alteraciones sensorio-perceptivas	Contención verbal Contención farmacológica Aislamiento Sujeción física (6580) Otras: Prevención del suicidio (6340) Administración de medicación (2300) Manejo de las ideas delirantes (6450) Manejo de las alucinaciones (6510)
Crisis	Ansiedad (00146)	Intervención en caso de crisis (6160)	Riesgo de suicidio Estrés posttraumático	Prevención del suicidio (6340) Disminución de la ansiedad (5820)

Aspectos fundamentales de la urgencia psiquiátrica

Los requisitos de toda situación de urgencia son⁴:

- Atmósfera de seguridad para el paciente y las personas del entorno.
 - Personal suficiente y multidisciplinar.
 - Comunicar el comportamiento esperado. Tanto los profesionales como el paciente y los acompañantes tienen que tener claro, desde el primer momento, el comportamiento que se espera de ellos. La violencia no debe ser tolerada.
 - La seguridad se maneja mejor por el personal sanitario, como un problema clínico, que por el personal de seguridad del centro.
 - Aislamiento, si es posible, de las personas agitadas y amenazadoras que requiere una observación intensiva por parte de los profesionales.
- Comprensión de la conducta del usuario, minimizando, así, la posibilidad de malentendidos y los problemas consiguientes.

Bibliografía

1. Díez-Manrique JF. y cols. *La urgencia psiquiátrica*. *Rev. Psiquiatría Psicol Med Europa América Latina*. 1980;XIV(7):133–151.
2. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. *Manual de urgencias psiquiátricas*. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
3. Bulbena A, Martín LM. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo J. dir. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006; 799-812.
4. Kaplan H-I, Sadock BJ. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996.
5. Chinchilla A, Gómez MR, García M, Álvarez T, Martínez R. Conceptos y peculiaridades de las urgencias psiquiátricas. In: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M, eds. *Manual de urgencias psiquiátricas*. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010:3–16.
6. Pérez M, Puga AB, Somoza J. Aspectos médico-legales en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias. *Cad Aten Primaria* [Internet]. 2012 [consultado 30 Mar 2014]; 19:87-91. Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_1/ABCDE_2_vol1
7. Fornés J, Carballal MC. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2001.
8. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [sede Web]. España: SEEUE; 1999 [acceso 1 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/RAC.1>
9. Gastó C. Psicopatología de la percepción. En: Vallejo J. dir. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006; p. 173-85.
10. Pifarré J. Trastornos del pensamiento y del lenguaje. En: Vallejo J. dir. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006; p. 187-97.
11. Vallejo J. Trastornos de angustia. En: Vallejo J. dir. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006; p. 373-87.
12. Vega M, Jiménez L. Trastornos de ansiedad. In: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M, eds. *Manual de urgencias psiquiátricas*. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010:393–408.
13. Fornés J. Plan de cuidados para la persona con ansiedad-estrés. En: Fornés J. dir. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y planes de cuidados*. 2.ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2012; p. 129-44.
14. Universidad de Cantabria (2012-2014). NANDA NOC NIC International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications. Universidad de

- Cantabria [Internet]. [Consultado 13 de abr 2014]. Disponible en:
<https://vpnuc.unican.es/DanaInfo=www.nnnconsult.com+nanda>
15. Correas J, Villoria L. El paciente agitado o violento. In: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M, eds. *Manual urgencias psiquiátricas*. 2.^a ed. Barcelona: Isevier Masson; 2010:151–163.
 16. Slaikeu KA. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Vol. 13. Ed. México: Editorial Manual Moderno. 2011.
 17. Ugalde M, Garriga X. El proceso de cambio y crisis. En: *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2.^a ed. Barcelona: Masson. 2004; p.117-22.

CAPÍTULO 21

Comportamientos autolíticos

José Antonio de la Torre Brasas

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Comportamiento autolítico 235

La magnitud del problema (epidemiología) 235

Definición y conceptos relacionados 236

Aspectos éticos 237

Los mitos del suicidio 237

Factores asociados al riesgo de suicidio 238

Factores de riesgo individuales 238

Trastornos mentales 238

Factores psicológicos 239

Ideación suicida e intentos previos 239

Edad 239

Sexo 239

Enfermedad física/discapacidad 239

Factores de riesgo

familiares/socioambientales 240

Familiares. Historia familiar de suicidio 240

Eventos vitales estresantes 240

Factores sociofamiliares y ambientales 240

Otros factores de riesgo 240

Factores protectores 240

Evaluación del riesgo suicida 240

Cuidados de enfermería para el paciente con riesgo de suicidio 241

Valoración de enfermería por patrones
funcionales 241

Diagnósticos enfermeros relacionados 243

Plan de cuidados de enfermería 243

Actividades generales comunes a todos los
pacientes con riesgo 243

Actividades encaminadas a controlar la conducta
autolítica 244

Establecer una relación terapéutica adaptada a
las necesidades del paciente 244

Actividades encaminadas a mejorar en el paciente
el afrontamiento de situaciones conflictivas 244

Planificación al alta del paciente 244

Comportamiento autolítico

La magnitud del problema (epidemiología)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como uno de los problemas de salud pública más importantes; no en vano representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. El suicidio provoca casi la mitad del total de muertes violentas del mundo, lo que traducido a cifras representa aproximadamente un millón de víctimas al año. A la magnitud cuantitativa del comportamiento autolítico debemos añadir el que los suicidios o el comportamiento autolítico provocan un impacto muy importante a nivel personal, social y económico sobre la familia y la comunidad.

El suicidio es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos siendo el 1% de los ingresos en los servicios de urgencias de los hospitales generales por este motivo. De estos ingresos el 5% requerirán el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, mientras que el 2% morirá tras la tentativa.

En lo referente a la morbilidad en los pacientes que realizan intentos de suicidio, más de la mitad lo repiten, dato que nos da una idea de la elevada morbilidad. En cuanto a la mortalidad, el 10% de los pacientes mueren por suicidio dentro de los 10 años siguientes a su primer intento.

Si los datos a los que nos hemos referido mantienen la tendencia actual, la OMS estima que en el año 2020, aproximadamente, 1,53 millones de personas consumarán un suicidio, lo que vendría a representar un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos.

En lo que se refiere a la diferencia entre grupos de edad y sexo, a modo de resumen y puesto que más adelante, al referirnos a los factores de riesgo, volveremos sobre el tema, podemos afirmar que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres, con una proporción de 4:1; sin embargo, el suicidio consumado es superior en hombres que en mujeres en un 2-3:1; expresado de otra forma, las mujeres hacen más intentos, pero son los hombres quienes más lo consuman. De esto también hablaremos más adelante.

Respecto a la edad, y de forma global, podemos afirmar que el suicidio aumenta con la edad alcanzado su pico más alto en los hombres a los 75 años, mientras que en las mujeres el pico de máxima incidencia se sitúa en torno a los 65-75 años.

Definición y conceptos relacionados

Cuando nos referimos al suicidio estamos hablando de un concepto polisémico; dicho de otra forma, hablamos de un concepto que da nombre a diferentes categorías de comportamientos definidos de distinta forma, a veces sólo con pequeñas diferencias de matiz.

Desde el momento en que surge en el individuo un deseo vago de morir hasta el suicidio consumado hay todo un espectro de conductas suicidas (fig. 21-1), que van desde el plano del pensamiento al de la acción y abarcan diferentes conceptos como: representación suicida, idea suicida, amenaza suicida, gesto suicida, intento o tentativa suicida, suicidio.

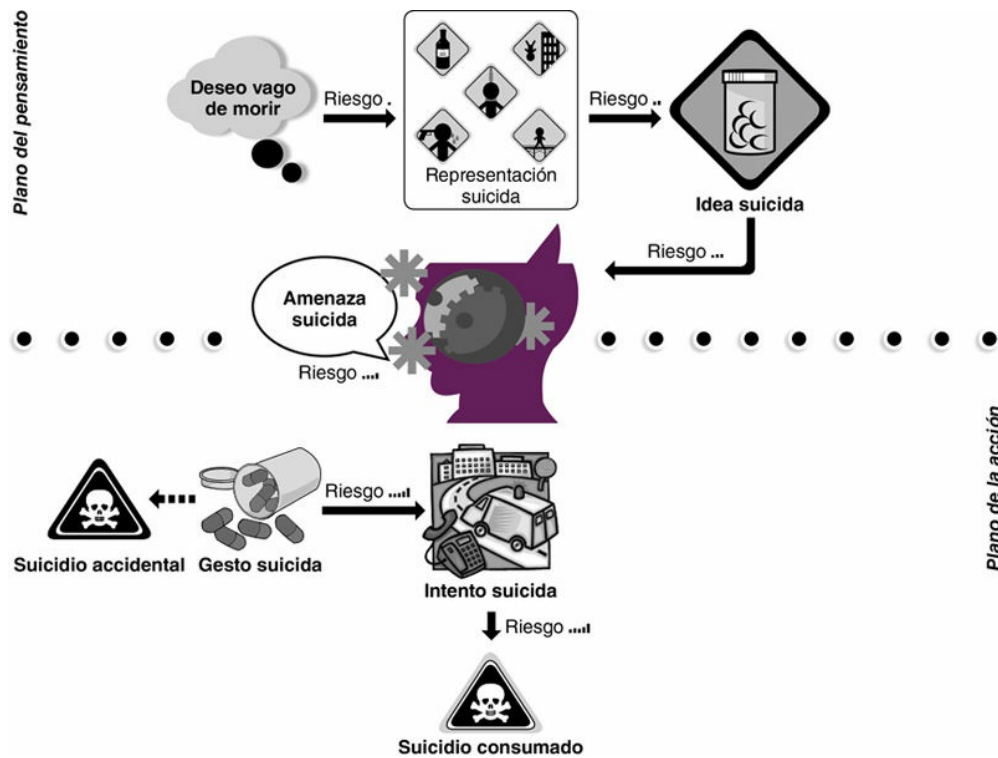


FIGURA 21-1 Conductas suicidas.

Como veremos al hablar de riesgo suicida, no es el mismo cuando el individuo se mueve en el ámbito del pensamiento a cuando ya ha pasado al de la acción; pero dentro de estos dos planos también nos moveremos en distintos niveles de riesgo.

Definamos, por tanto, algunos de estos conceptos:

- *Deseo de morir*: es la representación de la inconformidad y la insatisfacción del individuo con su forma de vida en el momento actual y se verbaliza con expresiones del tipo «no merece la pena vivir», «es mejor estar muerto que vivir así», etc. Son expresiones de carácter vago, pero constituyen el primer paso dentro del espectro suicida.
- *Representación suicida*: en este nivel nos referimos más a sentimientos vagos de muerte que a imágenes mentales del suicidio del propio individuo; estas representaciones pueden verbalizarse o no por parte del sujeto.
- *Idea de suicidio (ideación suicida)*: son pensamientos cuyo contenido implica terminar con la propia existencia. Las ideas suicidas, a su vez, abarcan un

espectro que va desde la idea suicida sin método específico, en la cual el individuo tiene deseos de matarse, pero no sabe ni cómo, ni cuándo, ni dónde lo llevará a cabo, a la idea suicida con método y plan, en la cual la persona con deseo de morir ya ha elegido un método determinado, habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.

- *Amenaza suicida*: cuando el individuo insinúa o afirma verbalmente sus intenciones suicidas. La amenaza suicida debe considerarse como una petición de ayuda y como tal se dirige generalmente a personas estrechamente vinculadas al sujeto, que harán lo posible por impedirlo.
- *Gesto suicida*: es el ademán de realizar un acto suicida. Incluye el acto, que por lo general no supone lesiones para el individuo, lo cual no significa que no deba considerarse seriamente.
- *Intento/tentativa suicida*: es el acto en el cual el individuo intenta la autoeliminación, pero sin resultado de muerte. Expresado de otra forma, «el individuo quiere... pero falla». De hecho, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, el acto hubiese terminado en muerte.
- *Suicidio*: la Clasificación estadística internacional de enfermedades, en su 10.^a revisión (CIE-10, OPS, 1996), define el suicidio como¹ «acto con resultado letal, deliberadamente iniciado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social».

Aspectos éticos

Cuando nos enfrentamos al suicidio, uno de los aspectos éticos que más debemos tomar en consideración es el relativo a la confidencialidad, es decir, el derecho que tiene la persona a que su información quede en el ámbito profesional y sea usada fuera de ese ámbito sólo con su permiso. Sin embargo, cuando valoramos y consideramos la posibilidad de que un paciente se suicide, nuestra primera responsabilidad es proteger a ese paciente, lo que en ocasiones puede implicar romper esa confidencialidad, sobre todo cuando necesitamos que personas cercanas o familiares de ese paciente se conviertan en agentes de control y contención para evitar el suceso. Por tanto, debemos informar al enfermo sobre su derecho a la confidencialidad, pero, igualmente, de cuáles son los límites de ese derecho.

Otro de los principios éticos controvertidos en la atención al enfermo suicida es el principio de autonomía, sobre todo si el dilema se produce cuando la decisión de quitarse la vida se toma bajo una situación psíquica alterada que el personal sanitario puede valorar. El problema surge entre preservar esa autonomía y confidencialidad y la obligación de preservar la vida del paciente. Varios organismos internacionales, y entre ellos el grupo de trabajo para el comportamiento suicida de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, Work

Group on Suicidal Behaviors, 2003), recomiendan romper la confidencialidad y la autonomía en beneficio de la seguridad.

Los mitos del suicidio

El tema del suicidio ha dado lugar a multitud de creencias erróneas, no sustentadas en evidencias científicas, y que, sin embargo, impiden en múltiples ocasiones hacer un abordaje profesional de estos pacientes. De entre todos estos mitos, y siguiendo a Pérez Barrero², vamos a analizar 10 de ellos:

- Mito: la persona que se quiere suicidar no lo dice, lo hace.
Evidencia: de cada 10 personas que se suicidan, 9 verbalizan claramente sus propósitos y la persona restante lo deja entrever.
- Mito: hablar de suicidio con una persona que está en riesgo le puede incitar a llevarlo a cabo.
Evidencia: está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona que está en riesgo no sólo no aumenta el riesgo, sino que lo reduce, al disminuir la ansiedad del paciente.
- Mito: el suicida desea morir.
Evidencia: el suicida se encuentra en una situación ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma forma, y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en la misma.
- Mito: el suicida lo es de por vida.
Evidencia: entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo conseguirán el primer año y entre el 10 y el 20% a lo largo de su vida. El resto no volverá a sufrir una crisis suicida. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas.
- Mito: todo el que se suicida está deprimido.
Evidencia: aunque toda persona que está deprimida tiene posibilidades de llevar a cabo un intento de suicidio o suicidarse, no todos los que lo hacen presentan este trastorno; pueden padecer esquizofrenia, alcoholismo, trastorno de personalidad, etc.
- Mito: todo el que se suicida es un enfermo mental.
Evidencia: es cierto que los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no hay que padecer necesariamente un trastorno mental para hacerlo.
- Mito: el suicidio se hereda.
Evidencia: se pueden encontrar varios miembros de una familia que se hayan suicidado. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer cierta enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal.
- Mito: el suicidio no se puede predecir, pues ocurre por impulso.
Evidencia: toda persona, antes de suicidarse, presenta una serie de síntomas que han sido definidos como «síndrome presuicidal»; éste puede ser detectado

a tiempo y se pueden poner en marcha acciones preventivas.

- Mito: los que intentan suicidarse y los que se suicidan son peligrosos, ya que es probable que lo que intentan contra sí mismos lo pueden intentar contra los demás.

Evidencia: salvo en muy contadas ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no lo desean, como el llamado suicidio ampliado, en depresiones con síntomas psicóticos, el suicidio es, por lo general, un acto autoagresivo en el que los impulsos destructivos del sujeto se vierten contra sí mismo.

- Mito: si se reta a un suicida no se matará.

Evidencia: retar a un suicida es un acto irresponsable, ya que nos encontramos ante una persona en crisis, vulnerable, en la cual los mecanismos de adaptación han fracasado.

Factores asociados al riesgo de suicidio

En la prevención y abordaje de la conducta suicida es de vital importancia identificar qué factores aumentan o disminuyen este riesgo. El nivel de riesgo se eleva proporcionalmente a la cantidad de factores presentes, aunque también es cierto que algunos de estos factores tienen un peso específico mayor que otros.

Deberemos valorar para cada individuo qué factores concurren en un momento concreto de su vida y ante unos eventos estresantes específicos.

Podemos clasificar los factores de riesgo atendiendo a diversos criterios. Así, por ejemplo, hablamos de:

- Factores de riesgo *modificables*: se relacionan con factores psicológicos, sociales y psicopatológicos susceptibles de ser modificados clínicamente. Son:
 - Trastornos afectivos.
 - Esquizofrenia.
 - Trastorno de ansiedad.
 - Abuso de sustancias.
 - Trastornos de personalidad.
 - Otros trastornos mentales.
 - Salud física.
 - Dimensiones psicológicas.
- Factores de riesgo *inmodificables*: asociados al individuo o al grupo social de pertenencia; se mantienen en el tiempo y el cambio de los mismos no depende de la acción del clínico. Son:
 - Heredabilidad.
 - Sexo.
 - Edad: adolescencia, vejez.
 - Estado civil.
 - Situación laboral y económica.
 - Apoyo social.
 - Conducta social previa.

Para el análisis pormenorizado de los diferentes factores vamos a optar por clasificar los mismos según los siguientes criterios: factores individuales, factores sociales (familiares/ambientales) y otros factores ([tabla 21-1](#)).

Tabla 21-1**Factores asociados al riesgo de suicidio**

Individuales		Familiares/sociales/ambientales	Otros factores
Trastornos mentales	Depresión mayor	Historia familiar de suicidio	Antecedentes de maltrato/abuso sexual
	Trastorno bipolar		
	Trastorno de ansiedad	Eventos estresantes	Acoso por parte de iguales
	Trastorno de conducta alimentaria		
	Abuso de alcohol/drogas	Apoyo familiar	
	Trastorno de personalidad		
Psicológicos	Desesperanza	Nivel socioeconómico	Facilidad de acceso a medios de suicidio
	Rigidez		
Ideas/intentos previos	Exposición		
Edad	Adolescencia Ancianidad		
Sexo			
Enfermedades físicas	Neurológicas/comportamiento Crónicas/dolorosas/limitantes		

Factores de riesgo individuales

Trastornos mentales

La existencia de una alteración psiquiátrica/psicológica es uno de los predictores más sensibles de suicidio. A través de la llamada «autopsia psicológica» se ha evidenciado el hallazgo de patología psiquiátrica en la casi totalidad de los individuos que consumaron el suicidio.

Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes encontramos:

Depresión mayor

Es el más frecuente, aumentando en 20 veces, respecto a la población general, el riesgo de suicidio. La OMS aporta como cifra que entre el 65-90% de los intentos de suicidio o los suicidios consumados se relacionan con la depresión.

Trastorno bipolar

El riesgo se sitúa entre el 25-50% de los pacientes que intentaron el suicidio. En este trastorno el riesgo mayor se asocia al inicio del tratamiento y cuando existen otros trastornos asociados (consumo de alcohol, enfermedades médicas, etc.).

Trastornos psicóticos

Como en la esquizofrenia, donde el riesgo aumenta al inicio de la enfermedad y sobre todo en hombre jóvenes. El riesgo en estos pacientes es de 30-40 veces mayor que para la población general, estimándose que entre el 25-50% de los pacientes con esquizofrenia lo intentarán.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que la población que sufre este trastorno es aproximadamente el 1% de la población general, por lo que no contribuye de forma importante a la tasa global de suicidios.

Trastornos de ansiedad

Actúan como factores asociados a la ideación suicida y a las tentativas, aunque no está demostrado que sean factores de riesgo independientes.

Trastornos de la conducta alimentaria

Se asocian a la depresión y a la ansiedad, de forma que 1 de cada 4 mujeres con trastorno de la conducta alimentaria tiene antecedentes de ideación o conducta suicida. Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia es la que presenta un mayor índice de riesgo, sobre todo en mujeres en los últimos años de la adolescencia.

Abuso de alcohol y otras sustancias

El alcohol y otras sustancias se relacionan con el riesgo de suicidio de tres maneras diferentes:

1. Como factor precipitante/elemento facilitador: 1 de cada 4 suicidios se cometen bajo los efectos del alcohol u otras drogas.
2. Como factor asociado a otros trastornos: por ejemplo, asociado a la depresión (patología dual).
3. Como factor en sí mismo: el consumo de alcohol aumenta en 6 veces el riesgo de suicidio respecto a la población general.

Trastorno de la personalidad

Sobre todo el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite (*borderline*), donde el suicidio es de un 4 a un 8% superior a la población general.

Factores psicológicos

La impulsividad, la rigidez, el pensamiento basado en el «todo/nada» o dicotómico, la desesperanza, la generalización excesiva en el recuerdo autobiográfico o el perfeccionismo son todas variables psicológicas que, aunque con variaciones en función de la edad, están asociadas al comportamiento suicida. Entre todas ellas hay dos de especial relevancia:

1. **La desesperanza:** es uno de los principales factores de riesgo asociados al

suicidio, y su reconocimiento es parte importante de la evaluación del riesgo. La desesperanza es un componente cognitivo del síndrome depresivo que hace referencia a expectativas negativas sobre el futuro.

La desesperanza parece ser un indicador de intención suicida más potente que la propia depresión. Más del 91% de los pacientes suicidas expresaron desesperanza en la escala de Beck³.

Mediante estudios prospectivos, se ha demostrado que los suicidas «crónicos» tienden a mantener cotas elevadas de desesperanza a lo largo del tiempo.

2. La rigidez cognitiva: manifestada por la preocupación por el perfeccionismo, la autocrítica, la preocupación excesiva por los propios errores, la indecisión y duda sobre las propias acciones hacen que en el individuo se limite el afrontamiento eficaz en situaciones interpersonales complejas. Una proporción elevada de suicidas muestran déficits persistentes en la resolución de problemas interpersonales.

Ideación suicida e intentos previos

La ideación suicida puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad al suicidio y abarca un espectro que va desde manifestaciones vagas de poco valor por la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos. Las ideas suicidas constituyen un importante indicador de riesgo y por tanto deben explorarse cuidadosamente, ya que dos de cada tres personas que se quitan la vida han comentado previamente su propósito, de forma verbal o no verbal (p. ej., mediante preparativos, regalando objetos o bienes, etc.).

Los intentos previos de suicidio son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Este problema aumenta entre 20 y 30 veces el primer año tras el intento. La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas es la población anciana, debido a la mayor intencionalidad, al uso de métodos más letales y a la menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas tras el intento.

Edad

A lo largo de la vida son dos los momentos con mayor riesgo de suicidio:

1. La adolescencia: se trata de un momento vital lleno de insatisfacciones, descubrimientos y desencantos. Los factores que influyen en el mayor riesgo dentro de este grupo de edad son:

- a. Factores de tipo sociodemográficos y culturales como el estatus socioeconómico bajo, el nivel educativo bajo, la inmigración y el desempleo.
- b. Eventos negativos y traumáticos ocurridos en la infancia como los abusos, la violencia o haber sido objeto de altas expectativas.
- c. Estilos cognitivos: alta impulsividad, comportamiento antisocial, la agresividad o el humor inestable.
- d. El consumo de alcohol/drogas.

En este grupo es importante identificar comportamientos como:

- a. Las bajas calificaciones escolares.
- b. El bajo rendimiento o ausencias escolares.
- c. Consumo excesivo de alcohol/drogas.
- d. El comportamiento inadecuado en clase, violencia y agresividad.

2. **Ancianidad:** las personas mayores de 65 años presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes; esto es debido, entre otros factores, a que utilizan métodos más letales.

El suicidio en el anciano se relaciona con la ausencia de apoyo social, la soledad y la mayor incidencia de enfermedades físicas o mentales.

Sexo

Los estudios realizados al respecto evidencian, en líneas generales, que las mujeres llevan a cabo un mayor número de intentos de suicidio que los hombres; sin embargo, los hombres presentan tasas mayores de suicidios consumados que las mujeres.

Enfermedad física/discapacidad

Dos grupos de trastornos son los más relevantes:

1. Enfermedades que cursan con trastornos neurológicos y del comportamiento aumentado la impulsividad, agresividad y consumo de tóxicos como, por ejemplo, la epilepsia, lesionados medulares y ACV.
2. Enfermedades crónicas limitantes y/o dolorosas que afectan la calidad de vida como son, por ejemplo: sida, cáncer o enfermedades crónicas como la artritis, artrosis, enfermedades renales o hepáticas.

Factores de riesgo familiares/socioambientales

Familiares. Historia familiar de suicidio

El aumento del riesgo de suicidio se produce, sobre todo, cuando los antecedentes son en familiares de primer grado, siendo mayor la influencia en el género femenino. Estudios realizados con niños en adopción muestran que los que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que lo habían hecho.

Eventos vitales estresantes

La mayoría de las personas que intentan el suicidio o lo consuman experimentaron un acontecimiento estresante los tres meses previos al suceso. Entre los eventos estresantes más frecuentemente relacionados con el suicidio encontramos:

1. Problemas interpersonales y familiares.

2. Pérdidas personales: divorcio, separación, muerte.
3. Pérdidas financieras o de trabajo.
4. Problemas legales.
5. Cambios vitales importantes.
6. Acontecimientos que generan emociones muy negativas.

Factores sociofamiliares y ambientales

- **Apoyo familiar:** Diversos estudios han demostrado que existe una relación significativa entre el suicidio y el no tener pareja o cónyuge; dicho de otra forma, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros o divorciados que viven solos o que carecen de apoyo social. También se evidencia que el riesgo es mayor entre los hombres y sobre todo los primeros meses después de la pérdida de la pareja, bien sea por divorcio, separación o viudedad.
- **Nivel socioeconómico, situación laboral:** en los países desarrollados, la pobreza y la pérdida de empleo se relacionan con unos mayores riesgos de suicidio; así, por ejemplo, la jubilación o la pérdida del trabajo aumentan en dos o tres veces el riesgo de suicidio, convirtiéndose en eventos estresantes de primer orden.
- **Exposición:** el denominado «efecto contagio» o Werther. La exposición a casos de suicidio cercanos o determinados tipos de información sobre el suicidio en los medios de comunicación se asocian con un incremento en las conductas de suicidio; un ejemplo lo constituyen los suicidios «en racimo» entre jóvenes adolescentes a partir de la difusión de determinado caso suicida por los medios de comunicación.

Otros factores de riesgo

- **Antecedentes de maltrato físico y/o abuso sexual:** sobre todo, los producidos en la infancia. También la violencia de género; así, por ejemplo, la probabilidad de que una mujer maltratada sufra un trastorno mental, incluida aquí la conducta de suicidio, se duplica respecto a las mujeres que no han sido víctimas.

También debemos mencionar la asociación que existe entre agresor y suicidio; los datos al respecto ponen en evidencia que en España el 21,9% de los agresores de género llevaron a cabo un intento de suicidio y que el 16,4 lo consumaron tras matar a su pareja.

- **Acoso por parte de iguales:** sobre todo en la adolescencia, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés y con la aparición de ideas y conductas suicidas.
- **Facilidad de acceso a armas, medicamentos, tóxicos:** tener un acceso fácil a los medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo, ya que facilita el paso de la idea al acto suicida.

Factores protectores

Son aquellos factores que hacen que disminuya la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo. Expresado de otro modo, podemos considerar la conducta suicida como resultado del desequilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores.

Podemos clasificar estos factores en dos categorías:

1. Factores de protección de índole personal:

- a. Capacidad de resolución de problemas/conflictos.
- b. La autoestima y sentimiento de valía personal.
- c. La capacidad para mantener relaciones interpersonales y sociales.
- d. La capacidad para solicitar ayuda cuando se precisa.
- e. Un estilo cognitivo flexible.
- f. Las mujeres durante el embarazo y el primer año de vida del hijo, a pesar de ser un período en el que aumenta la morbilidad psiquiátrica, presentan un menor riesgo de suicidio.

2. Factores ambientales/sociales:

- a. Disponer de una red de apoyo social a través del trabajo y la participación social.
- b. La integración social: construir vínculos significativos con grupos sociales, culturales, religiosos o políticos.
- c. Poseer creencias religiosas, la espiritualidad y los valores positivos.
- d. Disponer y adoptar valores culturales y tradicionales.
- e. En pacientes con enfermedad física o trastornos mentales, un tratamiento integral, permanente y a largo plazo.

Evaluación del riesgo suicida

Tanto en atención primaria como en atención especializada, la evaluación del riesgo suicida es la parte más importante a la hora de prevenir la conducta suicida.

La identificación y evaluación del riesgo suicida comprende:

1. La identificación de conductas autolíticas o suicidas.
2. La evaluación psicopatológica.
3. La evaluación de los factores de riesgo.
4. La evaluación de los factores de protección.

Los profesionales responsables de llevarla a cabo son el psiquiatra y/o psicólogo. La evaluación debe dar como resultado un juicio diagnóstico y pronóstico, así como la elaboración de un plan de tratamiento y la adopción de medidas de seguridad. Todo ello deberá ser registrado en la historia clínica, para conocimiento del personal sanitario a cargo del paciente entre el que se encuentra el profesional de enfermería.

Las herramientas básicas que se utilizan para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de valoración.

1. Entrevista clínica: es el instrumento principal en la valoración del riesgo; a través de ella no sólo se evalúa, sino que también se inicia una relación terapéutica profesional-paciente que es fundamental en la reducción del riesgo. La entrevista clínica, además de la evaluación psicopatológica, debe incluir:

- a. La evaluación de los factores psicológicos y contextuales que expliquen por qué ha tenido lugar una conducta suicida:
 - Situación social.
 - Relaciones interpersonales.
 - Acontecimientos vitales o problemas recientes.
 - Antecedentes de trastorno mental, intentos previos, abuso de alcohol; otras drogas.
 - Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación.
- b. Las características de la conducta suicida y riesgo de repetición:
 - Intencionalidad.
 - Elaboración del plan.
 - Letalidad.
 - Método elegido.

La OMS, a través de su programa de prevención del suicidio (SUPRE)⁴, da algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicida, con el fin de facilitarles su tarea y disminuir la ansiedad que supone para el mismo el abordaje de este asunto.

2. Escalas de evaluación: las escalas de evaluación, bien sean autoaplicadas o

heteroaplicadas, se empezaron a usar en las décadas de 1950 y 1960 utilizando variables sociodemográficas y clínicas observadas con mayor frecuencia en poblaciones suicidas. Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y el juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos, ya que no existe ninguna prueba de cribado para el riesgo de suicidio que haya demostrado capacidad predictiva fiable, siendo el porcentaje de falsos positivos muy alto.

De entre la multitud de escalas disponibles, nosotros nos vamos a referir a las más utilizadas para la población española, y su aplicación:

- Escala de desesperanza de Beck (Beck Helplessness Scale, BHS): se trata de una escala autoaplicada que consta de 20 preguntas verdadero/falso que evalúan la desesperanza. Existe una traducción al castellano aunque no está validada en España.
- SAD PERSONS: se trata de una escala heteroaplicada elaborada por Patterson et al. que recibe su nombre del acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la componen, cada uno de los cuales hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora como 0 o 1 en función de su presencia/ausencia ([fig. 21-2](#)). Aunque los puntos de corte de esta escala no han sido validados para población española se trata de una escala muy didáctica y fácil de aplicar, por lo que goza de mucha popularidad en nuestro país.
- Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI). Traducida al español, pero no validada.
- Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS). Se trata de una escala con versión al castellano y validada para población española.

		Presente	Ausente
Sex	Sexo (varones)		
Age	Edad (<19 o >45)		
Depression	Depresión		
Previous attempt	Intentos de suicidio previos		
Ethanol abuse	Abuso de alcohol		
Rational thinking loss	Trastornos cognitivos		
Social supports lacking	Bajo soporte social		
Organized plan	Plan organizado de suicidio		
No spouse	Sin pareja estable		
Sickness	Enfermedad somática		
Puntuación			

* Por cada ítem presente asignar 1 punto.

Tener en cuenta que por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo

Puntuación total	Recomendaciones
0-2 puntos	Alta con seguimiento ambulatorio
3-4 puntos	Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internamiento psiquiátrico
5-6 puntos	Si no hay control familiar estrecho debe internarse
7-10 puntos	Internamiento. Riesgo de muerte inminente

FIGURA 21-2 Escala SAD PERSONS. Tomada y adaptada de Rojo Rodes, J.E.; Cirera Costa, E. Interconsulta psiquiátrica. Editorial Masson. Barcelona. España, 1997.

Además de las escalas mencionadas, otras como las de depresión de Hamilton o la de presión de Beck incluyen entre sus ítems algunos específicos para valorar el riesgo de suicidio.

Cuidados de enfermería para el paciente con riesgo de suicidio

Valoración de enfermería por patrones funcionales

Si bien los patrones disfuncionales cambian en función de cada individuo concreto, lo cierto es que en los pacientes con riesgo de suicidio se van a alterar la mayoría de ellos, por lo que a continuación los trataremos de uno en uno, siguiendo para ello el esquema de valoración por patrones propuesto por J. Fornes⁵.

1. Patrón percepción/mantenimiento de la salud:

- a. Aspecto general: cuando el riesgo de suicidio aparece asociado a un cuadro depresivo, el paciente suele abandonar su cuidado personal, fundamentalmente por pérdida de interés, presentando un aspecto general desaliñado.
- b. Actitud frente a la enfermedad: cuando el riesgo de suicidio se asocia a una enfermedad mental, el paciente no suele aceptarla; cuando el trastorno es un cuadro depresivo el paciente considera que su tristeza le acompañará siempre, que no tiene tratamiento y por tanto no tiene sentido seguir las recomendaciones terapéuticas.
- c. Hábitos tóxicos: es frecuente la ingesta de diferentes sustancias tóxicas, como alcohol y otras drogas, siendo mayoritaria la ingesta abusiva de alcohol.

2. Patrón nutricional/metabólico. Patrón eliminación:

la alteración de estos dos patrones suele estar relacionada con la presencia de un trastorno mental u orgánico asociado al riesgo de suicidio, por lo que no las desarrollaremos aquí.

a. Patrón actividad/ejercicio:

- Expresión facial: la expresión es el reflejo del estado de ánimo del paciente, siendo ésta de tristeza y tensión.
- Conducta motriz: es frecuente que la conducta motriz aparezca alterada bien por exceso (agitación) o, en el otro polo, por una inhibición motriz marcada.
- Deseos de participación en actividades que implican gasto de energía ausentes debido a la tristeza y la apatía.
- Cambio considerable en las habilidades rutinarias debido a un bajo interés para llevarlas a cabo.

b. Patrón sueño/descanso:

Este patrón suele estar alterado debido a la persistencia de las ideas sobre la muerte y el suicidio, lo que hace que disminuyan las horas de sueño (2-3 horas de sueño) y la sensación de no haber descansado (sueño poco

reparador).

c. **Patrón cognitivo perceptivo:**

- Atención-orientación: la capacidad para mantener la atención y la concentración suele alterarse debido a la persistencia e intrusismo de las ideas suicidas.
- Memoria/inteligencia: fallos en la memoria reciente debido a la falta de atención.
- Organización del pensamiento y el lenguaje: las ideas repetitivas de autolisis o de suicidio son el contenido predominante en el pensamiento del paciente suicida. El lenguaje con el que se expresa es escaso, con un tono de voz bajo, aunque también en ocasiones puede tornarse claramente hostil.

d. **Patrón autopercepción/autoconcepto:** Se trata del patrón que más se altera en el paciente con riesgo suicida puesto que hace referencia al estado de ánimo y a las actitudes sobre uno mismo. Se caracteriza por:

- Reactividad emocional escasa o disminuida.
- Percepción de la imagen corporal negativa acompañada de sentimientos de rechazo e inadecuación.
- Descripción personal negativa, infravalorando las características positivas y exagerando los errores.
- Autoevaluación general y de las competencias negativas. El paciente tiende a considerarse torpe e inferior a los demás; se siente incapaz de lograr cualquier objetivo.

e. **Patrón rol/relaciones:** este patrón, que valora la comunicación con la familia, con los amigos y en el trabajo y cómo el paciente desempeña su rol en cada uno de estos ámbitos, suele estar alterado en el paciente con riesgo de suicidio porque la percepción de ese rol está impregnada por las ideas negativas sobre uno mismo.

Las relaciones familiares suelen caracterizarse por reacciones hostiles y de incompreensión de los familiares, que consideran exagerada la visión negativista del paciente.

En lo referente a las relaciones sociales, suelen ser o bien escasas o inexistentes, y en las laborales/ escolares es frecuente la aparición de problemas debido a la dificultad para realizar tareas a causa del desinterés.

f. **Patrón sexualidad/reproducción:** este patrón está estrechamente relacionado con el de rol/relaciones. Por lo general, las personas con un estado de ánimo negativo difícilmente obtendrán respuesta sexual positiva y/o saludable debido a la anhedonia que las caracteriza, así como por la dificultad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias. La consecuencia de todo ello es el desinterés sexual y la apatía, agravado por la dificultad en las relaciones interpersonales.

g. **Patrón afrontamiento/tolerancia al estrés:** este patrón, que valora qué estrategias de afrontamiento utiliza el paciente frente a las situaciones

estresantes de la vida, aparece frecuentemente alterado y se caracteriza por:

- Estado de tensión y ansiedad continua.
- Baja o nula percepción de control.
- Sentimientos negativos.
- Grado de incapacitación alto.
- Uso de estrategias de adaptación inadecuadas.

h. **Patrón valores creencias:** este patrón valora lo que el paciente considera correcto/incorrecto, así como las metas personales. Sobre la base de esto se organizan las actitudes y las creencias.

En el paciente con riesgo suicida pueden darse dos situaciones diferentes en lo que a creencias se refiere: que el que decide suicidarse y que tiene creencias religiosas acabe desestimándolas, o que el paciente que tiene unas creencias religiosas bien aferradas desestime el suicidio.

Diagnósticos enfermeros relacionados

Según la taxonomía de la North American Nursing Association (NANDA)⁶, el diagnóstico principal es:

Riesgo de violencia autodirigida relacionada con:

- Historia de conducta suicida.
- Conductas autodestructivas, actos de agresión suicida activa.
- Niveles crecientes de ansiedad.
- Temor de sí mismo o de los otros.
- Dificultad para verbalizar los sentimientos.
- Repetición de verbalización.
- Autoestima vulnerable.

Diagnósticos asociados:

- Intolerancia a la actividad r/c fatiga/inhibición psicomotriz.
- Déficit de actividades recreativas r/c apatía anhedonia o falta de motivación.
- Aislamiento social r/c autoconcepto negativo y/o percepción pesimista del entorno.
- Afrontamiento individual inefectivo r/c vulnerabilidad.
- Ansiedad r/c pensamientos de daño, enfermedad, etc.
- Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento r/c pasividad/falta de motivación.
- Impotencia relacionada con sentimientos de inutilidad.
- Desesperanza r/c impotencia.
- Trastorno de la autoestima r/c sentimientos de minusvalía/inferioridad.
- Alteración del patrón de sueño relacionado con inquietud, pensamientos inquietantes.

Plan de cuidados de enfermería

El plan de cuidados de enfermería para el paciente con riesgo de suicidio tendrá como objetivos fundamentales:

1. Evitar el intento autolítico, ya sea frustrado o no.
2. Cambiar las creencias irracionales del paciente por otras más adaptativas.

Las actividades de enfermería para los pacientes con riesgo de suicidio pueden dividirse en cinco grupos:

1. Actividades generales comunes a todos los pacientes con riesgo.
2. Actividades encaminadas a controlar la conducta autolítica.
3. Actividades que faciliten establecer una relación terapéutica con el paciente.
4. Actividades encaminadas a mejorar en el paciente el afrontamiento de situaciones conflictivas.
5. Planificación al alta del paciente.

Actividades generales comunes a todos los pacientes con riesgo

Se trata de un conjunto de actividades básicas, previas al comienzo del plan de cuidados, y que podemos resumir en:

- Aportar información al paciente sobre cuáles son las medidas que el personal sanitario va a tomar y que van encaminadas a evitar posibles riesgos de lesión.
- Utilizar un comportamiento empático con el enfermo mostrando una actitud de tranquilidad y exenta de crítica, controlando la propia ansiedad y con un tratamiento comprensivo y cortés.
- Obtener el máximo de información sobre posibles antecedentes de autolisis utilizando como fuentes a la familia y la historia clínica.
- Comunicarse con el equipo de la unidad manteniendo informado en todo momento al mismo sobre todos los datos y actos realizados por el paciente durante su ingreso.
- Se debe considerar la posibilidad de suicidio en todo paciente que manifieste desesperanza o en personas que han sufrido acontecimientos traumáticos o situaciones vitales estresantes.

Actividades encaminadas a controlar la conducta autolítica

El objetivo que se pretende con este grupo de actividades de enfermería es evitar el riesgo de autolisis y mejorar la confianza del paciente.

Actividades:

- Establecer un ambiente seguro para el paciente, evitando la posibilidad de que éste se lesione. La enfermera deberá retirar cualquier objeto (cordones, tijeras, cristal, objetos cortantes, etc.) que puedan ser usados por el paciente para suicidarse o autolesionarse. Normalmente, estos aspectos son cuidados en las unidades de psiquiatría, pero no lo son tanto en las unidades de hospitalización general.
- Restringir el acceso a espacios de riesgo, mediante sistemas de seguridad y

restricción en el uso de determinadas salas o dependencias. Para ello puede resultar útil tener una lista de comprobación y pactar con el paciente la utilización de espacios seguros alternativos para que su estancia sea más confortable.

- Establecer un dispositivo de vigilancia a través de actividades como:
 - Mantener actualizados en todo momento los datos del paciente y su entorno.
 - Supervisar todos los cambios del enfermo, tanto en las funciones físicas como en las cognitivas que pudieran incitarlo a una conducta peligrosa, para lo cual deberemos intentar que el paciente nos explique qué piensa y siente y cómo esos pensamientos/sentimientos van cambiando a lo largo del ingreso.
 - Vigilar de cerca aquellos elementos potencialmente peligrosos del ambiente que no podamos eliminar a pesar de resultar peligrosos, ya que harían el ambiente muy hostil para el paciente, por ejemplo, las sábanas, determinado mobiliario, cables eléctricos, etc.
 - Mantener un grado adecuado de vigilancia que permita el control de la persona y la acción terapéutica, sin que resulte demasiado evidente para ésta. Se trata de que a sus ojos sea percibido como una ayuda/acompañamiento y no como un control restrictivo.
 - En lo posible, buscar el entorno menos restrictivo pero que permita el grado de observación necesario.
 - Mantener una rutina de controles horarios durante el turno de noche (intervalos de 1 hora).
 - Al menos en tres momentos del día, valorar el estado de ánimo del paciente (mañana, mediodía, tarde).
 - Estructurar las actividades del paciente con el objeto de disminuir su ansiedad y ayudar a estructurar la experiencia durante la hospitalización.
 - Aplicar, en caso de necesidad, medidas de contención más restrictivas para garantizar la necesidad del paciente.
 - Toma controlada de medicación, asegurándonos de su ingesta, con el fin de minimizar los riesgos del uso inadecuado de fármacos, incumplimiento o acumulación con fines autolíticos.

Establecer una relación terapéutica adaptada a las necesidades del paciente

A través de actividades como:

- Practicar una escucha activa que no critique ni polemice con el paciente, demostrando interés y confianza.
- Mostrarse disponible para ayudarlo respondiendo a todas aquellas dudas y preguntas que tenga sin mostrar prisa.
- Facilitarle que identifique las emociones y sentimientos relacionados con su problema raíz.
- Llevar a cabo una autoobservación con el fin de que el profesional sea capaz de

reconocer reacciones personales de ansiedad, enfado, ira o de culpabilidad que pueden interferir en su relación con el paciente.

Actividades encaminadas a mejorar en el paciente el afrontamiento de situaciones conflictivas

- Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva, infundiendo esperanza.
- Junto con el paciente, hacer una revisión de sus logros en experiencias pasadas y de cómo resolvió esas situaciones.
- Identificar a personas significativas que hayan podido ayudar en el pasado al paciente y animarlo a que establezca relaciones terapéuticas con ellas.
- Ayudar al paciente a identificar razones de esperanza para afrontar la situación que lo estresa, es decir, identificar los motivos por los que merece la pena luchar y hacer algo para superar la situación de crisis.
- Ayudar al paciente a elaborar cogniciones erróneas como la generalización excesiva y el uso de ideas erróneas y sobrevaloradas sobre todo en aquello que tiene que ver con su autoestima. Estos pacientes suelen realizar, como ya hemos mencionado, evaluaciones muy negativas sobre sí mismos, sobre el mundo y su futuro. Perciben su entorno como amenazante y se valoran a sí mismos como incapaces de afrontar las exigencias o adaptarse a las necesidades, haciendo que aparezcan sentimientos de inutilidad, minusvalía y miedo a ser desaprobados o a las repercusiones sociales y/o familiares.
- Utilizando una técnica de resolución de problemas, enseñar al paciente a identificar objetivamente la realidad, examinar la situación que le genera estrés y elaborando planes contingentes para solventarla.
- Reducir la ansiedad mediante el uso de técnicas como el control de la respiración o técnicas de relajación muscular profunda.

Planificación al alta del paciente

Para el enfermo, el momento del alta es de especial significado ya que debe volver a su entorno habitual sin la protección del equipo terapéutico, y esto suele provocar un sentimiento de miedo e indefensión. A pesar de que la ideación suicida pueda parecer ya erradicada, ante cualquier situación estresante y sobre todo si los mecanismos de afrontamiento no están lo suficientemente afianzados o no son los adecuados, pueden volver a presentarse las ideas de suicidio incluso con una fuerza mayor. Por este motivo, es muy importante planificar el alta cuidadosamente y disponer de un programa de tratamiento y seguimiento tras el alta que se ajuste a las necesidades del paciente.

Para poder dar el alta al enfermo es necesario una planificación coordinada entre los equipos de atención primaria y el de salud mental; la enfermera/o, como miembro de ambos equipos, deberá aportar su informe de alta con los comentarios, recomendaciones y observaciones sobre el paciente.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10). Manual de instrucciones. Vols. 1-3. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
2. Pérez S. El suicidio: comportamiento y prevención. Santiago de Cuba, Oriente; 1996.
3. World report on violence and health. Geneva: WHO;2002[citado 2 de enero 2014]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publicatopns/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
4. Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas: OMS,1; 2000 [citado 2 de enero de 2014]. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
5. Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2.^a ed. Madrid, Médica Panamericana; 2011.
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 4.^a ed. Barcelona, Elsevier, 2010.

Lecturas recomendadas

Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2009 [citado 2 de enero de 2014]. Disponible en:

<http://www.feafes.org/publicaciones/Guiaseguridadatencionpersonascontrastornos.pdf>

Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2010 [citado 2 de enero de 2014]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

PARTE III

Modalidades de tratamiento terapéutico en salud mental y actuación enfermera

Capítulo 22: Terapias de psicofarmacología y otros tratamientos somáticos

Capítulo 23: Cuidados de enfermería y tratamientos psicológicos

Capítulo 24: Tratamientos psicológicos basados en la evidencia y las tecnologías de la información y comunicación

CAPÍTULO 22

Terapias de psicofarmacología y otros tratamientos somáticos

María Morante Hernández

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Conceptos básicos de psicofarmacología 249

Breve reseña histórica 250

Principios generales de la prescripción de psicofármacos 250

Clasificación de psicofármacos 250

Antipsicóticos 250

Antipsicóticos típicos 250

Antipsicóticos atípicos 251

Terapéutica farmacológica de la esquizofrenia 252

Tratamiento de depósito 252

Antidepresivos 252

Clasificación 252

Terapéutica farmacológica de la depresión 253

Ansiolíticos e hipnóticos 253

Benzodiazepinas 253

Otros ansiolíticos 254

Otros hipnóticos 254

Terapéutica farmacológica de la ansiedad 254

Litio y eutimizantes 254

Litio 254

Otros fármacos usados en el trastorno bipolar 255

Situaciones especiales 255

Ancianos 255

Antipsicóticos en ancianos 255

Antidepresivos en ancianos 255

Ansiolíticos en ancianos 255

Eutimizantes en el anciano 255

Niños 255

Antipsicóticos en niños 256

Antidepresivos en niños 256

Ansiolíticos en niños 256

Litio en niños 256

Embarazo y lactancia 256

Antipsicóticos en embarazo y lactancia 256

Antidepresivos en embarazo y lactancia 256

Ansiolíticos en embarazo y lactancia 257

Litio en embarazo y lactancia 257

Cuidados de enfermería en el paciente en tratamiento con psicofármacos:
interacciones y efectos adversos 257

Cuidados de enfermería en el paciente con
tratamiento antipsicótico 257

Cuidados de enfermería en el paciente con
tratamiento antidepresivo 257

Cuidados de enfermería en el paciente con
tratamiento ansiolítico e hipnótico 258

Cuidados de enfermería en el paciente en
tratamiento con litio 258

Papel de enfermería en la vigilancia del
tratamiento con psicofármacos 258

Conceptos básicos de psicofarmacología

La psicofarmacología puede definirse, entre otras muchas acepciones, como una disciplina científica centrada en el estudio de los fármacos que modifican el comportamiento y la función mental a través de su acción sobre el sistema nervioso central. Otras definiciones se centran en la posibilidad que nos brindan los psicofármacos de comprender mejor las funciones del sistema nervioso¹. Este capítulo viene estructurado siguiendo la primera definición, en la que el fármaco no es un medio para el conocimiento, sino un fin.

Breve reseña histórica

Hasta mediados del siglo xx apenas se contaba con tratamientos de contrastada eficacia para manejar las enfermedades mentales graves. Entre ellos, destacaba únicamente la electroconvulsivoterapia, desarrollada por Ugo Cerletti. Otras terapéuticas físicas o biológicas, ampliamente utilizadas aún durante los años 40, como los comas insulínicos de Sackel, la convulsoterapia cardiazólica de Von Meduna, la piretoterapia de Von Jauregg o la hidroterapia, no habían demostrado una eficacia relevante. Tampoco lo habían hecho las terapias psicológicas, incluido el psicoanálisis, ni los procedimientos quirúrgicos postulados por Egas Moniz (leucotomías prefrontales)².

El uso de la clorpromazina en 1950 por parte del cirujano Henry Laborit es considerado el inicio de la psicofarmacología moderna³. Durante esta década de los 50 tuvo lugar en el ámbito de la psicofarmacología una auténtica «revolución», pues supuso, por primera vez en la historia, la introducción en clínica de herramientas terapéuticas realmente eficaces en el manejo del paciente psiquiátrico, transformando por completo el modo de entender la asistencia y el tratamiento psiquiátricos^{1,3}.

El gran avance que ha supuesto la psicofarmacología ha llevado en ocasiones a otorgarle un ámbito de influencia inadecuado en el manejo de los pacientes psiquiátricos. La psicofarmacología siempre debe estar enmarcada dentro de un proceso multidisciplinar de asistencia global a este paciente.

En la actualidad, es uno de los campos de la neurociencia más dinámicos y productivos¹.

Principios generales de la prescripción de psicofármacos

Los psicofármacos se usan de forma habitual en la práctica clínica. La elección por parte de los psiquiatras y otros especialistas de un psicofármaco u otro responde, en muchos casos, a la experiencia personal del facultativo, si bien ésta suele ser

fruto del conocimiento adquirido y coincidir con los actuales datos disponibles y guías de actuación⁴. Pese a las múltiples y variadas opciones terapéuticas de que disponemos actualmente, existen unos principios generales comunes a la prescripción de psicofármacos^{5,6}, descritos en el [cuadro 22-1](#).

Cuadro 22-1 Principios generales de la prescripción de psicofármacos

- La decisión de instaurar un tratamiento psicofarmacológico debe producirse después de valorar sus potenciales riesgos y beneficios.
- Debe realizarse una completa evaluación de los síntomas del paciente, que incluye un examen del estado mental y físico y test de laboratorios. Esta evaluación debe permitir establecer un diagnóstico clínico.
- Se debe evitar el uso de las combinaciones de fármacos (polifarmacia) siempre que sea posible. Si es necesario, se deben tener en cuenta las interacciones farmacodinámicas y farmacocinéticas.
- Se debe utilizar la dosis mínima efectiva.
- Tanto la instauración de un fármaco como la retirada debe realizarse de forma gradual. En situaciones agudas en que esto no sea posible, debe valorarse qué fármaco permite la respuesta clínica más adecuada. En la retirada de los fármacos pueden aparecer fenómenos de discontinuación, síntomas rebote o síntomas de abstinencia.
- En los cambios de un fármaco a otro se debe tener en cuenta la vida media del fármaco que se va a retirar por la aparición de posibles síntomas de discontinuación o de potenciales interacciones.
- En la retirada de los fármacos se debe considerar cuánto tiempo ha estado tomando el paciente la medicación y la posible abstinencia física o psicológica.

Clasificación de psicofármacos

Los psicofármacos se pueden clasificar, de manera sencilla, en cuatro grupos en función de su principal uso clínico: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos/hipnóticos y eutimizantes.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos o neurolepticos son un grupo farmacológico de naturaleza química muy heterogénea indicados en el tratamiento de la esquizofrenia, así como de otros trastornos psicóticos tales como trastornos de ideas delirantes, trastornos del estado de ánimo, demencias, *delirium*, trastornos de la personalidad y otros.

El mecanismo de acción fundamental se debe a su capacidad de bloqueo de los receptores dopaminérgicos presinápticos y postsinápticos, aunque dicho bloqueo no es homogéneo en todos los sistemas dopaminérgicos del cerebro, ni es idéntico para todos los principios activos. En base a su mecanismo de acción y al momento en que surgieron los antipsicóticos se clasifican en típicos o de primera generación y atípicos o de segunda generación.

Antipsicóticos típicos

Actúan fundamentalmente por bloqueo de los receptores dopaminérgicos cerebrales D_2 , aunque también actúan en los D_3 y D_4 .

El bloqueo de receptores D_2 en la vía mesolímbica del sistema dopaminérgico es el responsable de su acción antipsicótica, mientras que este bloqueo en la vía nigroestriada provoca los efectos extrapiramidales (EEP) tales como parkinsonismo, distonía, acatisia, discinesia tardía y temblor perioral («síndrome del conejo»).

La eficacia terapéutica de todos ellos es prácticamente la misma. Cada paciente responde mejor a unos medicamentos que a otros, pero la variabilidad individual no se traduce en diferencias en los porcentajes globales de respuesta a cada fármaco.

En cambio, hay diferencias primordiales en el perfil de reacciones adversas. Bajo el punto de vista clínico, los dos efectos más importantes son las reacciones extrapiramidales y la sedación. Algo menos importantes son los efectos anticolinérgicos y la hipotensión ortostática. En la [tabla 22-1](#) se muestran los principales antipsicóticos típicos clasificados por su estructura química y los principales efectos adversos⁷.

Tabla 22-1**Principales efectos adversos de los antipsicóticos típicos**

Fármaco	Efecto adverso			
	Sedación	EEP	EA	HO
Fenotiazinas				
Clorpromazina	+++	+	+++	+++
Flufenazina	+	++++	+	+
Levomepromazina	+++	+	+++	+++
Perfenazina	++	++	++	+
Pipotiazina	+	+	++	+++
Trifluoperazina	+	++++	+	+
Butirofenonas				
Haloperidol	+	+++	+	+
Tioxantenos				
Zuclopentixol	+++	+++	+	+
Ortopramidas				
Sulpirida	+	++	+	+
Tiaprida	+	+	+	+
Otros				
Pimozida	+	+	+	+

EEP: efectos extrapiramidales; EA: efectos anticolinérgicos; HO: hipotensión ortostática.

Un efecto adverso poco frecuente, pero muy grave, es el denominado síndrome neuroléptico maligno (SNM), caracterizado por la tríada de hipertermia, rigidez muscular de origen extrapiramidal y confusión mental. Inicialmente, se asoció al uso de estos fármacos, principalmente haloperidol y flufenazina, pero posteriormente se ha visto que se puede producir también con el uso de antipsicóticos atípicos y con antieméticos⁸.

La clasificación tradicional de los antipsicóticos típicos, basada en su estructura química, no tiene repercusión en la práctica clínica. Una clasificación más útil que se puede aplicar a algunos de ellos es la que distingue entre antipsicóticos sedantes e incisivos. Los primeros tienen una alta afinidad por los receptores muscarínicos M_1 , suelen tener acción sedante elevada como su nombre indica y bajo potencial de EEP, son útiles sobre todo en enfermos agitados o violentos, y deben ser evitados en los casos donde interese el mantenimiento de la actividad diaria normal. Pertenecen a este grupo la clorpromazina y la levomepromazina. Los antipsicóticos incisivos, o de alta potencia, como haloperidol o flufenazina, tienen alta afinidad por los receptores D_2 dopaminérgicos, son menos sedantes y con alta incidencia de EEP; son útiles en el paciente delirante. El haloperidol es uno de los fármacos de elección en la fase aguda de la esquizofrenia, especialmente cuando el

cuadro se acompaña de excitación psicomotriz.

Antipsicóticos atípicos

Aproximadamente, un 20% de los pacientes son refractarios al tratamiento con bloqueantes dopaminérgicos. Asimismo, los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, desorden del pensamiento) responden al tratamiento con antipsicóticos típicos mucho mejor que los síntomas negativos (aislamiento social, inhibición afectiva, descuido personal). Estos datos, junto con el hecho de que no hay correlación entre potencia antipsicótica y capacidad de producir EEP, llevaron a considerar la teoría dopaminérgica insuficiente para explicar los desórdenes esquizofrénicos⁹. El conocimiento del componente serotoninérgico en esta patología ha llevado al desarrollo de los antipsicóticos atípicos que se caracterizan por bloquear simultáneamente los receptores dopaminérgicos y los receptores serotoninérgicos.

Se consideran antipsicóticos atípicos o de segunda generación: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, sertindol, aripiprazol y paliperidona (el principal metabolito activo de la risperidona). Algunos autores consideran atípicos a las benzamidas (sulpirida, tiaprida, amisulprida).

Los antipsicóticos atípicos poseen baja afinidad por los receptores D_2 y alta afinidad por los receptores D_1 , D_3 , D_4 y D_5 , los serotoninérgicos 5-HT₁, 5-HT₂, 5-HT₃, noradrenérgicos α_1 y α_2 , los histaminérgicos y los colinérgicos.

Esta afinidad diferencial por los receptores es responsable de su acción farmacológica y de su perfil de efectos adversos: presentan eficacia en los síntomas negativos de la esquizofrenia y en cuadros resistentes al tratamiento convencional, y los EEP aparecen a dosis algo más altas que las terapéuticas. Sin embargo, su uso se ha asociado a otros efectos adversos como la prolongación del intervalo QT del electrocardiograma o la aparición del síndrome metabólico (caracterizado por resistencia a la insulina, obesidad abdominal, dislipemia aterogénica e hipertensión arterial). Todos estos procesos pueden incrementar significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte prematura¹⁰.

La clozapina es el medicamento que ha dado origen al grupo: tiene una eficacia muy alta, que incluye las esquizofrenias resistentes a los antipsicóticos típicos (responden el 30%-50%), y apenas produce efectos extrapiramidales. El inconveniente es que puede producir neutropenia o agranulocitosis, por lo que nunca es de primera línea y es considerado medicamento de especial control médico (Real Decreto 1344/2007; artículo 12.2). Se usa en casos resistentes al tratamiento convencional.

La quetiapina es eficaz en el tratamiento de los síntomas positivos con una baja incidencia de EEP; en síntomas negativos no supera a los típicos. Es eficaz en los pacientes menos graves, en ancianos y en cuadros psicóticos inducidos por fármacos.

Se ha restringido la utilización de antipsicóticos de segunda generación en pacientes con demencia debido a que provocan un aumento en el riesgo de episodios isquémicos cerebrales. Únicamente la risperidona mantiene la indicación en pacientes con demencia, restringiendo su uso al tratamiento sintomático de cuadros de agresividad graves o síntomas psicóticos severos que no respondan a medidas no farmacológicas, en los que se hayan descartado otras etiologías.

El aripiprazol posee un mecanismo de acción diferente al resto del grupo. Es agonista parcial de los receptores D_2 (que conlleva un agonismo o antagonismo funcional, según el grado de actividad dopaminérgica). También posee un agonismo parcial sobre el receptor $5-HT_{1A}$.

Por su parte, la amisulprida podría ocupar un lugar intermedio entre los antipsicóticos típicos y los atípicos. Presenta una alta afinidad selectiva por los receptores dopaminérgicos (D_3/D_2), pero con la particularidad de mostrar un perfil farmacológico diferente, según la dosis utilizada.

Terapéutica farmacológica de la esquizofrenia

El hecho de tener eficacia en síntomas positivos y negativos y menos EEP convierten teóricamente a los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de elección. De hecho, la mayoría de las guías y consensos de expertos recomiendan su uso preferente para un primer episodio de esquizofrenia¹¹. No se puede recomendar un antipsicótico de elección; la eficacia de todos ellos es similar, a excepción de la clozapina. Han mostrado cierta superioridad en este aspecto y por este orden: clozapina, amisulprida, olanzapina y risperidona¹², pero hay gran variabilidad individual de la respuesta. La selección debe tener en cuenta criterios como historial de respuesta del paciente o sus familiares próximos a un determinado medicamento o el perfil de efectos adversos⁹.

Aunque la literatura y las guías de tratamiento actuales desaconsejan de manera uniforme la combinación de fármacos, el uso de la polifarmacia antipsicótica se ha convertido en la regla más que en la excepción y actualmente la dirección está empezando a cambiar en favor de la polifarmacia en pacientes seleccionados¹³.

Tratamiento de depósito

La adherencia al tratamiento es un *handicap* importante en los pacientes psiquiátricos. Se han desarrollado formas farmacéuticas parenterales de depósito que liberan lentamente el fármaco desde el punto de inyección intramuscular, consiguiendo efecto sostenido durante varias semanas (entre dos y cuatro semanas). Los medicamentos depot disponibles en España son: decanoato de flufenazina, decanoato de zuclopentixol, palmitato de pipotiazina, palmitato de paliperidona, microesferas de risperidona y pamoato de olanzapina.

Debe recordarse que la medicación de depósito no es susceptible, como la oral,

de suspensión rápida en caso de aparición de efectos secundarios, por lo que su uso se limita a la terapia de mantenimiento (una vez conocida la tolerancia del paciente al fármaco), nunca de inicio¹⁴.

Antidepresivos

La fisiopatología de la depresión no está completamente definida y se justifica hoy en día sobre la base de distintas teorías que podemos considerar complementarias¹⁵, siendo la más aceptada, para el desarrollo de fármacos, la teoría monoaminérgica, basada en la alteración en los sistemas de neurotransmisión de monoaminas: noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) y dopamina.

Clasificación

En función de la vía de neurotransmisión implicada en su mecanismo de acción, los antidepresivos pueden clasificarse en:

- *Antidepresivos tricíclicos (ATC)*: este grupo incluye toda una serie de compuestos químicamente derivados de anillos orgánicos tricíclicos, que le da el nombre al grupo. Inhiben la recaptación de 5-HT y NA y tienen acción antagonista sobre diversos receptores: adrenérgicos, colinérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Pertenecen a este grupo: amitriptilina, domipramina, doxepina, imipramina, maprotilina, nortriptilina y trimipramina.
Como consecuencia de su inhibición inespecífica presentan numerosos efectos secundarios. No son de primera línea para la depresión. Algunos, como amitriptilina e imipramina, se usan como coadyuvantes en el dolor crónico y en el tratamiento de la enuresis nocturna en niños. Clomipramina también tiene esta última indicación.
- *Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)*: se encuentran comercializados como antidepresivos la tranilcipromina, inhibidor irreversible de las dos formas funcionales de la enzima (MAO-A y MAO-B), y la moclobemida, inhibidor reversible y selectivo de la MAO-A.
Son antidepresivos de reserva. Presentan múltiples interacciones incluso con alimentos (crisis hipertensivas con alimentos tiramínicos).
- *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*: a este grupo pertenecen fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y su estereoisómero activo, escitalopram. Además de la depresión, la mayoría están indicados también en el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- *Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA)*: reboxetina.
Eficacia menor que otros antidepresivos¹⁶. Tratamiento alternativo a los ISRS.
- *Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina*: bupropion.
Indicado también para ayudar a dejar de fumar en pacientes con dependencia a

la nicotina. Mayor incidencia de convulsiones e hipertensión que otros antidepresivos.

- *Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRSN):* venlafaxina y duloxetina. Esta última es útil en el tratamiento del dolor asociado a la neuropatía diabética periférica y presenta riesgo de hepatopatía.
- *Antagonistas de los receptores α_2 presinápticos:* mianserina y su análogo piridínico, la mirtazapina. Similar eficacia a los ATC, sin efectos anticolinérgicos. Riesgo de discrasias sanguíneas.
- *Antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de serotonina (SARI):* trazodona es su principal representante. Mirtazapina y mianserina pueden ubicarse también en este grupo. Trazodona tiene efecto sedante; se emplea con frecuencia como coadyuvante de los ISRS ya que potencia su efecto y disminuye sus efectos adversos¹⁴.
- *Agonistas selectivos de los receptores MT1 y MT2 de la melatonina:* agomelatina. Menor eficacia que otros antidepresivos. Se debe vigilar la función hepática del paciente.

Muchos efectos adversos derivan de la propia acción antidepresiva, es decir, son el resultado de la inhibición de la recaptación de neurotransmisores, como son: taquicardia, temblor, ansiedad/agitación e insomnio por inhibición de la recaptación de noradrenalina y náuseas, pérdida de apetito y disfunción sexual por la inhibición de la recaptación de serotonina.

El incremento de los niveles de serotonina también se ha relacionado con el denominado síndrome serotoninérgico, reacción adversa poco frecuente, pero que puede dar lugar a graves complicaciones. Se caracteriza por un súbito inicio de la tríada estado mental alterado, inestabilidad autonómica y alteraciones neuromusculares. Se puede dar con ATC, ISRS, IMAO y otros fármacos potenciadores de la transmisión serotoninérgica. Ocurre con más frecuencia cuando se combinan dos fármacos serotoninérgicos con distinto mecanismo de acción.

Otros efectos adversos de los antidepresivos se deben al bloqueo de receptores de otros tipos de mediadores bioquímicos; así, la sequedad de boca, estreñimiento y retención urinaria son consecuencia del bloqueo de receptores de acetilcolina; sedación/somnolencia e incremento de peso se deben al bloqueo de receptores de histamina y la hipotensión ortostática se produce por el bloqueo de receptores α_1 -adrenérgicos.

Lógicamente, aquellos antidepresivos que tengan un bloqueo más selectivo, como son los ISRS, tendrán menos efectos adversos; concretamente, sertralina y escitalopram han mostrado los mejores perfiles de eficacia y tolerabilidad¹⁶. Esto, junto con el hecho de que son relativamente seguros en caso de sobredosificación, son las razones principales de su actual popularidad.

Terapéutica farmacológica de la depresión

Un episodio de depresión mayor debe ser tratado siempre con un antidepresivo, junto con psicoterapia. El tratamiento antidepresivo pretende evitar los síntomas agudos de la depresión, recuperar el episodio depresivo y evitar las recaídas.

Es muy importante informar al paciente de que los efectos indeseables al fármaco aparecen antes que la mejoría clínica. La aparición de la máxima actividad terapéutica suele demorarse entre 2-6 semanas. El tratamiento debe durar al menos 6 meses. La retirada anticipada del tratamiento ocasiona elevado número de recaídas. Si un paciente ha respondido positivamente a un tratamiento, es muy probable que lo siga haciendo en posteriores recaídas. La supresión del tratamiento debe hacerse siempre de forma gradual, ya que la retirada brusca puede provocar un síndrome de retirada, caracterizado por mareo, cefalea, diarrea, sudoración e insomnio, entre otros.

Debido al perfil favorable de efectos adversos, los ISRS y los IRSN se consideran los tratamientos de elección en depresión de intensidad leve o moderada. En depresiones graves y refractarias a los ISRS suelen emplearse los ATC. En depresiones atípicas los IMAO pueden ser una alternativa válida.

Ansiolíticos e hipnóticos

Fármaco ansiolítico es aquel que alivia o suprime el síntoma de la ansiedad sin producir sedación o sueño. Aunque existen numerosos fármacos eficaces en el tratamiento de la ansiedad, las benzodiazepinas constituyen el prototipo de este grupo farmacológico.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas facilitan la acción del GABA, principal neurotransmisor inhibitor del SNC. Se unen específicamente al lugar regulador del receptor del GABA y producen una modulación alostérica del receptor provocando un aumento de la afinidad del GABA por su receptor. Se han identificado hasta tres tipos distintos de receptores de benzodiazepinas.

Además de las benzodiazepinas, otros fármacos análogos, como zolpidem y zaleplon, ejercen su acción sobre el mismo receptor GABA, aunque parecen poseer cierta selectividad relativa por un tipo de receptor benzodiazepínico, llamado BZ_1 u ω_1 , relacionado con su efecto hipnótico.

Todas las benzodiazepinas tienen las mismas acciones farmacológicas: ansiolítica/hipnótica, relajante muscular y anticonvulsivante. En su acción ansiolítica, las benzodiazepinas alivian la tensión subjetiva y los síntomas objetivos de la ansiedad: sudor, taquicardia o molestias digestivas. Son el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad generalizada. No son eficaces en la ansiedad asociada a fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de

estrés postraumático, depresión o esquizofrenia. Clonazepam, alprazolam y lorazepam son eficaces en los trastornos de pánico.

A dosis hipnóticas, las benzodiazepinas inducen un sueño que difiere del fisiológico por alteración en la fase no REM; sin embargo, los análogos zolpidem, zopiclona y zaleplon tienden a respetar la arquitectura normal del sueño.

Las diferencias fundamentales entre benzodiazepinas son de tipo farmacocinético. Por este motivo, una clasificación bastante útil es en función de su semivida plasmática eficaz. Este dato hace referencia al tiempo que permanece el fármaco de forma activa en el organismo; así, podemos hablar de benzodiazepinas de acción larga (>24 h), corta (<6 h) o intermedia. Otro dato diferencial importante es el tiempo que tardan en iniciar su efecto; en este sentido podemos hablar de benzodiazepinas de inicio rápido, lento o intermedio. En la [tabla 22-2](#) se muestran las principales benzodiazepinas clasificadas por su vida media. Se incluye además su inicio de acción y sus principales indicaciones terapéuticas¹⁷.

Tabla 22-2**Indicaciones terapéuticas de las benzodiazepinas**

Fármaco	Indicación terapéutica
T_{1/2} corta (<6h)	
Benzazepam (R)	Ansiolítico
Brotizolam (R)	Hipnótico
Clotiazepam (R)	Ansiolítico
Midazolam (R)	Hipnótico, inducción anestésica, sedación pre-IQ
Triazolam (I)	Hipnótico
Loprazolam (I)	Hipnótico
Zolpidem ^a (L)	Hipnótico
Zopiclona ^a (L)	Hipnótico
T_{1/2} intermedia (6-24 h)	
Temazepam (R)	Ansiolítico, hipnótico
Alprazolam (I)	Ansiolítico, ataque de pánico
Bromazepam (I)	Ansiolítico
Flunitrazepam (I)	Hipnótico, ansiolítico pre-IQ, inducción anestésica
Halazepam (I)	Ansiolítico
Lorazepam (I)	Hipnótico, ansiolítico
Lormetazepam (I)	Hipnótico
Oxazepam (L)	Ansiolítico, alcoholismo
T_{1/2} prolongada (>24 h)	
Clorazepato (R)	Ansiolítico, hipnótico
Diazepam (R)	Ansiolítico, hipnótico, antiespástico, ansiedad pre-IQ, alcoholismo, <i>status</i> epiléptico
Flurazepam (R)	Hipnótico
Tetrazepam ^b (R)	Espasticidad
Clordiazepóxido (I)	Ansiolítico, alcoholismo
Clobazam (I)	Ansiolítico, hipnótico, antiepiléptico (coadyuvante)
Clonazepam (I)	Antiepiléptico, <i>status</i> epiléptico
Quazepam (I)	Hipnótico
Ketazolam	Hipnótico
Pinazepam	Ansiolítico

T_{1/2} : vida media del fármaco; R: inicio de acción rápido; I: inicio de acción intermedio; L: inicio de acción lento; IQ: intervención quirúrgica.

^a Análogos de benzodiazepinas.

^b Tetrazepam (Myolastan®). Retirado de la comercialización (junio 2013).

El problema principal de las benzodiazepinas de acción larga es la acumulación con la administración repetida, con la consecuente sedación excesiva, propensión a los accidentes, etc. En cambio, tienen la ventaja de manifestar en grado mínimo los efectos derivados de la privación o retirada (insomnio de rebote, ansiedad,

reacciones de agresividad, síndrome de abstinencia).

Recíprocamente, el uso de benzodiazepinas de acción corta minimiza los cuadros de sedación y somnolencia residual, pero evidencia los efectos adversos relacionados con los ascensos y descensos bruscos de niveles plasmáticos como el insomnio o la amnesia anterógrada.

Otros ansiolíticos

La buspirona es un fármaco agonista parcial del receptor 5-HT_{1A} que posee acción ansiolítica. Carece de acción sedante-hipnótica, anticonvulsivante y miorelajante; no produce tolerancia ni dependencia. Como desventaja, tarda dos semanas en instaurar el efecto ansiolítico.

Otros fármacos ansiolíticos son: antihistamínicos como la hidroxizina, neurolépticos a dosis bajas, antidepresivos (muy utilizados en el trastorno de la ansiedad generalizada) y bloqueantes β -adrenérgicos, como el propanolol, útil en el «pánico de escena» por controlar las manifestaciones somáticas adrenérgicas (palpitaciones, sudoración, temblor).

Otros hipnóticos

Aunque los barbitúricos fueron usados ampliamente como hipnóticos, en la actualidad han sido relegados completamente de esta indicación.

El clometiazol es un fármaco hipnótico-sedante utilizado en la abstinencia alcohólica (*delirium tremens*) y en las alteraciones del sueño en la vejez.

Terapéutica farmacológica de la ansiedad

Las benzodiazepinas son el grupo farmacológico empleado con mayor frecuencia como ansiolítico/sedante. La elección de un tipo de benzodiazepinas de vida media larga o corta debe basarse en una evaluación de qué tipo de riesgos (sedación o sintomatología de retirada) son más probables o perjudiciales en cada caso concreto.

Para tratamiento a más largo plazo de los trastornos de ansiedad, los ISRS son los agentes recomendados en primer lugar.

Litio y eutimizantes

Los denominados fármacos eutimizantes, timorreguladores o reguladores del humor serían aquellos agentes eficaces en la fase maníaca y depresiva del trastorno bipolar, capaces de modificar, además, la vulnerabilidad del sujeto a padecer futuros episodios de depresión o manía, evitando, por tanto, las recurrencias y las recidivas.

Litio

El carbonato de litio es un referente claro en el tratamiento del trastorno bipolar. Su extremada sencillez química contrasta con la enorme complejidad de sus efectos farmacológicos. Pese a sus limitaciones, conserva un lugar de privilegio dentro del arsenal terapéutico psicofarmacológico. De hecho, es considerado por muchos clínicos como el *gold standard* de los eutimizantes⁹.

El litio interfiere en el ciclo de los fosfatidilinositoles alterando la síntesis de fosfolípidos. Actualmente, se postula este mecanismo, entre otros, como la base de su acción antimaniaca.

Se puede predecir una buena respuesta antimaniaca al litio en casos de respuesta previa positiva, en la manía clásica con predominio de euforia, grandiosidad e hiperactividad. Por el contrario, una mayor gravedad del cuadro clínico, existencia de síntomas paranoides y psicóticos, clínica de manía mixta o disfórica, cicladores rápidos, cuadros maniacos de causa orgánica o inicio del cuadro en la adolescencia y vejez tienen peor pronóstico de respuesta⁹.

Los efectos adversos del litio (anorexia, alteraciones del tiroides, sed, molestias gastrointestinales) limitan su uso y cumplimiento. Las determinaciones periódicas de litio en sangre (litemias) permiten controlar la adherencia al tratamiento, evitar efectos adversos por sobredosificación, así como falta de eficacia por infradosificación.

Pese a la eficacia del litio, más del 50% de los pacientes bipolares se muestran refractarios al tratamiento, a lo que se añaden fenómenos de pérdida de eficacia (tolerancia).

Otros fármacos usados en el trastorno bipolar

Anticonvulsivantes

Destacan la carbamazepina y su metabolito activo, la oxcarbazepina, en el tratamiento de ataques de ira frecuentes, y el valproato y su profármaco la valpromida.

Se utilizan también gabapentina, lamotrigina (puede ser efectiva en el control de ciclos rápidos, parece funcionar especialmente bien en la fase depresiva) y topiramato. Sin embargo, en estudios recientes no han mostrado superioridad frente a placebo¹⁸.

Antipsicóticos

Los fármacos antipsicóticos de referencia para tratar la fase aguda maníaca son risperidona, olanzapina y haloperidol¹⁸. A pesar de que la clorpromazina es un antipsicótico empleado desde hace décadas en el tratamiento de la manía, no se dispone de datos bien contrastados en esta indicación.

La asenapina presenta un perfil farmacológico muy complejo (forma parte de lo que se conoce como «medicamentos bioquímicamente sucios»). Está indicado en

el tratamiento de episodios maníacos en pacientes con trastorno bipolar de tipo I.

Otros fármacos utilizados en el trastorno bipolar

Los bloqueantes de los canales del calcio (verapamilo, nifedipina, etc.) parecen actuar como estabilizadores potenciales del humor para el tratamiento de manía aguda, ciclos ultrarrápidos y depresión recurrente. Por otro lado, los agentes ansiolíticos, en especial las benzodiazepinas, se emplean habitualmente para reducir la ansiedad, disminuyendo la actividad de los sistemas de activación del cerebro; reducen la agitación y la hiperactividad y ayudan a facilitar el sueño⁹.

Situaciones especiales

Hay determinadas situaciones fisiológicas, como son la vejez, la niñez, el embarazo o la lactancia, que presentan características peculiares que deben ser consideradas a la hora de seleccionar un determinado tratamiento farmacológico.

Ancianos

En el tratamiento farmacológico de los ancianos se deben tener en cuenta dos circunstancias que se presentan habitualmente en este grupo poblacional: la polifarmacia (son pacientes con diversas patologías y se encuentran polimedicados) y la insuficiencia de los sistemas de eliminación de fármacos (función renal y hepática). Estos procesos hacen indispensable vigilar, por un lado, las posibles interacciones medicamentosas, y, por otro, el riesgo de sobredosificación.

Antipsicóticos en ancianos

El paciente anciano con demencia desarrolla, en la mayoría de los casos, trastornos de conducta que incluyen episodios más o menos graves de psicosis, alucinaciones y agresividad, tanto física como verbal. Los antipsicóticos típicos, como el haloperidol, muestran una eficacia discreta y un perfil de efectos adversos desfavorable en el tratamiento de las alteraciones conductuales en la demencia. Los antipsicóticos atípicos, considerados con un perfil de efectos adversos más favorable, se consideran en la actualidad de primera elección en el paciente anciano¹⁹.

El uso de antipsicóticos clásicos en pacientes ancianos con demencia se ha asociado con un incremento de la mortalidad. No se dispone de datos suficientes para establecer diferencias de riesgo entre antipsicóticos clásicos y atípicos o entre antipsicóticos individuales.

Actualmente, el único fármaco de este grupo con indicación aprobada para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia es la risperidona (v. apartado de Antipsicóticos atípicos).

Antidepresivos en ancianos

La eficacia de los antidepresivos en los ancianos es similar a la observada en los pacientes jóvenes, aunque la respuesta al tratamiento es a menudo más lenta. Se aconseja comenzar con la dosis más baja, que se incrementará gradualmente.

La hiponatremia, usual en el anciano, se ha asociado a todos los tipos de antidepresivos, aunque más frecuentemente con los ISRS. Los ancianos pueden ser más sensibles a los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos tales como retención urinaria (especialmente, en hombres mayores con hipertrofia

prostática), delirio anticolinérgico e hipotensión ortostática, que aumenta el riesgo de caídas y sedación²⁰.

Citalopram y escitalopram pueden producir una prolongación del intervalo QT del electrocardiograma, por lo que su dosis máxima en pacientes mayores de 65 años es la mitad que en adultos²¹. A pesar de esto, los ISRS pueden resultar de elección en muchos pacientes ancianos, debido a su mejor perfil de efectos adversos. Se aconseja vigilar la posible pérdida de peso.

Citalopram y sertralina tienen la ventaja de presentar menos interacciones, factor a tener muy en cuenta en el anciano polimedicado.

Ansiolíticos en ancianos

Se recomienda seleccionar benzodiazepinas 3-hidroxiladas, como lorazepam u oxazepam, ya que no sufren procesos oxidativos hepáticos, los cuales están alterados en el anciano.

Se recomienda vigilar el nivel de sedación en estos pacientes, ya que si ésta es excesiva puede provocar caídas con resultados especialmente graves en este grupo poblacional.

Es aconsejable ajustar progresivamente la dosis, teniendo en cuenta que la de los ancianos debe ser la mitad que la de los adultos jóvenes.

Eutimizantes en el anciano

A pesar de la tendencia a prescribir en ancianos con trastorno bipolar otros estabilizadores del ánimo, especialmente ácido valproico, el litio sigue siendo una buena elección. Se debe hacer un estrecho seguimiento de las litemias, función renal y tiroidea²².

Niños

Los diagnósticos más claros de beneficio contrastado e indicación aprobada de psicofármacos en niños son el déficit de atención e hiperactividad, los episodios de psicosis y los trastornos bipolares. Para otro tipo de situaciones, se recomienda valorar el caso de forma muy extensa y barajar otras alternativas terapéuticas.

Antipsicóticos en niños

En los últimos años se ha incrementado la prescripción de fármacos antipsicóticos, tanto para los trastornos psicóticos como para otros trastornos mentales en niños y adolescentes. Pese a las escasas indicaciones de estos tratamientos en este grupo de edad, esta práctica se ha convertido en habitual en la clínica psiquiátrica, especialmente en el caso de los antipsicóticos de segunda generación. Este incremento se ha observado, no sólo en el número de prescripciones, sino también en el período de exposición a estos fármacos.

Los datos disponibles actualmente muestran que los antipsicóticos de segunda generación en conjunto tienen menos efectos neurológicos motores adversos que los de primera generación en población infanto-juvenil; por el contrario, la mayor parte de ellos se asocian a un incremento en el riesgo de complicaciones metabólicas (obesidad, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipemias y alteraciones cardiovasculares²³).

Antidepresivos en niños

Fluoxetina es el único antidepresivo aprobado en el tratamiento de episodios depresivos de moderados a graves en niños y adolescentes de 8 a 18 años.

Se debe vigilar estrechamente la aparición de comportamiento suicida, autolesión u hostilidad, especialmente al inicio del tratamiento. Existen datos limitados sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes en relación al crecimiento, la maduración sexual y el desarrollo cognitivo, emocional y conductual (24).

Ansiolíticos en niños

No se recomienda el uso de benzodiazepinas en niños a no ser que sea estrictamente necesario; la duración del tratamiento debe ser la mínima posible.

En niños se produce con mayor frecuencia y severidad las reacciones paradójicas, en las que en lugar de relajación se produce excitación, irritabilidad o desinhibición.

Los microenemas de diazepam están especialmente indicados en convulsiones febriles en niños mayores de un año.

El clonazepam, indicado en perturbaciones psicoevolutivas de la infancia, también dispone de presentaciones pediátricas.

Litio en niños

No hay estudios adecuados de uso de litio en niños por lo que no se recomienda su uso en esta población²⁵. En general, no se encuentran disponibles ensayos controlados sobre la eficacia y seguridad de psicofármacos para el tratamiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes. Pese a esto, el hecho de no disponer de alternativas terapéuticas avoca a su uso fuera de indicación. En general, se usa una terapéutica similar a la de los adultos²⁶.

Embarazo y lactancia

El uso de cualquier fármaco en el período de embarazo y lactancia tiene un potencial riesgo para el feto o lactante²⁷. Sin embargo, el conocimiento sobre las especificidades del metabolismo de los psicofármacos en la mujer, de la distribución de los fármacos en el organismo que se desarrolla, de la

epidemiología de los trastornos mentales durante el período femenino fértil y de las repercusiones que la enfermedad mental no tratada en una gestante puede tener sobre la salud inmediata del feto/recién nacido y sobre su futuro bienestar psicológico han modificado el abordaje terapéutico de estas situaciones, que en el pasado se limitaba prácticamente a la abstinencia de consumo farmacológico²⁸.

Antipsicóticos en embarazo y lactancia

Existen múltiples riesgos potenciales de toxicidad por la exposición a los fármacos antipsicóticos durante el embarazo. El uso de antipsicóticos típicos en la gestación está asociado a niños con menor peso al nacer y menor tamaño para su edad gestacional, mientras que, paradójicamente, los antipsicóticos atípicos parecen producir el efecto contrario (se asocia a mayor tamaño y mayor peso). Por otro lado, existe un importante déficit de información acerca de los posibles efectos teratogénicos y neuroconductuales que pudieran aparecer en los nacidos de mujeres tratadas con antipsicóticos durante el embarazo²⁹.

La decisión de evitar la medicación, sin embargo, puede dar lugar a la exacerbación de los síntomas o recaídas en la paciente, así como a una menor interacción madre-recién nacido y causar déficit en el desarrollo del recién nacido/niño.

Por imperativos éticos no se dispone de ensayos clínicos controlados que permitan desarrollar guías que ayuden en las decisiones de la práctica clínica³⁰. Por todo ello, su uso deberá ser muy bien sopesado en cada caso²⁸.

Antidepresivos en embarazo y lactancia

Los beneficios de un tratamiento farmacológico inmediato de un episodio depresivo mayor superan a menudo los riesgos de la exposición del feto al antidepresivo²⁰.

Citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y venlafaxina, así como los ATC (domipramina, imipramina, y nortriptilina), no parecen estar asociados a un mayor riesgo de malformaciones en el niño. Todos ellos tienen la categoría C de la FDA. Cualquiera de ellos, pero especialmente la fluoxetina, por su mayor experiencia clínica en embarazadas, podría ser el fármaco antidepresivo de elección en la mujer gestante.

La paroxetina (ISRS) ha sido catalogada como D por la FDA; por tanto, está contraindicado su uso durante el embarazo²⁰. Los IMAO parecen aumentar el riesgo de malformaciones en el feto; adicionalmente, presenta riesgo de crisis hipertensivas, lo que aconseja evitarlos durante el embarazo.

Debido a su falta de experiencia en mujeres embarazadas, mirtazapina, escitalopram, duloxetina y bupropion deberían evitarse en estas mujeres.

En relación al uso de antidepresivos en la lactancia hay que tener en cuenta que entre 7-10% de las mujeres desarrollan depresión posparto. Si se opta por tratar

farmacológicamente la depresión, se aconseja administrar la dosis menor efectiva y considerar que las máximas concentraciones en leche materna de los ISRS se alcanzan a las 4-8 horas. Se puede administrar el medicamento a la hora de acostarse y sustituir la toma nocturna por biberones con leche materna recogida a lo largo del día.

No se han comunicado efectos adversos en lactantes de madres que estaban tomando amitriptilina, clomipramina, sertralina, paroxetina, citalopram o escitalopram. Doxepina y fluoxetina se han asociado con elevadas concentraciones en el lactante, aunque no se han observado efectos adversos; sólo en casos aislados se ha descrito irritabilidad en el niño²⁰.

Ansiolíticos en embarazo y lactancia

El uso crónico de benzodiazepinas durante el embarazo puede provocar un síndrome de abstinencia neonatal (temblores e irritabilidad), así como flacidez neonatal y problemas respiratorios. Su uso en el parto puede dar lugar a un síndrome en el neonato caracterizado por hipotonía, letargia y dificultades en la lactancia.

Rara vez es justificado su uso durante el embarazo, por lo que se deberían evitar, sobre todo durante el primer trimestre. La mayoría de las benzodiazepinas han sido catalogadas con categoría D por la FDA.

Se recomienda evitar este tipo de fármacos durante la lactancia materna o suspenderla. Las benzodiazepinas se excretan en pequeñas cantidades con la leche materna, es posible la acumulación de estos fármacos y sus metabolitos, alcanzando niveles tóxicos (sedación, dificultades en la alimentación, pérdida de peso y letargia).

En caso de ser necesaria una benzodiazepina durante la lactancia son preferibles aquellas de acción corta (lorazepam, alprazolam o midazolam). Midazolam es indetectable en la leche materna a las 4 horas de la administración²⁰.

Litio en embarazo y lactancia

El litio no debe administrarse en el embarazo, especialmente en el primer trimestre, debido a su posible teratogenicidad. Atraviesa la placenta y se han descrito casos de aumento de incidencia de bocio neonatal y malformaciones cardiovasculares congénitas como la anomalía de Ebstein.

El litio difunde a la leche materna. En caso necesario y debido a la posibilidad de efectos adversos graves en el lactante, se aconseja suspender la lactancia materna²⁵.

Cuidados de enfermería en el paciente en tratamiento con psicofármacos: interacciones y efectos adversos

Cuidados de enfermería en el paciente con tratamiento antipsicótico

Se recomienda motivar y tener ocupado al paciente con tratamiento antipsicótico, evitando de esta manera su aislamiento y tendencia al encamamiento. Vigilar la aparición de estados depresivos.

Se debe vigilar y controlar la aparición de fenómenos adversos, principalmente reacciones extrapiramidales. Es conveniente que el paciente esté informado de estos y de que son corregibles. En estos casos, es frecuente la administración de anticolinérgicos, habitualmente biperideno. Otros efectos secundarios que el paciente debe conocer que se pueden presentar son disfunción sexual, ginecomastia y/o galactorrea.

Se recomienda tomar la tensión arterial cada 12 horas, vigilando la aparición de hipotensión ortostática. Será preciso enseñar al paciente a levantarse de la cama o de una silla de manera pausada. Igualmente, se debe tomar la temperatura y la frecuencia cardíaca cada 12 horas.

Se debe conocer la tríada característica del SNM. Ante la aparición de hipertermia inexplicable debe suspenderse la medicación. El tratamiento de elección para revertir el SNM es el dantroleno.

Explicar al paciente que la congestión nasal y la sequedad de boca (falsa sed) son efectos imputables al tratamiento y que se aliviarán con la administración frecuente de pequeños sorbos de agua. Insistir en una correcta higiene bucodental para prevenir la aparición de candidiasis, aftas y caries que se ven favorecidas por la hiposialorrea.

Se debe vigilar y controlar la correcta alimentación del paciente asegurando asimismo un suficiente aporte de líquidos. El enfermo puede presentar anorexia o estar pasivo, siendo necesario animarle o ayudarle a comer. Si el paciente está parkinsonizado será preciso ayudarle y adecuar la consistencia de la dieta. Además, se debe vigilar y controlar a diario, preguntando al enfermo la existencia de retención urinaria y/o estreñimiento³¹.

Interacciones clínicamente relevantes: la combinación de antipsicóticos con antidepresivos tricíclicos, con antiarrítmicos del grupo Ia o con otros antipsicóticos incrementa el riesgo de prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. Con metoclopramida hay mayor riesgo de EEP y SNM.

Cuidados de enfermería en el paciente con

tratamiento antidepresivo

Se recomienda vigilar estrechamente al enfermo durante los primeros 15 días del tratamiento. La desaparición rápida de la inhibición sin haber variado el humor incrementa el riesgo de suicidio. Vigilar la inversión del humor y la aparición de delirio.

Se debe observar la aparición de efectos adversos tales como estados confusionales (especialmente en ancianos) o hipotensión ortostática; en este caso, enseñar al paciente a levantarse de la cama o de una silla de forma pausada. Se recomienda tomar y anotar la curva de tensión arterial cada doce horas. Es importante conocer la sintomatología del síndrome serotoninérgico para poder detectarlo en caso de que se produzca. Se debe explicar al paciente, especialmente en tratamiento con ATC, que la congestión nasal, sequedad de boca o los sofocos son efectos secundarios del tratamiento y la manera de aliviarlos. Es conveniente vigilar y anotar a diario si existe o no retención urinaria y/o estreñimiento; el paciente deprimido casi nunca se queja de este tipo de síntomas; asimismo, vigilar la aparición de edemas. En caso de uso de IMAO, conocer la interacción de estos con otros fármacos y los alimentos que deben ser eliminados de la dieta.

Interacciones clínicamente relevantes: las interacciones de los ATC son las más numerosas, aunque las de los IMAO son las más graves. De los ISRS, citalopram y sertralina son los que presentan menos interacciones.

Cuidados de enfermería en el paciente con tratamiento ansiolítico e hipnótico

Se debe realizar un seguimiento de la aparición de reacciones adversas a los tratamientos ansiolíticos e hipnóticos, sobre todo de los síntomas relacionados con el SNC y el desarrollo de tolerancia y dependencia, comunicando lo observado al médico del paciente. Se recomienda vigilar el nivel de sedación, especialmente en pacientes con insuficiencia respiratoria y en pacientes ancianos. Se ha de advertir al enfermo de la inconveniencia de conducir vehículos, manejar maquinaria peligrosa o consumir alcohol.

En las intoxicaciones (sobredosis) de benzodiazepinas, tanto agudas como crónicas, además de las medidas habituales se dispone de un antídoto específico, el flumazenilo, antagonista competitivo de los receptores benzodiazepínicos.

Interacciones clínicamente relevantes: con otros depresores del SNC, como el etanol. Las benzodiazepinas que se metabolizan por glucuronidación, como el lorazepam, poseen menos riesgo de interacciones farmacocinéticas.

Cuidados de enfermería en el paciente en tratamiento con litio

Las muestras de sangre para efectuar la determinación de litemias se deben extraer antes de administrar la dosis (concentración valle). La sangre se recogerá en tubo sin aditivos.

Se recomienda administrar las dosis de litio con las comidas para paliar las molestias gástricas. Se debe indicar al paciente que no debe restringir la sal en su dieta y vigilar la ingesta de líquidos para evitar su deshidratación.

Se debe prestar atención a la posible aparición de síntomas de una posible intoxicación incipiente por litio como diarrea, vómitos, somnolencia o debilidad muscular²⁴. En estos casos, interrumpir el tratamiento e informar al médico. En intoxicación leve-moderada el tratamiento de elección es la hemodiálisis.

Interacciones clínicamente relevantes: los fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) pueden incrementar los niveles de litio en sangre.

Papel de enfermería en la vigilancia del tratamiento con psicofármacos

Se debe explicar al paciente la necesidad del tratamiento, su naturaleza y sus modalidades; de esta forma, se puede obtener del enfermo la mejor cooperación posible. Asimismo, debe advertirse al paciente de la posibilidad de la aparición de efectos secundarios indeseables y vigilar la aparición de los mismos. Si esto ocurre, el enfermero tiene un papel de apoyo psicológico muy importante de cara al enfermo, pudiéndole ayudar a soportar los malestares provocados por el tratamiento.

El enfermero debe vigilar estrechamente las dosis y asegurar que el paciente toma su medicación correctamente. En función de la eficacia obtenida y en razón a la aparición de posibles efectos secundarios, es necesario ajustar las dosis. El tratamiento farmacológico no es plenamente eficaz hasta que las dosis estén individualmente adaptadas. Es preciso, pues, estar seguro de que las dosis anteriormente administradas han sido absorbidas.

Para apreciar los efectos del tratamiento es fundamental la observación continuada de enfermería. Se recomienda registrar la presión arterial y la temperatura dos veces al día. Del mismo modo, cualquier modificación del comportamiento del paciente, así como la aparición de posibles efectos adversos, también debe registrarse.

De manera general, la correcta vigilancia por parte de enfermería permite apreciar y evaluar la eficacia del tratamiento, ajustar las dosis en función de la evolución, con el fin de evitar una dosificación insuficiente o muy elevada, y evitar interrupciones muy precoces del tratamiento o su prolongación innecesaria³¹; en definitiva, conduce a una optimización del tratamiento psicofarmacológico.

Bibliografía

1. Torres C, Escarabajal MD. Psicofarmacología: Una aproximación histórica. *Anales de psicología*. 2005;21(2):199–212.
2. López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E. La «década de oro» de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero-15 de marzo 2000 [citado: 11/2013]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_c.
3. López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E, Shen WW, Clervoy P, Rubio G. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17:113–135.
4. Mayet S, Smith M, Olajide D. La lógica de los hábitos prescriptivos de los psiquiatras. *Eur J Psychiat*. 2004;18:187–192.
5. Bravo MF. *Psicofarmacología para psicólogos*. 1.^a ed. Madrid: Síntesis; 2002.
6. Taylor D, McConnell H, McConnell D, Abel K, Kerwin R. *The Bethlem & Maudsley NHS Trust 1999 Prescribing Guidelines*. 5.^a ed. Londres: Martin Dunitz; 1999.
7. Ceruelo J, García S. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC*. 2007;14(10):637–647.
8. Wijdicks E. Neuroleptic malignant syndrome. In: UpToDate, Rose BD. (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013. [acceso: diciembre 2013] Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/neuroleptic-malignant-syndrome>
9. Base de datos de medicamentos del Consejo general de los colegios oficiales de farmacéuticos: Disponible en: <http://www.portalfarma.com>
10. Cortés B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2011;31:303–320.
11. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.^a ed. Barcelona, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques; 2009.
12. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382:951–962.
13. Stahl S. Nuevas guías para el uso de la polifarmacia antipsicótica. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(3):97–100.
14. López A, Moreno L, Villagrasa S. *Manual de farmacología*. 2.^a ed.

- Barcelona: Elsevier; 2010.
15. Li X, Frye M, Shelton RC. Review of Pharmacological Treatment in Mood Disorders and Future Directions for Drug Development. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(1):77–101.
 16. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JPT, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:746–758.
 17. Gámez M, Irala C. Selección de benzodiazepinas. Bases para su utilización en el hospital. *Farm Hosp*. 1996;21(2):117–122.
 18. Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2011;378:1306–1315.
 19. Martínez G, Peris JF, Gomar J, Navarro M, Quintana I, Muelas J. Utilización de fármacos antipsicóticos atípicos en ancianos institucionalizados y prevalencia de alteraciones metabólicas. *Farm Hosp*. 2010;34(3):139–147.
 20. Trastornos del estado de ánimo: depresión y ansiedad. Guía farmacoterapéutica. Plan estratégico para el desarrollo de la atención farmacéutica'09. Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. Disponible en:
<https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2009/2/11/37502.pdf>
 21. Agencia española del medicamento y productos sanitarios. Nota informativa de alerta, 2 de diciembre 2011. Disponible en:
www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/MUH_23-2011.htm
 22. Shulman K. Lithium for Older Adults Adults With Bipolar Disorder: Should it Still Be Considered a First-Line Agent? *Drugs & Aging*. 2010;27(8):607–615.
 23. Merchán-Naranjo J, Tapia C, Bailón C, Moreno C, Baeza I, Calvo-Escalona R, et al. Efectos secundarios del tratamiento antipsicótico en niños y adolescentes *naïve* o *quasi-naïve*: diseño de un protocolo de seguimiento y resultados basales. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(4):217–228.
 24. Prozac® (fluoxetina). Ficha técnica de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Disponible en:
<http://www.aemps.gob.es/>
 25. Plenur® (litio). Ficha técnica de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/>
 26. Danielyan A, Kowatch RA. Management Options for Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *Pediatric Drugs*. 2005;7(5):277–294.
 27. www.e-lactancia.org. Ofrece información sobre compatibilidad de

- medicamentos y otros productos con la lactancia materna; elaborada por el Hospital Marina Alta (Denia, España).
28. Soler E, Montesinos S, Ferrando R, Bertolín JM. *Antipsicóticos en el embarazo y la lactancia*. 1.^a ed. Valencia: Goaprint; 2009.
 29. Newham JJ, Thomas SH, MacRitchie K, McElhatton PR, McAllister-Williams RH. Birth weight of infants after maternal exposure to typical and atypical antipsychotics: prospective comparison study. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):333–337.
 30. Webb RT, Howard L, Abel KM. Fármacos antipsicóticos para la psicosis no afectiva en el embarazo y el posparto (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
 31. Álvarez R. Papel de enfermería en la evaluación y control de los efectos secundarios de los psicofármacos. *Enfermería científica* 1992; 124-25. Disponible en: http://www.elgotero.com/enfermería_psiquiátrica.htm (actualizado en 1999).

CAPÍTULO 23

Cuidados de enfermería y tratamientos psicológicos

Cristina Gavira Fernández

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción. Concepto de psicoterapia y psicoterapia inespecífica 260

Clasificación de las psicoterapias 261

Según el número de participantes 261

Psicoterapia individual 261

Psicoterapia de pareja 261

Psicoterapia familiar 261

Según la teoría de base 262

Terapia psicoanalítica y otras terapias
psicodinámicas 262

Terapia humanística 262

Terapia cognitivo-conductual 263

Otras formas de psicoterapia 263

Aspectos psicoterapéuticos en el proceso enfermero 264

El enfermero como coterapeuta 264

El enfermero y la psicoeducación 264

El enfermero y la valoración de la familia 267

El enfermero y la entrevista motivacional 267

Precontemplación 268

Contemplación 269

Preparación 269

Acción 269

Mantenimiento 269

Recaída 269

El enfermero y el manejo de las quejas
somáticas 269

OBJETIVOS

- Definir los conceptos de psicoterapia y psicoterapia inespecífica y establecer sus diferencias.
- Describir básicamente los principales modelos teóricos de psicoterapia.
- Reflexionar sobre la utilidad de los nuevos contextos y procedimientos psicoterapéuticos.
- Identificar los elementos psicoterapéuticos implícitos en el proceso de enfermería.
- Describir las principales posibilidades de intervención psicoterapéutica a realizar por los profesionales de enfermería.

Introducción. Concepto de psicoterapia y psicoterapia inespecífica

Los principales tratamientos utilizados en salud mental incluyen intervenciones orientadas a mejorar los aspectos biológicos (fundamentalmente con el empleo de psicofármacos) y psicológicos (la psicoterapia), sin olvidar las medidas que abordan los aspectos sociales, especialmente la rehabilitación.

La palabra psicoterapia, procedente del griego, surge de la unión de dos términos, por un lado psico (*psyche*), que significa alma o actividad mental, y por otro terapia, que significa tratamiento. Sus antecedentes se sitúan mucho antes del nacimiento de la psicología como ciencia y de la psicología clínica como campo de aplicación psicológico, de la mano de otros saberes y disciplinas (religión, filosofía, medicina). La [Asociación Psiquiátrica Americana \(2014\)](#) la define como «cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos».

Para la [Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas \(2014\)](#) la psicoterapia es un «tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia».

La sobrecarga asistencial hace que el peso fundamental del tratamiento en salud mental recaiga sobre los psicofármacos, dejando en un lugar secundario las técnicas psicoterapéuticas, que necesitan más tiempo para su aplicación y mayor formación. La despersonalización de la asistencia, por la que quedan distorsionados los elementos de la relación personal-sanitario-paciente, repercute en la generación de sentimientos de frustración, enojo y temor, tanto de los profesionales como de los pacientes, constituyendo una importante fuente de insatisfacción y dificultando aún más la realización de psicoterapia.

A pesar de estas dificultades y de las exigencias de formación para ser psicoterapeuta, no hay que olvidar el potencial terapéutico que tiene en sí mismo el saber establecer una adecuada relación con el paciente. Es este aspecto, que se conoce como *psicoterapia inespecífica* ([Crespo, J.; Gavira, C., 1994](#)), una forma de relación personal sanitario-paciente-terapéutica por sí misma, basada en tres pilares fundamentales: la empatía, la escucha activa y el considerar la triple dimensión biológica, psicológica y social de la persona. El establecimiento de una adecuada alianza terapéutica, entendida como una relación estable y de confianza entre un paciente y el profesional que lo atiende, es la base fundamental sin la cual ninguna actuación, plan de cuidados o tratamiento generará resultados adecuados ([Santibáñez, P.; Román, M.; Lucero, C.; Espinoza, A.; Irribarra, D., y](#)

Müller, A., 2008).

Estas premisas, aplicables a cualquier profesional sanitario, tienen especial trascendencia en enfermería, por ser los que disponen de un valioso tiempo de relación con los pacientes, ser los responsables de los cuidados tanto del propio enfermo como de su familia y constituirse con frecuencia en el principal enlace familia-equipo sanitario.

La relación personal sanitario-paciente es una relación de ayuda, en la que ninguna de las personas participantes ha buscado el encuentro, por lo que tiene cierto carácter forzado (Crespo, J.; Gavira, C., 1994). Esta relación de asistencia tiene como punto de partida la demanda de un paciente que sufre, dirigida a un profesional sanitario que dispone de un saber. El paciente espera apoyo, ayuda, alivio de sus síntomas y, si fuera posible, la curación total de su enfermedad. El enfermo, por lo tanto, se encuentra en una doble situación de inferioridad. Por un lado, es él el que demanda ayuda a los profesionales; por otro, lo hace en una situación de dolor o sufrimiento. Para poner en marcha el proceso terapéutico la persona que sufre desvela sus problemas y permite que el terapeuta observe su mundo interno, su vida y sus temores, haciendo posible una nueva comprensión de lo que ocurre y abriendo nuevos caminos y formas de actuar (González Torres, 2009). El terapeuta se ve así en una posición privilegiada, ya que tiene acceso a las áreas más íntimas de la vida de otras personas, por lo que su conducta debe ser irreproachable, honesta y delicada.

La relación profesional sanitario-paciente se desarrolla en tres fases (Crespo, J.; Gavira, C., 1994):

1. *Fase de acogida*: abarca las primeras entrevistas, debe realizarse en un clima de interés y afecto, en un ambiente reservado y sereno. Hay que considerar un manejo adecuado del silencio. Es importante establecer las bases del trabajo a realizar y lo que se espera del paciente y/o su familia.
2. *Fase de trabajo*: se sucede de forma paulatina, y en ella se realizan los cuidados propiamente dichos; debe seguir manteniéndose el clima de interés y afecto ya establecido en la fase anterior. Hay que resaltar varios aspectos, la relación manual, los instrumentos exploratorios o terapéuticos y los fármacos.
3. *Fase de despedida*: final de la relación establecida entre el profesional sanitario y el paciente. Siempre que sea posible, debe ser conocida la fecha de terminación por el paciente y/o su familia y estar adecuadamente planificada. Es el momento de hacer una valoración final, aceptando el análisis crítico por parte del enfermo y/o familia.

Clasificación de las psicoterapias

La clasificación de la psicoterapia exige el empleo del término en plural debido a la diversificación de los modelos conceptuales y de las técnicas empleadas. Así, las psicoterapias pueden clasificarse en función del número de participantes o en base a los principios básicos en los que se sustentan sus intervenciones.

Según el número de participantes

Psicoterapia individual

Es la forma más frecuente de psicoterapia. Es la que considera a la persona de manera *individual*, es decir, en la relación que se establece sólo participan el terapeuta y el paciente. Sin embargo, las entrevistas a solas se suelen complementar con visitas puntuales de algún miembro de la familia o pareja, que amplían la información proporcionada por el enfermo; es importante que en estas visitas esté presente el interesado, y, salvo excepciones, no se aceptará ninguna propuesta de los familiares por comentar sus preocupaciones a espaldas del propio de él. En ocasiones, estos informantes pueden participar también como *coterapeutas*, es decir, elementos de apoyo para que el paciente sea capaz de poner en práctica lo aprendido durante las sesiones y afronte sus dificultades fuera del contexto de la psicoterapia.

Psicoterapia de pareja

La *psicoterapia de pareja* incluye a los dos miembros de la misma, con el objetivo de que aprendan a resolver conflictos mediante la cooperación y negociación, mejoren la intimidad y sean capaces de expresar las emociones positivas y negativas adecuadamente, afrontando los momentos inesperados de hostilidad y malhumor (Becoña, 2009).

Psicoterapia familiar

La *psicoterapia familiar* incluye a todos los integrantes de la unidad familiar, el grupo relacional más persistente e influyente en el desarrollo de los seres humanos, existiendo diversas escuelas o corrientes entre las que destaca la *terapia familiar sistémica*. Ésta se basa en la teoría general de sistemas que refleja que en un grupo de elementos en interacción cualquier cambio en el funcionamiento de uno de ellos repercute necesariamente en el funcionamiento de la totalidad del grupo. Se presta atención a las formas de comunicación entre los miembros de la familia, a la organización de los diferentes subsistemas (parental, filial y fraternal) y a los roles desempeñados por cada persona; el síntoma o problema se explica como una forma patológica de mantener el equilibrio familiar (Linares, 2009).

Además, a los participantes en la psicoterapia se les puede organizar *en grupos*,

siendo variable el nexo de unión entre ellos (edad o situación vital similar, tipo de patología, un mismo enfoque motivacional para cambiar la conducta, etc.). La terapia grupal puede darse en dos formatos básicos. Por un lado, los *grupos de autoayuda*, psicoterapia informal en la que no interviene ningún terapeuta experto o formado, sino que las sesiones son canalizadas por alguno de los miembros del grupo con mayor experiencia en el afrontamiento del problema; se utilizan, sobre todo, para la recuperación de problemas de adicción, como alcohólicos anónimos, aunque se han extendido a otras problemáticas (comedores compulsivos, problemas emocionales o físicos, familias anónimas con problemas comunes, etc.). Por otra parte, la *psicoterapia grupal*, dirigida por un terapeuta experto, altamente cualificado, en la que los participantes deben reunir una serie de requisitos de pertenencia al grupo, se fijan objetivos, duración de las sesiones y normas para los participantes. El personal de enfermería puede actuar como líderes de grupos en el área de salud en general, adaptándose a las necesidades de los pacientes y a su propia formación (Lasalle y Lasalle, 2006). La psicoterapia individual y la grupal no son incompatibles, pudiendo participar el mismo paciente en los dos tipos.

Según la teoría de base

Aunque existen más de 400 técnicas psicoterapéuticas recogidas en la literatura, todas ellas pueden encuadrarse como procedentes de 3 troncos teóricos principales, de los que salen varias ramas y subramas (González, Fernández, Oraá, 2010): el psicoanálisis y sus derivadas o psicodinámicas, las cognitivo-conductuales y las humanistas.

Terapia psicoanalítica y otras terapias psicodinámicas

Se centra en el análisis de pasado, considerando cruciales la infancia y el tipo de relación que se estableció con los padres. Los conflictos que no se resuelven en esta etapa se mantienen en la vida adulta en forma de síntomas psicopatológicos o comportamentales, que aparecen como estrategias defensivas. Los elementos básicos en la estructuración del funcionamiento de la psique son el *ello* (necesidades instintivas), el *superyó* (valores y normas sociales transmitidas por los padres) y el *yo* (une el ello a la realidad y hace de puente entre el superyó y el ello). Describen las fuerzas del *consciente* y el *inconsciente* (que debe hacerse consciente en la terapia) y los elementos básicos de la psicoterapia: la *transferencia* (desplazamiento hacia el analista o terapeuta de actitudes y sentimientos originalmente experimentados en relaciones con personas del pasado); la *contratransferencia* (sentimientos de un analista relacionados con lo que el paciente proyecta hacia él); la *alianza terapéutica* (el compromiso entre paciente y analista para explorar sus problemas, en confianza y cooperación mutua, para lograr la curación o la mejoría de los síntomas); las *resistencias* (ideas o impulsos

inconscientes que se reprimen por ser inaceptables para la conciencia); la *asociación libre* (el dejar hablar a la persona de manera libre sin intervención del terapeuta), y la *interpretación de los sueños* ([Sadock y Sadock, 2004](#)). El fundador de esta escuela fue Sigmund Freud, apareciendo posteriormente destacados autores que introdujeron variaciones en su modelo básico (Jung, Abraham, Erich Fromm, Lacan, Klein, etc.), hasta derivar en las *terapias psicodinámicas*, más centradas en analizar los problemas de los pacientes en el aquí y ahora, con mayor difusión en la actualidad, entre las que se sitúa la *psicoterapia breve*.

Terapia humanística

Las terapias humanistas integran una serie de postulados y corrientes diversas que comparten el considerar al hombre como una unidad biopsicosocial, capaz de ajustarse creativamente al medio y asegurar su autopreservación y crecimiento personal. Se parte de la confianza en la capacidad de crecimiento y en los propios recursos de la persona, siendo el rol del terapeuta el de un facilitador en el proceso de cambio de éste. Surgen de la necesidad de introducir un nuevo espíritu, una nueva forma de hacer psicología, trascendiendo las limitaciones de los dos grandes sistemas teóricos de la época: el conductismo y el psicoanálisis. Este enfoque posee cuatro aspectos básicos comunes ([Vallejo Ruiloba, 2011](#)):

1. Raíces filosóficas.
2. Principios sociológicos derivados del movimiento antipsiquiátrico, concepción de la enfermedad mental en estrecha relación con las condiciones sociales y familiares.
3. Desarrollo y crecimiento personal e individual en contraposición con los valores estándar.
4. Visión positiva y optimista del ser humano.

Para algunas formas de terapia humanista (Perls, Rogers) el cambio personal pasa porque el sujeto tome conciencia y asuma la responsabilidad de cómo vive su propia vida; esto conlleva que la terapia sea un proceso de atravesar el dolor, mediante una involucración emocional muy intensa. Para otros humanistas (Milton Erickson y la terapia estratégica sistémica), los enfoques son más pragmáticos, no requiriendo un despliegue emocional tan acusado; se centran en modificar cómo el individuo concibe aquello que denomina «problemas» y que lo llevan a buscar la terapia.

Los autores más influyentes dentro de esta corriente son: Perls, creador de la Gestalt, terapia que anima a los pacientes a exteriorizar sus emociones, frustraciones y conflictos, para poder ir venciendo las dificultades, adoptando el terapeuta un papel autoritario. Maslow, creador de la jerarquía de las necesidades humanas, de gran influencia en la enfermería. Es la base de gran parte de la planificación de cuidados de los pacientes, sirviendo como método para priorizar la asistencia. Se deben valorar y planificar las intervenciones terapéuticas de acuerdo con las necesidades insatisfechas de los pacientes. Por ejemplo, enseñar a

un paciente a manejar su medicación antipsicótica es ineficaz si no tiene un hogar donde vivir o suficientes medios económicos para alimentarse diariamente. Para Rogers, creador de la terapia centrada en el paciente, la función de ésta era la de ayudar a los pacientes a ser más conscientes de sus propias experiencias y emociones, en un clima abierto y de confianza en el que el enfermo se pudiera expresar de forma abierta y libre. El terapeuta ayuda a alcanzar un funcionamiento sano y la autorrealización.

La *terapia interpersonal* aborda, principalmente, las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto inmediato del paciente, relacionando los síntomas con posibles situaciones relacionadas con el duelo, disputas personales, transiciones de rol y déficits interpersonales ([Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008](#)).

Otras corrientes humanistas destacables son el análisis transaccional (Berne), la musicoterapia, el psicodrama... Todas ellas tratan de proporcionar a las personas nuevos caminos para el autoconocimiento y la resolución de sus propios conflictos.

Terapia cognitivo-conductual

Hasta hace años se describían las técnicas conductuales por un lado y las cognitivas por otro, pero actualmente resulta imposible separarlas, ya que la mayoría de los tratamientos utilizan ambas en asociación. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ocupa, además, un papel predominante dentro de todas las psicoterapias y sigue los principios de la psicología y de la medicina basada en la evidencia, con el mismo o mayor nivel de eficacia que la farmacoterapia ([Becoña, 2009](#)). Aplican las teorías del aprendizaje a los problemas vitales, con la intención de ayudar a los pacientes, con problemas médicos o psiquiátricos asociados, a superar sus dificultades en la vida diaria. Pueden ser aplicadas por enfermeros, en cualquier contexto sanitario, con el objetivo de ayudar a las personas a crecer y mejorar sus estrategias de afrontamiento.

Analizar conductas concretas, que pueden medirse o cuantificarse, sin entrar en interpretaciones, permite que el personal de enfermería valore la progresión del paciente hacia un objetivo concreto, previamente pactado y consensuado por ambos ([Stuart, 2006](#)). La terapia se fundamenta en la relación que existe entre los pensamientos, las emociones asociadas a los mismos y la conducta que el individuo realiza en base a lo pensado y lo sentido. Las TCC abarcan multitud de técnicas y variantes, entre las que se encuentran, entre muchas otras: las *técnicas de relajación, de exposición* (se enfrenta a la persona, a la situación que evita); la *desensibilización sistemática* (exposición a la situación temida y entrenamiento en respuesta incompatible, por ej., con la relajación); el *modelado* (cambio de conducta observando a un modelo); el *biofeedback* (orientada al autocontrol de las respuestas fisiológicas); *técnicas de autocontrol* (centradas en la autoobservación, automotivación y reforzamiento de la conducta deseada); el *entrenamiento en habilidades sociales*, la *terapia conductual racional emotiva* (cambio de las creencias

irracionales que mantienen las emociones negativas y la conducta problemática); el *entrenamiento en inoculación de estrés* (combina varias técnicas para que la persona adquiera habilidades para afrontar el miedo, la ansiedad o el estrés) o la *solución de problemas* (se aprende a definir el problema, se barajan posibles alternativas, la elección de una de ellas y el análisis de sus consecuencias).

Existen en la actualidad investigaciones que avalan la eficacia de la aplicación de programas terapéuticos cognitivo- conductuales llevados a cabo por profesionales de la enfermería, por ejemplo, en el tratamiento del insomnio (Irwin, Cole y Nicassio, 2006). El tratamiento psicoterapéutico llevado a cabo por estos profesionales es tan eficaz como el tratamiento farmacológico a corto plazo, pero más eficaz a largo plazo. En este mismo sentido, existe otro programa terapéutico cognitivo-conductual para ansiedad/depresión, guiado por enfermeros con avalada eficacia (Chetty, 2013).

Otras formas de psicoterapia

La clasificación anteriormente expuesta puede resultar, en ocasiones, algo artificial, dado que, cada vez con mayor frecuencia, se combinan e integran técnicas procedentes de distintos modelos o bases teóricas. Es interesante destacar la gran expansión que están experimentando las técnicas psicoterapéuticas, su aplicación en nuevos contextos asistenciales, por distintos profesionales sanitarios (médico de familia, enfermero, trabajador social...), su integración en atención primaria y el interés que buena parte de la población general presta a los aspectos espirituales y a las técnicas de crecimiento personal.

Por otra parte, el desarrollo de las guías clínicas con intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia para situaciones concretas, supone un avance notable en el campo de las psicoterapias; sin embargo, son precisos más estudios, especialmente ensayos controlados aleatorizados y de coste-beneficio que contrasten la eficacia y eficiencia de las diversas técnicas, y que constituyen líneas de investigación necesarias en el campo de la psicoterapia. (Labrador, F.; Vallejo, M.; Matellanes, M.; Echeburúa, E.; Bados, A., y Fernández-Montalvo, J., 2003). En las psicoterapias, el concepto de eficacia terapéutica es complejo, pero, de acuerdo con las investigaciones de los últimos años, las características de los tratamientos psicológicos más efectivos son las siguientes (Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud, 2002):

- Tienen objetivos claros.
- Están centrados en la solución de problemas inmediatos.
- Son más bien de corta duración (de 2 a 6 meses, aunque es mayor en problemas graves o cuando hay varios problemas).
- Producen una mejoría tras las 8-10 primeras sesiones.

Otras formas de psicoterapia que están experimentando un auge importante son:

El *mindfulness* o *consciencia plena* es una terapia centrada en la

autoobservación de la propia experiencia sin juzgarla, mejorando la regulación de las emociones positivas, el nivel de autocompasión y mejorando el estrés y los estados depresivos (Chiesa, A.; Anselmi, R., y Serretti, A., 2014). Hay evidencias sobre el valor de la *espiritualidad* integrada en la psicoterapia; así, un ensayo aleatorizado reciente demuestra que la espiritualidad fue más eficaz que la medicación en el tratamiento de pacientes con trastornos depresivos cronicados e incluso superó a la TCC y a los fármacos a la hora de modificar las actitudes disfuncionales de los pacientes (Ebrahimi, U.; Neshatdoost, H.; Musavi, S.; Asadollahi, G., y Nasiri, H., 2013).

Finalmente, citar la el papel destacado de las intervenciones psicosociales específicas dentro del proceso de *rehabilitación en personas con trastorno mental grave* y sus familias, orientadas a la recuperación de capacidades y del proyecto vital de estos pacientes, en las que no se profundiza por ser objeto de atención de otro capítulo de este libro.

Únicamente destacaremos una de las herramientas que ha incorporado la organización sanitaria en nuestro país en los últimos años: la gestión por procesos asistenciales, orientada a dar una verdadera atención integral a las patologías mentales de mayor gravedad y cronicidad. Entre ellos están el trastorno mental grave (TMG), que incluye diversas patologías (trastornos esquizofrénicos y delirantes, bipolares y algunos trastornos de tipo neurótico y de personalidad), las cuales impiden el desarrollo de las capacidades funcionales en tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana: higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje y ocio, impidiendo la autosuficiencia económica. Entre las intervenciones psicosociales orientadas a la recuperación de las discapacidades y del proyecto vital de estas personas están la *terapia asertiva comunitaria* (terapia intensiva, con cobertura de 24 horas, responsabilidad compartida de todo el equipo y que enfatiza sobre las capacidades del paciente para adaptarse a la comunidad más que en la psicopatología) y los *programas de continuidad de cuidados* en la que a cada paciente se le asigna un referente que asegura la coordinación de todos los servicios que intervienen sobre el caso, el gestor de casos. Para ambos casos la enfermera se convierte en un elemento activo e imprescindible a la hora de organizar y ejecutar el trabajo de cambio con el paciente y su familia (Servicio Andaluz de Salud, 2006).

Aspectos psicoterapéuticos en el proceso enfermero

A pesar de que las psicoterapias exigen una formación específica, el valor de la relación establecida con un paciente como un motor de cambio de determinadas actitudes y conductas ya se ha referido al hablar de la psicoterapia inespecífica. A través de esta relación de calidad y dentro de las actuaciones que llevan a cabo las enfermeras con el método científico aplicado a los cuidados con el proceso enfermero, son muchas las posibilidades que existen para ayudar a los pacientes a cambiar y lograr mayores niveles de autonomía. El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficaces centrados en el logro de los resultados esperados (Alfaro, 1997). Como cualquier proceso, de manera operativa, consta de una sucesión de etapas correlativas y estrechamente interrelacionadas entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Alfaro, 1996). En la [tabla 23-1](#) se han clasificado las principales intervenciones enfermeras en psicoterapia, modificando con fines didácticos las clases de la NIC (Bulechek, G.M.; Carnicero, H.K., y Dochterman, J.M., 2013).

Tabla 23-1

Intervenciones enfermeras de la clasificación de intervenciones de enfermería en la psicoterapia

Psicoterapia	Objetivos	Intervenciones enfermeras
Terapia conductual	Reforzar o fomentar conductas deseables o modificar conductas indeseables	4420 Acuerdo con el paciente 4330 Arteterapia 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo 4490 Ayuda para dejar de fumar 4364 Elogio 4340 Entrenamiento de la asertividad 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos 4380 Establecer límites 4410 Establecimiento de objetivos comunes 4480 Facilitar la autorresponsabilidad 6926 Fototerapia: regulación del biorritmo 4350 Manejo de la conducta 4354 Manejo de la conducta: autolesión 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 4356 Manejo de la conducta: sexual 4360 Modificación de la conducta 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 4400 Musicoterapia 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas 4320 Terapia asistida con animales 4390 Terapia con el entorno 4430 Terapia con juegos 4310 Terapia de actividad 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

		4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas 4512 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol 4516 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis
Terapia cognitiva	Reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable	4640 Ayuda para el control del enfado 4680 Biblioterapia 4760 Entrenamiento de la memoria 4720 Estimulación cognitiva 5520 Facilitar el aprendizaje 4740 Llevar un diario 4820 Orientación de la realidad 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje 4700 Reestructuración cognitiva 4860 Terapia de reminiscencia
Terapia de comunicación	Facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales	4330 Arteterapia 5000 Elaboración de relaciones complejas 4920 Escucha activa 5020 Mediación de conflictos 4400 Musicoterapia 5100 Potenciación de la socialización 4320 Terapia asistida con animales 4430 Terapia con juegos 5328 Visitas domiciliarias de apoyo
Terapia de afrontamiento	Ayudar al paciente a conocer sus propios puntos fuertes, adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento	5270 Apoyo emocional 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5420 Apoyo espiritual 5240 Asesoramiento 5248 Asesoramiento sexual 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5480 Clarificación de valores 5460 Contacto 5330 Control del estado de ánimo 5310 Dar esperanza 5470 Declarar la verdad al paciente 5350 Disminución del estrés por traslado 5426 Facilitar el crecimiento espiritual 5290 Facilitar el duelo 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal 5280 Facilitar el perdón 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa 5424 Facilitar la práctica religiosa 5430 Grupo de apoyo 5320 Humor 6160 Intervención en caso de crisis 5395 Mejora de la autoconfianza 5220 Mejora de la imagen corporal 5230 Mejorar el afrontamiento 5210 Orientación anticipatoria 5390 Potenciación de la autoconciencia 5400 Potenciación de la autoestima 5380 Potenciación de la seguridad 5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria 5370 Potenciación de roles 5340 Presencia 5422 Prevención de la adicción religiosa 5360 Terapia de entretenimiento 5450 Terapia de grupo 5410 Terapia del trauma: niño 5328 Visitas domiciliarias de apoyo
Psicoeducación	Facilitar el aprendizaje en el ámbito psicosocial	5510 Educación para la salud 5562 Educación parental: adolescentes 5606 Enseñanza: individual 5616 Enseñanza: medicamentos

		prescritos 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5622 Enseñanza: relaciones sexuales seguras 5624 Enseñanza: sexualidad 5520 Facilitar el aprendizaje 5580 Información preparatoria: sensorial 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria 6784 Planificación familiar: anticoncepción 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje
Terapia de bienestar psicológico	Fomentar del bienestar psicológico	5860 Biorretroalimentación 5820 Disminución de la ansiedad 5900 Distracción 5840 Entrenamiento autógeno 5922 Facilitar la autohipnosis 5960 Facilitar la meditación 5920 Hipnosis 6000 Imaginación simple dirigida 5880 Técnica de relajación 6040 Terapia de relajación
Terapia familiar	Facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida	7140 Apoyo a la familia 7040 Apoyo al cuidador principal 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar 7260 Cuidados por relevo 7100 Estimulación de la integridad familiar 7170 Facilitar la presencia de la familia 7110 Fomentar la implicación familiar 7130 Mantenimiento de procesos familiares 7120 Movilización familiar 5370 Potenciación de roles 7150 Terapia familiar
Relaciones con el sistema sanitario (red de salud mental)	Facilitar el encuentro entre paciente/familia y el sistema sanitario, colaborar con otros profesionales en el tratamiento del paciente	7710 Colaboración con el médico 7650 Delegación 7640 Desarrollo de vías clínicas 8100 Derivación 7320 Gestión de casos 7330 Intermediación cultural 7400 Orientación en el sistema sanitario 7370 Planificación para el alta 8190 Seguimiento telefónico 6658 Vigilancia: electrónica por control remoto

Fuente: Bulechek, G.M.; Carnicero, H.K.; Dochterman, J.M. *Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby. Nota: La clasificación realizada de las intervenciones enfermeras es una modificación con fines didácticos de las clases de la NIC.

El enfermero como coterapeuta

El coterapeuta es la persona que acompaña a un paciente que recibe psicoterapia reglada fuera del contexto donde el profesional que la imparte actúa con él. Habitualmente, son familiares, la pareja, etc. quienes ayudan a trasladar los conocimientos adquiridos durante las sesiones a situaciones concretas de la vida real. Por ejemplo, un paciente que se encuentra en tratamiento de deshabitación de una dependencia alcohólica y se enfrenta a situaciones de riesgo, como puede ser acudir a alguna celebración en la que se consume alcohol; el coterapeuta,

debidamente entrenado, ayudará al paciente a mantener un «no consumo» en esa situación de presión social capacitándolo para controlar el impulso de beber, si apareciese, y comunicándole cuál debería ser su conducta para favorecer su recuperación; además, reforzará con comentarios positivos el haberlo logrado, con lo que el paciente ha experimentado que puede acudir a ese tipo de eventos y continuar con su recuperación. Esta actuación como coterapeutas puede ser realizada por el personal de enfermería en éste o en otros contextos.

El enfermero y la psicoeducación

La psicoeducación constituye la base de la educación sanitaria, cometido genuino de enfermería, aplicado a las personas con problemas de salud mental y a sus familias, sin olvidar también la formación tan necesaria a otros profesionales de la salud, como en atención primaria. Tiene como objetivo ayudar al paciente y a su familia en el control de la enfermedad e incluye, por una parte, dar a conocer los síntomas y problemas comportamentales propios de cada trastorno, informar sobre los recursos con los que se cuenta en la comunidad (especialmente, el funcionamiento de cada uno de los dispositivos de la red de salud mental) y técnicas de afrontamiento de las situaciones críticas asociadas a la enfermedad. Es un pilar fundamental para la adquisición de conciencia de enfermedad, fomentar la autoadministración de la medicación y evitar las recaídas. Para ello, es importante que el paciente conozca su vulnerabilidad y que sea capaz de identificar y prever las situaciones de riesgo (abandono de la medicación, situaciones estresantes, sobreestimulación, consumo de alcohol y drogas, ambiente familiar crítico, hostil o sobreimplicación emocional, etc.).

El enfermero debe conocer en profundidad la psicopatología, no sólo para completar la fase de valoración del PE, sino, además, para educar al paciente y su familia en el reconocimiento de las señales de alarma (síntomas iniciales de descompensación de los diferentes trastornos mentales, por ej., aparición de insomnio, pérdida de interés por el entorno, síntoma de ansiedad, etc.) para su pronta intervención.

El enfermero y la valoración de la familia

Al margen de que el enfermero se forme como terapeuta familiar, son muchas las intervenciones que puede realizar con la unidad familiar y que se encuadran en el proceso de enfermería. Es imprescindible que cuando se haga el plan de cuidados de cualquier paciente con problemas de salud mental se incluya siempre en el mismo a la familia, ya que normalmente es el contexto de referencia del paciente y se encuentra involucrado en su proceso de salud-enfermedad. (Girón García, S.; Martínez Delgado, J.M., y González Sáiz, F., 2002).

La forma en la que cada familia participa es distinta, pero en todas se pueden

identificar, por un lado, patrones de conducta que mantienen la enfermedad y, por otro, el germen de cambio y la posibilidad de cura (Cancrini, 1991).

En una valoración familiar se deben tener en cuenta tres aspectos:

1. **Determinar si la familia es funcional o disfuncional.** Para ello, valoraremos la relación de afecto entre sus miembros (el cariño es el pegamento entre los miembros de la familia), la existencia de límites definidos y claros entre los distintos subsistemas que conforman el sistema familiar (parental, fraternal y filial), el reparto adecuado de tareas y roles y la existencia de una comunicación eficaz. Una familia funcional es aquella que cumple todas las características anteriores; eso no impide que pase por momentos de crisis durante su evolución, pero acaban recuperando el equilibrio.
2. **Determinar si existe conciencia de enfermedad** en el paciente y en los demás miembros de la familia. En salud mental, lo habitual es que en el inicio de la enfermedad no tengan conciencia plena, no conozcan claramente sus síntomas y características, ni el paciente ni sus familiares. Por ello, una de las principales estrategias terapéuticas es la psicoeducación.
3. **Determinar cómo influye todo lo anterior en la evolución de la enfermedad.** Generalmente, si la familia no es funcional y no tiene conciencia de enfermedad, esto influye cronificando la misma.

Para realizar el genograma y la valoración familiar se debe disponer de 10 a 30 minutos y es necesario solicitar el consentimiento informado del paciente, explicándole que con este instrumento intentamos realizar un abordaje completo de su problema, desde la perspectiva familiar, para mejorar su comprensión y elaborar estrategias de intervención. Asimismo, debemos plantearle que esta entrevista tiene un cierto contenido emocional, así como garantizarle la confidencialidad. En ocasiones, la información recibida se puede completar en varias consultas. Este instrumento de análisis familiar es muy sencillo de realizar, aportando información valiosísima para tener en cuenta en la realización del plan de cuidados de los pacientes y sus familias. El genograma puede ayudar a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros.

La valoración pasará por realizar el *genograma*, o representación gráfica de los miembros de la unidad familiar, incluyendo a ser posible hasta tres generaciones. Tiene mucho valor a nivel clínico registrar literalmente algún comentario que hace la persona que participa en la exploración junto al paciente, sobre cada uno de los miembros de la familia, a medida que los van identificando con sus nombres, edades, enfermedades que puedan presentar, profesiones, etc., ya que casi siempre, de esos comentarios, se pueden inferir elementos importantes del tipo de relación que percibe tener con cada uno de ellos. Esta información es de gran utilidad clínica, y será completada con una valoración global del funcionamiento familiar mediante el análisis de los subsistemas.

Los mensajes que dan en una primera entrevista van a dar pistas de cuál es el funcionamiento de la unidad familiar y la posible interferencia de otras personas de la familia extensa que puedan estar consolidando la psicopatología.

Para analizar el funcionamiento familiar es muy útil identificar en ella tres tipos de subsistemas. El *subsistema parental*, que incluye a los miembros de la pareja, entre los que se establece una relación de igualdad (por ej., lo normal es que sean ambos, de mutuo acuerdo, los que establezcan las reglas básicas del funcionamiento familiar); el *subsistema fraternal*, que abarca a todos los hermanos de la unidad familiar, entre los que también se dan relaciones de igualdad (por ej., prestarse objetos o ayuda mutua), y el *subsistema filial*, que refleja la relación de complementariedad que se da entre los hijos y los padres (por ej., asumir las normas de convivencia y perder algún privilegio si se infringen o negociar acuerdos a medida que los hijos se hacen mayores).

Para la valoración familiar se analizará el funcionamiento de cada subsistema por separado, prestando atención a los posibles intercambios de roles entre ellos y el tipo de comunicación que se establece entre los miembros de la familia. El resultado de esa valoración es que la familia sea funcional o disfuncional.

Será importante también registrar cualquier acontecimiento vivido por la familia, el nivel de estrés que ocasiona la enfermedad y el conocimiento que tienen sobre ella, así como las estrategias que han puesto en marcha para solucionar los problemas.

El enfermero y la entrevista motivacional

Prochaska y DiClemente (1993) describieron una serie de etapas por las que atraviesa una persona en el proceso de cambio de conducta. Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente. Mediante la entrevista motivacional el profesional explora la etapa de la rueda del cambio en la que se encuentra la persona en el momento actual y a partir de ahí le ayuda a encontrar sus propias razones/motivaciones para iniciar o proseguir con el cambio de la conducta problemática. Las intervenciones pueden estar orientadas a resolver las ambivalencias (que no le permiten desechar del todo la conducta de la etapa actual) o bien ayudarlo a progresar a la fase siguiente (tabla 23-2).

Tabla 23-2

Diferencias entrevista clásica-motivacional

Modelo informativo	Modelo motivacional
Da consejos	Estimula la motivación para pasar a la acción
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando a la reflexión
Repite consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para decidir por el cambio

A continuación, describiremos brevemente cada una de las etapas de la rueda del cambio y las actuaciones a realizar por el profesional de enfermería (fig. 23-1).

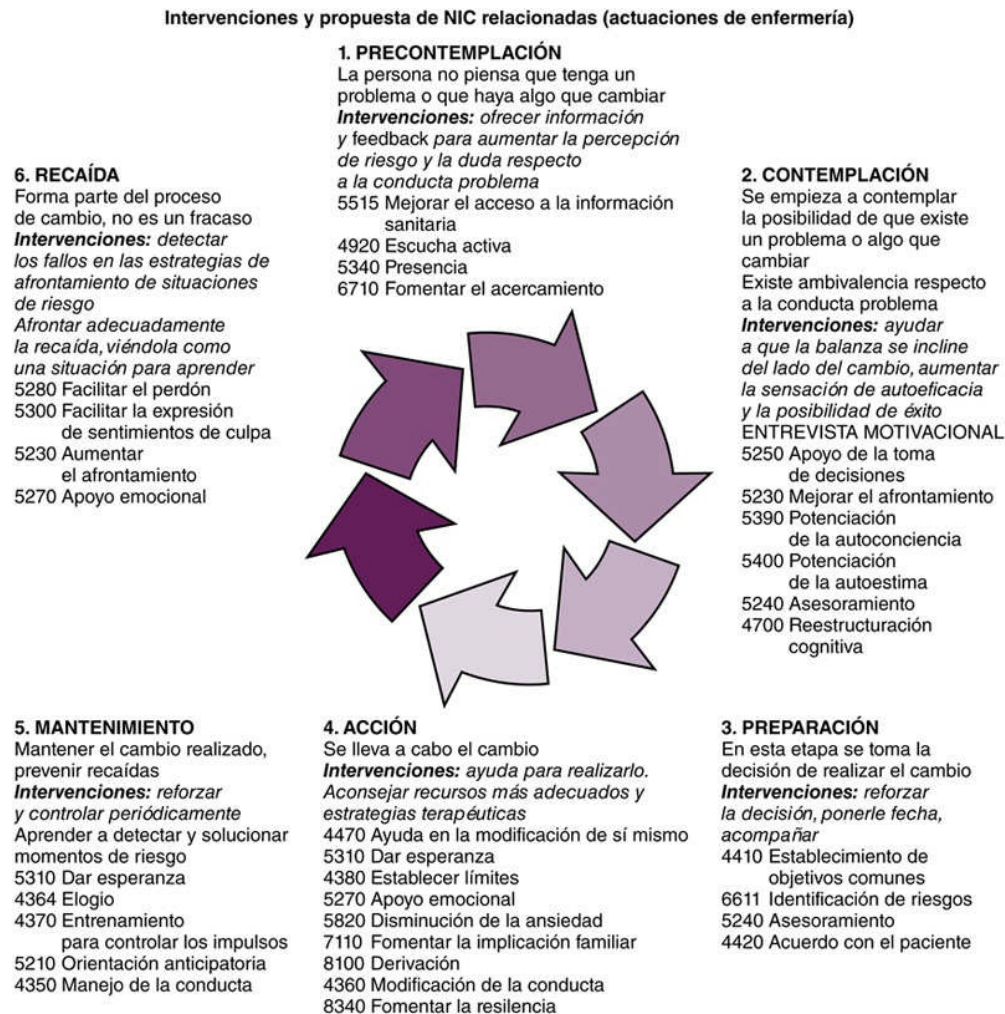


FIGURA 23-1 Etapas del modelo transteórico de cambio aplicado al cambio de conductas no saludables.

Precontemplación

En esta etapa, el paciente o el familiar no han considerado que tengan un problema o que necesiten introducir un cambio en alguna conducta. En esta situación, lo único que puede ofrecer el profesional es información y *feedback* a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la percepción de los riesgos.

Contemplación

Fase caracterizada por la ambivalencia, una vez que aparece la toma de conciencia

del problema. Cuando se le permite hablar de él sin interferencias, la persona probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse y las que cree tener para no hacerlo. La labor del terapeuta en esta fase es la de ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio: hacer evocar las razones para cambiar, y aumentar la sensación de autoeficacia, ya que uno de los principales motivos para no plantearse el cambio en una conducta es la escasa confianza en las posibilidades de conseguirlo con éxito.

En esta fase de ambivalencia es en la que tienen más aplicación las estrategias de la entrevista motivacional.

Preparación

Cuando esa balanza se inclina hacia el lado del cambio durante un tiempo, la persona pasa a una fase de determinación o preparación para la acción («tengo que hacer algo, esto va en serio»), toma una decisión.

La labor del terapeuta en esta fase es la de ayudarle para ello o aconsejarle el recurso terapéutico más apropiado.

Acción

Es en la que se lleva a cabo el proceso de cambio de la conducta.

Mantenimiento

Durante la etapa de mantenimiento el reto consiste en mantener el cambio conseguido y prevenir la recaída.

Recaída

Finalmente, si la recaída se produce, la labor del terapeuta es evitar la desmoralización y continuar el cambio inicialmente planteado.

Resumiendo, los principios de la entrevista motivacional son:

- **Empatía.** Es el principio de aceptación. Paradójicamente, cuando se acepta al paciente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar.
- **Crear discrepancias.** Conseguir que el paciente sienta incomodidad al mantener dos ideas contradictorias o incompatibles entre sí, al actuar de una forma contraria a sus creencias (fumo, pero fumar no está bien). Hay que conseguir enfrentar al paciente con una realidad no placentera, crear discrepancias entre lo que es y lo que querría ser.
- **Evitar la discusión.** La discusión posiciona al paciente al otro lado de la balanza, crea resistencias, conductas defensivas; la aparición de resistencias nos indica que debemos cambiar de estrategia.
- **Dar un giro a las resistencias.** Cuando aparecen los «peros» debemos pensar que esas percepciones se pueden cambiar y se pueden sugerir otros puntos de vista. Generalmente, es el propio paciente el que puede contestar a las mismas y

encontrar las soluciones a lo que plantea. Si rebatimos las resistencias, provocamos discusión.

- Fomentar la autoeficacia. Si enfrentamos al paciente a una realidad desagradable, pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a transmitir es el de que él puede hacerlo. No sólo puede, sino que debe, está en su mano y nadie lo hará por él. Nosotros le ayudaremos en ese camino que él irá trazando.

El enfermero y el manejo de las quejas somáticas

Una de las demandas más frecuentes de los pacientes en el sistema sanitario lo constituyen las quejas somáticas. La queja somática es la expresión de síntomas de ansiedad no manifiesta, a través de dolor o molestias de variada índole en diversas partes del cuerpo, abarcando prácticamente a todos los órganos y aparatos. Detrás de la queja subyace algún conflicto que la persona no es capaz de afrontar, apareciendo así el síntoma como una solución ineficaz a conflictos de relación interpersonal. Los pacientes se convierten en demandadores de atención sanitaria, requiriendo multitud de exploraciones y pruebas que tienen como resultado la decepción, tanto para ellos como para los profesionales sanitarios, al no encontrar ningún hallazgo médico que justifique sus quejas. Esta situación provoca el rechazo de los profesionales, que no logran dar respuesta a esas demandas, y el descontento del paciente, que se siente incomprendido, sin olvidar los costes económicos que suponen sus continuas peticiones de consulta para el sistema de salud. Las quejas somáticas incluyen varios trastornos mentales agrupados en el epígrafe de trastornos somatomorfos.

La actuación de enfermería se inicia con el conocimiento de este hecho, sabiendo que la sospecha de este trastorno aparece cuando todas las pruebas médicas son negativas; a partir de este principio ha de ser capaz de identificar una clara situación de conflicto que, por lo general, se sitúa en el ámbito de la relación familiar. Es necesario dar a estos pacientes la oportunidad de poder hablar de ello, siendo la exploración familiar, tal como se ha expuesto anteriormente, una buena manera de abordar este delicado aspecto de la vida personal de los pacientes.

Una vez identificado será muy útil seguir las siguientes recomendaciones:

- Tener presente que el enseñar al paciente la verdadera naturaleza del problema de salud que tiene requiere programar una serie de visitas en las que se irá desvelando, poco a poco, su significado; hay que centrar inicialmente el esfuerzo en la calidad de la relación (psicoterapia inespecífica) y en la valoración de las relaciones más cercanas, las de la familia.
- Es importante citar a la pareja o al familiar más cercano para completar la exploración del problema.
- Se limitará en cada sesión el tiempo en el que la persona hablará de sus quejas somáticas, reservando la mayor parte del tiempo para explorar las relaciones

con la familia. Si el paciente muestra emociones negativas, será el momento más delicado e importante a la vez, ya que dejar que las exprese tiene un poderoso efecto en la mejoría de las quejas y del dolor somático. Basta acompañarlo en su relato, recordando el principio básico de no emitir ningún tipo de juicio sobre lo que plantee. Es fundamental que la persona se sienta escuchada y aceptada.

- Empezar a mostrarle la asociación que existe entre la agudización de las molestias y el dolor emocional por los conflictos que está viviendo en ese momento de su vida.
- Enseñarle a que registre en un cuaderno los días en los que las quejas se intensifican y que observe las dificultades de comunicación (no hablar o discutir sin llegar a acuerdos) que llevan aparejadas.
- Educar al paciente a depender menos del sistema sanitario y a disminuir la toma de fármacos, y a que retome sus responsabilidades, ya que el que los demás las suplan porque «él/ella no puede», es un beneficio que consolida las quejas.
- Enseñar a la familia la importancia que tiene recuperar el buen funcionamiento de los subsistemas y a actuar como lo hace la enfermera, que debe servirle como modelo.
- Es importante estar en contacto con el médico de familia y el resto del equipo sanitario e informarles de los progresos con el paciente, así como reconocer a tiempo cuándo la actuación de la enfermera no consigue hacer progresar a la persona para ser derivada a un especialista con mayor experiencia.

Lecturas recomendadas

- Alfaro R. *Aplicación del proceso de enfermería: un enfoque práctico*. Barcelona: Masson; 1996.
- Alfaro R. *El pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico*. Barcelona: Masson; 1997.
- Asociación de Psiquiatría Americana. Definición de psicoterapia. Recuperado el 5 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/mental-health/moretopics/what-is-a-psychiatrist>
- Becoña Iglesias E. Psicoterapias individuales cognitivas y conductuales. In: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, eds. *Manual de psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad y Editores; 2009:837–850.
- Bulechek GM, Carnicero HK, Dochterman JM. *Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC)*. ed. 6 St Louis: Mosby; 2013.
- Cancrini L. *La psicoterapia: Gramática y Sintaxis*. Madrid: Paidós; 1991.
- Chiesa A, Anselmi R, Serretti A. Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions: what do we know? *Holist Nurs Pract*. 2014;28(2):124–148.
- Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado: Trastorno mental grave (2006). Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistencial
- Crespo J, Gavira C. La relación interpersonal del profesional de enfermería con el paciente, la familia y el equipo terapéutico, en Bobes, J. *Salud mental: enfermería psiquiátrica*, p. 109-116. Ed. Síntesis: Madrid; 1994.
- Ebrahimi Un, Neshatdoost HT, Musavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Adv Biomed Res*. 2013, Jun 29;2:53.
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. Definición de psicoterapia. Recuperado el 5 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.feap.es/usuarios-psicoterapia.php>
- Girón García S, Martínez Delgado JM, González Sáiz F. Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos adictivos*. 2002;4(3):161–170.
- González Torres. Psicoterapia. In: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, eds. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad y Editores; 2009:837–850.
- Lasalle PM, Lasalle AJ. Grupos terapéuticos. In: Stuart GW, Laraia MT, eds. *Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica*. (8.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2006:668–681.
- González Torres MA, Fernández Rivas A, Oraá A. Terapéuticas psicológicas. Introducción. Principios generales. Evaluación. In: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, eds. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; 2010:2345–2355.
- Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral intervention for insomnia and their efficacy in middle age adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychol*. 2006;25:3–14.
- Labrador FJ, Vallejo MA, Matellanes M, Echeburúa E, Bados A y Fernández-Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos, 2003. Infocop, (84). Disponible en internet (consultado el 24 de febrero de 2014).
- Linares JL. Psicoterapias familiares y de otros sistemas. In: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, eds. *Manual de psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad y Editores; 2009:851–857.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica en el manejo de la depresión mayor en el adulto. En Ministerio de Sanidad, Consumo (ed.). Guías clínicas del SNS, 2008.
- Prochaska JO, DiClemente JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. In: Casas M, Gossop M, eds. *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones Neurociencias; 1993:85–136.
- Sadock B, Sadock V. Psicoterapias. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan-Sadock, Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: Wavverly Hispánica; 2004:923–973.
- Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Extraído el 24 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos.htm>
- Santibáñez PM, Román MF, Lucero C, Espinoza AE, Iribarra DE y Müller A. Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Disponible en internet (consultado el 24 de febrero de 2014).
- Stuart G. Estrategias de terapia cognitivo-conductual. In: Stuart GW, Laraia MT, eds. *Enfermería psiquiátrica*.

Principios y práctica. 8.^a ed. Madrid: Elsevier España; 2006:668–681.
Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2011.

CAPÍTULO 24

Tratamientos psicológicos basados en la evidencia y las tecnologías de la información y comunicación

Cristina Botella Arbona

Berenice Serrano Zárate

Verónica Guillén Botella

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 271

Tratamientos psicológicos basados en la evidencia 272

Tecnologías de la información y comunicación 274

Realidad virtual 275

Realidad aumentada 275

La utilización de internet 276

Computación ubicua y persuasiva 276

Recursos tecnológicos y aplicaciones 277

«El mundo de EMMA»: un sistema de RV para el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés 277

«Lámpara mágica»: sistema de RA de proyección interactiva para el tratamiento de la fobia a los animales pequeños 279

«Mayordomo»: sistema para mejorar el bienestar

de las personas mayores 279

«Sonreír es divertido»: programa para la
prevención y el tratamiento de la depresión 279

«TEO»: terapia emocional *online* 279

«e-TIOBE»: sistema para la prevención y el
tratamiento de la obesidad infantil 280

Aplicación web 280

Aplicación de apoyo móvil 281

Conclusiones y acciones futuras 281

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) defiende que «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la mera ausencia de afecciones o enfermedades. Un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias habilidades y recursos, puede hacer frente a las presiones y los retos cotidianos de la existencia, puede trabajar de forma productiva y útil y es capaz de hacer contribuciones a la comunidad» ([Organización Mundial de la Salud, 1946](#)). Según la OMS, no se puede disfrutar de un pleno estado de salud si se tienen problemas de salud mental. Por tanto, la salud mental se convierte en un aspecto central del bienestar humano y del funcionamiento efectivo, ya sea para un individuo o para la sociedad en general.

Los trastornos mentales incluyen un amplio conjunto de problemas que pueden perturbar notablemente la vida de cualquier persona, con independencia de su edad, etnia, religión, cultura o nivel socioeconómico, ya que en muchos casos alteran de forma muy importante los procesos de pensamiento de una persona, sus emociones, la forma de relacionarse con otros y su funcionamiento cotidiano ([National Alliance on Mental Illness, 2006](#)). Las estadísticas resultan verdaderamente escalofriantes; según los informes de la OMS acerca de la carga global por enfermedad, los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. Según las predicciones actuales, *para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial*. Sin embargo, los informes de la OMS también revelan que en todo el mundo la brecha entre la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales y su prestación es grande, estimando que *entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento en países de ingresos bajos o ingresos medios*. Por otro lado, las tasas de mortalidad de quienes padecen trastornos mentales son altas; por ejemplo, en las personas con esquizofrenia y depresión profunda el riesgo global de muerte es 1,6 y 1,4 veces mayor, respectivamente, que en la población general, a causa de problemas de salud física como el cáncer, diabetes e infección por el VIH ([Organización Mundial de la Salud, 2011](#)).

Específicamente, en Europa, los costes en salud mental representan un tercio de todos los dedicados a la salud. No es de extrañar, por tanto, que se haya planteado la prevención de la depresión y el suicidio como uno de los cinco puntos centrales del *Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar*. La gran mayoría de trastornos mentales son tratados por el médico de medicina general y sólo una pequeña proporción de pacientes es visto por personal especializado en salud mental ([Organización Mundial de la Salud, 2003](#)). En este sentido, conviene subrayar que sin un adecuado tratamiento, las consecuencias de padecer algún trastorno mental resultan graves, tanto para el individuo como para la sociedad: por ejemplo, discapacidades innecesarias, desempleo, abuso de sustancias,

personas sin hogar, encarcelaciones inadecuadas, suicidio o vidas totalmente perdidas, etc. ([Wang et al., 2005](#)).

Tratamientos psicológicos basados en la evidencia

La historia de los esfuerzos sistemáticos para identificar tratamientos psicológicos eficaces es corta, sólo tiene algo más de medio siglo y coincide con la aparición de la famosa, corrosiva y fructífera crítica de [Eysenck \(1952\)](#): «Los efectos de la psicoterapia: una evaluación». Esta crítica impulsó un fuerte movimiento que defendía que los tratamientos psicológicos debían apoyarse en una firme base de evidencia empírica que permitiera determinar las decisiones a la hora de utilizar los tratamientos. Esto es precisamente lo que se pretendía cuando el Congreso de los Estados Unidos creó, en 1989, la *Agency for Health Care Policy and Research*, con el objetivo de llegar a determinar la eficacia que avalara los tratamientos disponibles para determinados trastornos ([Barlow y Hoffman, 1997](#)).

Inicialmente, se analizaron los tratamientos existentes para trastornos del ámbito de la medicina y luego se abordaron los disponibles para los trastornos mentales. Resulta obligado recordar aquí la aportación del movimiento de la medicina basada en la evidencia. El objetivo de este movimiento, puesto en marcha en la década de los ochenta en la Universidad de McMaster, en Canadá, fue la detección y utilización de la mejor evidencia científica disponible que pudiera guiar la toma de decisiones acerca del cuidado del paciente, esto es, se pretendía combinar la mejor evidencia procedente de la investigación junto con el juicio clínico ([Sackett et al., 1996](#)). Los conceptos que se defendían se han generalizado en todo el ámbito de la salud y han tenido una gran aceptación en distintas disciplinas.

Por lo que respecta a los tratamientos psicológicos, también se ha avanzado de forma muy notable. Con posterioridad a los primeros trabajos críticos de Eysenck, se han desarrollado diseños y procedimientos más sofisticados y complejos capaces de discriminar adecuadamente los tratamientos que funcionan de los que no lo hacen. En este proceso ha influido de forma muy positiva la publicación, en 1980, del DSM-III (American Psychological Association) y la publicación de sus ediciones posteriores: DSM-III-R ([American Psychological Association, 1987](#)), DSM-IV ([American Psychological Association, 1994](#)), DSM-IV-R ([American Psychological Association, 2000](#)) y DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2013](#)). Además, todo ello fue acompañado, por una parte, por el desarrollo y validación de una serie de entrevistas estructuradas que permitieron agrupar grupos de pacientes con un diagnóstico homogéneo, y, por otra, por los avances que supusieron la «manualización» de los tratamientos psicológicos. Como ejemplos pioneros de esto último, cabe citar el libro de [Beck et al. \(1979\)](#) para el tratamiento de la depresión, y unos años posteriores el de [Barlow y Cerny \(1988\)](#) para el tratamiento del trastorno de pánico, y un manual más extenso para el tratamiento de diferentes patologías ([Barlow, 2008](#)); en dichos libros se presentan

de forma manualizada y protocolizada los programas de tratamiento.

Sin embargo, es en las últimas dos décadas cuando se ha generado y consolidado toda una corriente de pensamiento y de trabajo que, sin duda, implica la culminación y cristalización de las ideas de aquellos trabajos pioneros. Una corriente centrada en estudiar, depurar y mejorar los tratamientos psicológicos disponibles y hacerlos llegar a quien los pudiera necesitar. Esta corriente se inició con la creación de un grupo de trabajo (*Task force*) de la división de psicología clínica (División 12) de la American Psychological Association (APA), establecido en 1993 durante la presidencia de Martin Seligman, y el cual dio como resultado la elaboración de un informe sobre la promoción y la difusión de procedimientos psicológicos (*Task force on promotion and dissemination of psychological procedures*), publicado en 1995 (APA) y revisado en trabajos posteriores (Chambless et al., 1996, 1998). Dicho informe tenía una justificación clara: dado que se reconocía que existían tratamientos psicológicos eficaces, el objetivo que se planteaba era, precisamente, identificarlos (Barlow et al., 1999).

El planteamiento de los tratamientos psicológicos empíricamente validados o tratamientos psicológicos basados en la evidencia dio como resultado los trabajos publicados por Nathan y Gorman (1998, 2002, 2007). Como estos autores subrayan, la principal pregunta a dar respuesta es: ¿Tiene usted pruebas científicas acerca de que su tratamiento funciona?, y para dar respuesta a ello, proponen una serie de principios básicos:

1. Afirmamos que la prueba más importante que cualquier tratamiento debe cumplir es que el paciente llegue a «estar mejor»; esto implica:
 - a. Definir rigurosamente qué significa «estar mejor» es crucial, aunque pueda resultar controvertido.
 - b. Debe quedar claro que sólo buscar la «autoconciencia» es más apropiado para la religión que para el tratamiento de la enfermedad.
2. Afirmamos que el «método científico» es la única forma de establecer si un tratamiento funciona:
 - a. Esto no significa que todos los tratamientos que no cuenten con pruebas científicas tengan que ser desacreditados.
 - b. Sí significa que, sin pruebas, tendremos que ser cautelosos y escépticos a la hora de recomendar un tratamiento particular.
3. Es posible realizar «experimentación científica rigurosa» en el estudio y el tratamiento de los trastornos mentales.

Durante los momentos iniciales del movimiento de los tratamientos basados en la evidencia, la APA subrayó la necesidad de establecer un enfoque comprensivo que permitiera una adecuada conceptualización de las directrices a seguir. La APA también reconoció el riesgo de que dichas directrices pudieran ser utilizadas de forma inadecuada por algunas de las organizaciones dedicadas a la promoción de la salud, como las compañías de seguros, y que ello pudiera restringir de alguna forma el acceso a los servicios de salud mental. Tomando esto

en consideración, en 1992 la APA puso en marcha un grupo de trabajo formado por tres comités: Comité de Asuntos Científicos, Comité de Asuntos Profesionales y Comité para el Avance de la Práctica Profesional. Este grupo de trabajo desarrolló la «Guía para el desarrollo de las directrices: intervenciones para los trastornos mentales y los aspectos psicosociales de los trastornos físicos» (*Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders*), que fue aprobada y publicada por la APA (1995b).

Se trata de una guía clínica a la que hay que ajustarse desde entonces para desarrollar las directrices prácticas que puedan guiar las intervenciones. Esta guía tiene dos características especialmente relevantes: por una parte, pretende asegurar que la eficacia de un tratamiento no dependa sólo de si los estudios que se aportan como prueba se ajustan a determinados estándares metodológicos (como la asignación al azar), sino también de la naturaleza de las comparaciones realizadas en las investigaciones (no es lo mismo comparar un tratamiento con una condición control de no tratamiento o con un tratamiento de eficacia reconocida). Por otra parte, la guía establece una importante distinción entre la *eficacia* de una intervención y su *efectividad* o *utilidad clínica*, y recomienda prestar atención a ambos aspectos.

El eje de la eficacia, o de la validez interna, supone analizar rigurosamente la evidencia científica disponible con la meta de valorar la eficacia de cualquier intervención dada, esto es, la posibilidad de establecer relaciones causales. El eje de la efectividad o utilidad clínica supone analizar la aplicabilidad y posibilidad de la intervención en el contexto concreto en el que tenga que ofrecerse: desde la capacidad y la disponibilidad de los profesionales formados en el tratamiento a aplicar, pasando por el grado en que los pacientes acepten el tratamiento, el rango de aplicabilidad del tratamiento, etc. En opinión del grupo de trabajo que elaboró la guía, todo esto refleja en qué medida la intervención será efectiva en el ámbito clínico en el cual va a ser aplicada, esto es, supone considerar, entre otros factores: la generalización de la administración de la intervención en varios contextos; la viabilidad de la intervención a través de pacientes y contextos, y los costes y beneficios asociados con la administración de la intervención (Nathan y Gorman, 1998).

Tanto la guía inicial como las revisiones posteriores (APA, 2002a, 2002b) insistieron en que para evaluar cualquier intervención psicológica se debería tener en cuenta de forma separada los dos ejes: el eje de la eficacia y el eje de la utilidad clínica. Se utilizó esta guía para analizar una selección de las directrices acerca de los tratamientos disponibles para una serie de trastornos mentales, y los resultados pusieron de manifiesto que existía una notable variabilidad en la forma en que se analizaba la investigación disponible y las recomendaciones resultantes. Por ejemplo, se puso de manifiesto una preocupación acerca de determinadas directrices que recomendaban el uso de medicación sobre los tratamientos psicológicos en ausencia de datos que apoyaran tales

recomendaciones ([Barlow, 1996](#); [Beutler, 1998](#); [Nathan y Gorman, 1998](#)).

La guía describe en detalle las distintas formas de evidencia que hay que tomar en consideración para desarrollar las directrices, y subraya que cualquier práctica clínica debe estar basada en una evaluación cuidadosa que sopesa los datos de investigación y la experiencia clínica. Se distinguen dos grandes categorías: 1) por una parte, los tratamientos *bien establecidos* (esto es, los tratamientos considerados eficaces), y por otra, 2) los tratamientos *probablemente eficaces*. También se especifican los criterios que debe cumplir un determinado tratamiento para poder entrar en alguna de las dos categorías.

Con estos principios, en el primer informe se recogieron 18 tratamientos *eficaces* y 7 *probablemente eficaces* cuya base empírica había sido establecida por medio de estudios controlados con asignación al azar y en los que se utilizaba un manual de tratamiento ([American Psychological Association, 1995a](#)); en la primera revisión ([Chambless et al., 1996](#)), había un listado de 22 tratamientos *eficaces* y 25 *probablemente eficaces* y, en la siguiente revisión, se identificaron 16 tratamientos *eficaces* y 55 *probablemente eficaces*. Otras actualizaciones ([Chambless y Ollendick, 2001](#); [Nathan y Gorman, 1998, 2002, 2007](#)) presentan los tratamientos que han demostrado eficacia hasta el momento. Esto supuso una primera concienciación entre los posibles usuarios, los responsables de las políticas de salud y también para los responsables de los programas docentes y de entrenamiento clínico en las universidades.

En otros lugares del mundo también se ha seguido esta perspectiva de búsqueda de tratamientos basados en la evidencia, y se han publicado varias guías clínicas que plantean las pautas de actuación a seguir para el tratamiento de un determinado trastorno. En Europa, se destaca el trabajo realizado en Inglaterra con las guías NICE ([National Institute for Clinical Excellence, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006](#)).

En España, existe información relevante sobre los tratamientos basados en la evidencia; hasta este momento hay publicados varios libros y artículos ([Labrador et al., 2003](#); [Nathan y Gorman, 1998](#); [Pérez-Álvarez et al., 2003, 2003a, 2003b](#)). Además, cada vez se da más importancia a este tema en el Sistema Nacional de Salud y empieza a recopilarse información al respecto. Sin embargo, aún no se aprecia un claro conocimiento y una utilización sistemática de los tratamientos basados en la evidencia, tanto en la práctica pública como privada.

De momento, es posible afirmar que existe ya una larga lista de tratamientos basados en la evidencia para distintos trastornos psicológicos; aunque, claro está, dicha lista no es, ni mucho menos, definitiva, y el trabajo de investigación, análisis y recopilación no ha hecho más que empezar. La meta de todas estas iniciativas es enormemente loable, esto es, mejorar la calidad y la relación coste-eficacia de cualquier tipo de intervención.

Resulta también de referencia obligada en este contexto tener en cuenta el nuevo informe realizado en 2005 por un grupo de trabajo de la APA para lo que

se llamó la práctica psicológica basada en la evidencia (PPBE). El informe, publicado por la APA (2006), tiene en cuenta el rango completo de evidencia que deberían considerar los psicólogos y los responsables de las políticas de salud: los resultados de la investigación, la experiencia clínica y las características del paciente. El principal propósito es promocionar la PPBE y apoyar políticas de salud pública que supongan la aplicación de principios con base empírica de evaluación psicológica, formulación de caso, relación terapéutica e intervención, es decir, promover buenas prácticas psicológicas aplicando estos principios basados en la evidencia. Ahora bien, cuando se habla de PPBE se está haciendo referencia a muchos tipos de intervención en muy distintos contextos y para muy distintos tipos de clientes. En este informe, la APA precisa el significado de los términos en cada caso:

- *Intervención* se refiere a todos los servicios prestados por un psicólogo centrado en el ámbito de la salud. Incluye evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento, psicoterapia y consulta. Como sucede en otros aspectos de las PPBE, el foco fundamental es el del tratamiento. Los mismos principios generales se aplican a la evaluación psicológica, que resulta esencial para un tratamiento efectivo.
- Los *contextos* incluyen hospitales, clínicas, la práctica profesional independiente, colegios, instalaciones militares, instituciones de salud pública, institutos de rehabilitación, centros de primeros cuidados, centros de *counseling* y sanatorios.
- El término *paciente* se refiere a cualquier niño, adolescente, adulto, anciano, pareja, familia, grupo, organización, comunidad o cualquier otra población que reciba los servicios de un profesional de la psicología. Aunque el informe también reconoce el amplio uso de términos como cliente, consumidor o persona, en lugar del término paciente, para designar al receptor de los servicios psicológicos.
- Los psicólogos se centran en una amplia variedad de *problemas* en su práctica profesional. Dichos problemas incluyen los de salud mental, aunque el campo de acción es mucho más amplio e incluye también problemas académicos, vocacionales, relacionales, evolutivos, de salud en general, de la comunidad, etc.

El informe subraya la existencia de un amplio conjunto de datos que ponen de manifiesto la eficacia de distintas intervenciones psicológicas en niños, jóvenes, adultos, y personas mayores que padecen muy distintos problemas. Además, la investigación también muestra que, cuando se compara con procedimientos alternativos tales como medicación, los resultados de los tratamientos psicológicos resultan particularmente duraderos (Hollon et al., 2006). De hecho, los tamaños del efecto de los tratamientos psicológicos igualan o superan en muchos casos a los ampliamente aceptados tratamientos farmacológicos (Weisz et al., 2005). Datos adicionales ponen de manifiesto que los tratamientos psicológicos están equilibrados, desde un punto de vista de coste-beneficio, ya que a menudo suponen una notable disminución de costes, aumentan la productividad de la

persona y su satisfacción vital ([Chiles et al., 2002](#)). Asimismo, en el informe se vuelve a reafirmar que el hecho de que una intervención todavía no haya sido estudiada en ensayos clínicos controlados no significa que sea ineficaz; simplemente, todavía no ha sido sometida a prueba. Lo que hay que recordar es la necesidad imperiosa de obtener pruebas que avalen su eficacia para que pueda ser definitivamente aceptada.

Tecnologías de la información y comunicación

En los últimos años, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han tenido un desarrollo muy fructífero. Debido al enorme potencial que ofrecen, creemos que pueden dar lugar a notables mejoras en los tratamientos psicológicos ya existentes, sobre todo por lo que se refiere al eje I de la *Guía de los tratamientos basados en la evidencia*, esto es, el eje de la *efectividad* o *utilidad clínica*. En este contexto, han surgido conceptos como *e-therapy*, terapia virtual o terapia computarizada. Todos ellos podrían quedar incluidos en un término más amplio conocido como «ciberterapia», y otro concepto sinónimo es terapia apoyada por ordenador (Marks et al., 2007). En ambos casos, suponen el uso de ordenadores como una herramienta para proporcionar ayuda o para facilitar o mejorar la terapia. Estas herramientas pueden servir como dispositivos de comunicación que proporcionan acceso a nuevas formas de interacción a distancia, como dispositivos de simulación para crear mundos virtuales, y como dispositivos de recogida y manejo de datos, ya que permiten almacenar una gran cantidad de datos clínicos que pueden mejorar y asegurar el cuidado de las personas. Ahora bien, desde nuestro punto de vista, al hablar de *ciberterapia* hay que ir más allá del ordenador y considerar también la utilización de cualquier dispositivo basado en las TIC que pueda ayudar a mejorar la aplicación de los tratamientos psicológicos (Botella et al., 2009).

Como se ha señalado, un desafío importante en la investigación de los tratamientos psicológicos es el diseño de nuevos modos de aplicar dichos tratamientos, modos que maximicen su utilidad, su aceptación y el binomio coste-beneficio. Una estrategia que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar el coste-beneficio ha sido emplear alternativas creativas dentro del proceso terapéutico tales como modificar la manera de interacción entre el terapeuta y paciente o generar entornos más controlados a partir de mundos virtuales (García-Palacios et al., 2007). Para conseguir todo ello, se han utilizado sistemas basados en diversos tipos de TIC tales como la realidad virtual, la realidad aumentada, internet, y sistemas de computación ubicua y persuasiva (p. ej., dispositivos móviles), etc.

Realidad virtual

La realidad virtual (RV) es una tecnología que permite crear ambientes tridimensionales generados por ordenador. El elemento esencial de la RV es que es capaz de simular la realidad permitiendo al usuario experimentar la sensación de «estar ahí», en esos ambientes virtuales, así como interactuar con los objetos que allí se incluyan. Esta sensación de «estar inmerso en el ambiente de RV», de «estar

ahí», de juzgar como algo real la experiencia, es lo que se ha denominado el «sentido o la sensación de presencia». Desde un punto de vista psicológico, esta sensación de estar en un determinado lugar «virtualmente» y ser capaz de experimentar en dicho lugar experiencias significativas, de forma muy similar a como se haría en las situaciones reales, cobra una gran importancia, ya que abre la posibilidad de utilizar dichos ambientes virtuales como potentes herramientas terapéuticas que ayuden a la persona a cambiar sus conductas, al tiempo que la protegen mientras se produce el cambio. En definitiva, se trata de poder modificar conductas, pensamientos, costumbres y emociones por medio de «experiencias virtuales» que estén diseñadas y adaptadas a las necesidades de la persona, con el objetivo de promocionar, facilitar y potenciar el proceso de cambio (Botella et al., 2004a). Por ello, no es de extrañar que rápidamente se haya extendido su uso, considerando que los primeros estudios sobre su aplicación en los tratamientos psicológicos surgieron apenas hace poco más de 15 años.

A finales del siglo xx, una serie de investigadores comenzaron una línea de trabajo centrada en el diseño y la puesta a prueba aplicaciones de RV para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos. La meta que perseguían era explorar si su uso podría aumentar la eficacia de los tratamientos psicológicos o superar algunas de las limitaciones que éstos presentaban hasta el momento. Desde entonces, el interés de la comunidad científica por las técnicas de RV y la utilidad de su aplicación en la psicología clínica ha ido creciendo en todo el mundo y en diversos países como Estados Unidos, España, Canadá, Italia, Holanda, Reino Unido, Alemania, Australia, Francia, Bélgica, Corea del Sur, Suiza, Israel, Luxemburgo, Austria, Brasil, México, Sudáfrica, Chile, Suecia, Hungría, India, Portugal, Rumanía, Singapur, entre otros; es decir, su uso y aplicación ya están representados en prácticamente todos los continentes del planeta. Asimismo, se han incrementado los estudios que ponen a prueba la utilidad y la eficacia de esta herramienta en el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos. Se han llevado a cabo un notable número de estudios centrados en la aplicación terapéutica de la RV en psicología clínica, principalmente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Meyerbröker y Emmelkamp, 2010; Oprış et al., 2012; Powers y Emmelkamp, 2008).

En estos momentos, ya existen datos acerca de la eficacia de los procedimientos de RV para distintos trastornos. Por una parte, la importancia de la RV para otros aspectos de la psicología clínica y no sólo para el campo de los tratamientos, como la psicopatología (Baños et al., 1999). También abre enormes posibilidades para la estructuración de un nuevo contexto de laboratorio «realista» que pueda lograr un elevado grado de control para la manipulación de las variables y, a la vez, pueda tener ventajas para estructurar contextos de investigación con gran valor ecológico (Botella et al., 1998).

Una primera e importante contribución de las TIC para los tratamientos basados en la evidencia vino de la mano de esta tecnología. Los trabajos pioneros

de Bárbara [Rothbaum et al. \(1995\)](#), centrados en el tratamientos de la acrofobia, abrieron el campo a otros muchos desarrollos para otros tratamientos psicológicos. Desde su surgimiento, numerosos estudios han demostrado la eficacia de la RV como una nueva forma de aplicar determinados tratamientos psicológicos. Los primeros estudios se centraban básicamente en las fobias específicas, y posteriormente se ha ampliado mucho el ámbito de aplicación a otras patologías: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, duelo complicado, trastornos de adaptación, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. ([Gregg y Tarrier, 2007](#); [Turner y Casey, 2014](#)).

Botella y cols. han llevado a cabo los primeros estudios que sometieron a prueba con éxito la utilidad de la RV en los tratamientos psicológicos de diversos problemas que se mencionan a continuación: claustrofobia ([Botella et al., 2000](#)); fobia a volar ([Botella-Arbona et al., 2004](#)); trastorno de pánico y agorafobia ([Botella et al., 2007b](#); [Botella et al., 2004b](#)); fobia a las arañas ([García-Palacios et al., 2002](#)); fobia a las tormentas ([Botella et al., 2006b](#)); fobia a la oscuridad ([Botella et al., 2007c](#)); trastorno de estrés postraumático ([Botella et al., 2010c](#)); trastornos adaptativos ([Andreu-Mateu et al., 2012](#)); trastornos alimentarios ([Marco et al., 2013](#)); duelo complicado ([Botella et al., 2008a](#)); ludopatía ([Botella et al., 2008c](#)); fobias específicas y otros problemas en niños ([Botella et al., 2006a](#); [López-Soler et al., 2011](#); [Quero et al., 2014](#)); para incrementar la resiliencia en pacientes con cáncer ([Baños et al., 2013](#)); como técnica paliativa en el dolor crónico ([Botella et al., 2013](#)); en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil ([Baños et al., 2011a](#)), entre otros. En este campo existen ya numerosos estudios controlados, trabajos de revisión y metaanálisis que ponen de manifiesto el avance de la RV en los tratamientos psicológicos ([Opriş et al., 2012](#); [Parsons y Rizzo, 2008](#); [Powers y Emmelkamp, 2008](#)).

Realidad aumentada

Otra aplicación de las TIC más reciente, que también ha mostrado su capacidad para mejorar la eficacia y efectividad de algunos tratamientos psicológicos, es la realidad aumentada (RA). La RA es una variación de la RV en la que se integran y superponen objetos virtuales en el mundo real.

La RA también supone generar objetos, seres, contextos e imágenes que por medio del ordenador puedan superponerse o incluirse en el mundo real. El usuario continúa viendo el contexto real en el que se encuentra y, a la vez, está viendo esos elementos virtuales. En un sistema de RA los objetos virtuales generados por ordenador deben estar completamente fusionados en el mundo real en todas las dimensiones. El aspecto más significativo de la RA es que los elementos virtuales añaden información relevante y útil al mundo real. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, los elementos virtuales introducidos en la realidad son significativos para el paciente y están relacionados

con su miedo (un ejemplo sería introducir cucarachas virtuales dentro de un contexto real para el tratamiento de la fobia a estos insectos [[Botella, et al., 2010a](#)]). En suma, la premisa central que subyace a esta tecnología es que la información adicional que aparece en el mundo real y a la que tiene acceso el usuario tenga utilidad para él.

Existen diferencias entre la RV y la RA. Una diferencia importante es el grado de inmersión del usuario en el sistema. Un sistema de RV envuelve completamente al usuario, esto es, la visión y otros canales perceptivos están controlados totalmente por el sistema. Se intenta que el usuario se sienta presente en el mundo virtual y que juzgue esa experiencia que está viviendo como una experiencia real. Por el contrario, un sistema de RA complementa el mundo real. El usuario está percibiendo el mundo real «enriquecido» o «aumentado» por la información adicional existente en los elementos virtuales que le proporciona el sistema de RA. Aquí se intenta que el usuario se sienta presente en el mundo real. Pero se trata de un mundo real «especial». Es una nueva «realidad mixta» cibernética que ofrece información adicional al usuario, que éste no puede captar en ese momento con sus propios sentidos y que se supone le ayuda a funcionar de forma más eficaz en el mundo real. En resumen, la RV intenta sustituir a la realidad, mientras que la RA intenta complementarla.

¿Por qué puede tener interés la RA para la salud mental? ¿Por qué puede ser útil combinar objetos reales y virtuales en 3D en los tratamientos psicológicos? La respuesta radica en que la RA puede mejorar la percepción e interacción del usuario con el mundo real. Los objetos virtuales muestran información que el usuario no puede ver directamente con sus propios sentidos y esta información proporcionada por los objetos virtuales ayudan al usuario a llevar a cabo tareas en el mundo real. La RA es un ejemplo específico de lo que Fred Brooks llama *amplificación de la inteligencia*: usar un ordenador para hacer más fáciles las tareas que el ser humano debe desempeñar ([Azuma, 1997](#)).

La RA empezó desarrollando aplicaciones en la ingeniería, la medicina, educación, el entretenimiento, el diseño, los sistemas de navegación, la robótica y la telerrobótica, el reconocimiento facial y otros campos de aplicación. Sin embargo, hasta la fecha, existen muy pocas aplicaciones de RA en psicología, las cuales se han dirigido de momento al tratamiento de dos fobias específicas: la fobia a animales pequeños (cucarachas y arañas [[Botella et al., 2010a](#); [Wrzesien et al., 2013](#)]) y la acrofobia (Juan et al., 2006), también como técnica paliativa en el dolor crónico en niños que han sufrido quemaduras ([Mott et al., 2008](#)).

La utilización de internet

La «telesalud» es el término elegido por el *Standing Committee of Family and Community Affairs* (1997) para definir la «provisión de servicios de salud a distancia». El campo de la telesalud es muy amplio, incluyendo diversas

disciplinas como la telemedicina, la telepsicología y la telepsiquiatría. Por lo que se refiere concretamente a la «telepsicología», [Brown \(1998\)](#) la define como: «El uso de las tecnologías de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud, con el fin de llevar a cabo tareas como el diagnóstico médico o psicológico, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de historias y datos, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión del cuidado de la salud» (p. 964). De esta definición se desprende que el aspecto clave de la telepsicología es proporcionar atención adecuada en áreas remotas en las que el personal o los dispositivos sanitarios no estén disponibles. Para ello, la utilización de internet para aplicar los tratamientos psicológicos puede ser especialmente útil.

A este respecto, es importante señalar que las distintas aplicaciones basadas en internet pueden facilitar aspectos centrales del trabajo psicólogo cuando la comunicación cara a cara no es posible. De hecho, una serie de aplicaciones han logrado que algunos tratamientos psicológicos basados en la evidencia estén disponibles para las personas que los necesiten y que, por distintas razones (p. ej., vivir en área remotas), no pueden acudir a un centro clínico en el que dichos tratamientos estén disponibles.

En los últimos años, el crecimiento de páginas web dedicadas a la salud mental ha ido en aumento. Se han establecido cuatro categorías de programas: los de tiempo real (chats), la videoconferencia, el correo electrónico y la telefonía vía internet (Landau, 2001). Además, estos avances se han aplicado a trastornos muy diversos, por ejemplo, miedo a hablar en público y fobia social ([Botella et al., 2010b](#)), fobias específicas ([Botella et al., 2008b](#)), en la promoción de la salud y el bienestar en personas mayores ([Etchemendy et al., 2011](#)), los trastornos adaptativos ([Molés, et al., 2012](#)) y la depresión ([Botella et al., 2012](#)). Las revisiones sobre el tema ponen de manifiesto que es una alternativa eficaz que va a desarrollarse de forma notable en los próximos años ([Andersson, 2009](#)).

Computación ubicua y persuasiva

Están comenzando a aparecer otras posibles aplicaciones basadas en las TIC para los tratamientos psicológicos, las cuales integran la *computación ubicua* y *persuasiva*. El primer término fue acuñado por [Weiser \(1991\)](#) como un paradigma de interacción en los dispositivos basados en TIC se distribuyen e integran en el contexto de la persona y permiten la interacción hombre-máquina de forma sencilla. Implica la tecnología de lo diminuto, lo portable, de lo casi invisible, pequeños sistemas que se comunican de forma espontánea y con cualidades que les permiten *incrustarse* o *formar parte* de una gran cantidad de objetos. En suma, es la tendencia de la informatización y conexión en red entre nosotros mismos y con múltiples dispositivos de nuestro entorno. Ejemplos de la implementación de esta tecnología pueden encontrarse en los teléfonos móviles, tabletas y PDAs con

conexión a internet. Se trata de lograr un acceso flexible y libre a la información desde cualquier lugar y en cualquier momento. Es previsible que ésta continua tendencia dé lugar a la fusión completa del ordenador con los objetos que utilizamos de manera cotidiana (Mattern et al., 2001).

Realmente, los ordenadores pueden ser más persistentes que los seres humanos de muchas formas, por ejemplo, utilizando muchos métodos distintos para crear una experiencia convincente (textos, audios, imágenes, vídeos, contextos virtuales, efectos especiales, animaciones, etc.). Además, esta experiencia basada en TIC se puede replicar fácilmente y distribuir, de forma simultánea, a un gran número de personas. Su uso en el campo de la salud se ha dirigido a motivar a las personas para la adopción de hábitos saludables y la prevención respecto a determinados problemas (p. ej., páginas web persuasivas para dejar de fumar). La computación persuasiva se ajusta a una serie de directrices: *a) ser en tiempo real*: mensajes disponibles en el momento en que se tiene que tomar una decisión, por medio del uso de una PDA, para proporcionar mensajes persuasivos en la selección de comida sana (Intille et al., 2003); *b) simulación de experiencias*: simulaciones que permiten vivir experiencias útiles en la toma de decisiones, y *c) personalización*: envío de información personalizada para captar e incrementar la atención del usuario (Fogg y Eckles, 2007).

Por el momento, el dispositivo más utilizado, tanto en el campo de la computación ubicua como en el de la computación persuasiva, es el teléfono móvil. Se ha llegado a afirmar que «los teléfonos móviles se convertirán en la plataforma más importante para cambiar la conducta humana» (Fogg y Eckles, 2007). Su rápida integración y presencia en todos los contextos en los que actuamos las personas ha permitido la creciente utilización de este dispositivo en el campo de la salud. Se han utilizado ya de distintas formas, por ejemplo, para proporcionar consejo psicológico a pacientes con VIH (Skinner et al., 2007); en el tratamiento de la adicción al tabaco a través del envío regular y personalizado de mensajes de texto advirtiendo de los riesgos (Rodgers et al., 2005); en el entrenamiento de estrategias para el control de estrés y la ansiedad (Repetto et al., 2013). Asimismo, se encuentra en desarrollo toda una línea de investigación que utiliza este tipo de dispositivos combinándolos con técnicas de «juegos serios» (*serious games*), por ejemplo, para la prevención y tratamiento de la obesidad infantil (Baños et al., 2011a); o el tratamiento de fobias específicas (Botella et al., 2011).

Parece que los dispositivos móviles y centrados en el usuario se están convirtiendo en la tendencia hacia la que se dirigen las TIC en el siglo ^{xxi}. Cabe destacar que el rápido avance en el desarrollo de este campo, y la creciente investigación de sus posibilidades para la psicología clínica en general, y para los tratamientos basados en la evidencia, nos permitirá contar con un número cada vez mayor de posibilidades para delinear mejor y con más precisión las futuras estrategias de intervención psicológica de este siglo ^{xxi}.

Recursos tecnológicos y aplicaciones

Como ya se ha mencionado, una de las principales bondades de las TIC es su capacidad para poder llegar a más personas, atendiendo así a algunas de las principales limitaciones a las que se ha visto expuesta la salud mental, por ejemplo, el poder dar acceso a tratamientos psicológicos, disponer de profesionales bien formados o hacer llegar los tratamientos a puntos del planeta donde sería muy difícil hacerlo sin ayuda de las TIC.

Actualmente, existen numerosos trabajos que demuestran la eficacia de las TIC en diversos tratamientos psicológicos, principalmente los trastornos de ansiedad, los trastornos adaptativos y la depresión. En este contexto, merecen destacarse los trabajos realizados en España, por ejemplo, [Alcañiz et al., 2009](#); [Baños et al., 1999](#); [Botella et al., 2007a](#); [Gutiérrez-Maldonado et al., 2009](#); [López-Soler et al., 2011](#); [Peñate et al., 2008](#); [Tortella-Feliu et al., 2011](#), y entre ellos, sin duda, han sido pioneros los trabajos realizados por el grupo de investigación Labpsitec (www.labpsitec.es). A continuación, se describen, a manera de ejemplo, algunos sistemas desarrollados para el tratamiento de diversos problemas mentales, o para promocionar el bienestar, basados en distintos tipos de TIC: RV, RA (v. [fig. 24-1](#)), internet, juegos serios, y otros sistemas de computación ubicua y persuasiva (v. [fig. 24-2](#)).

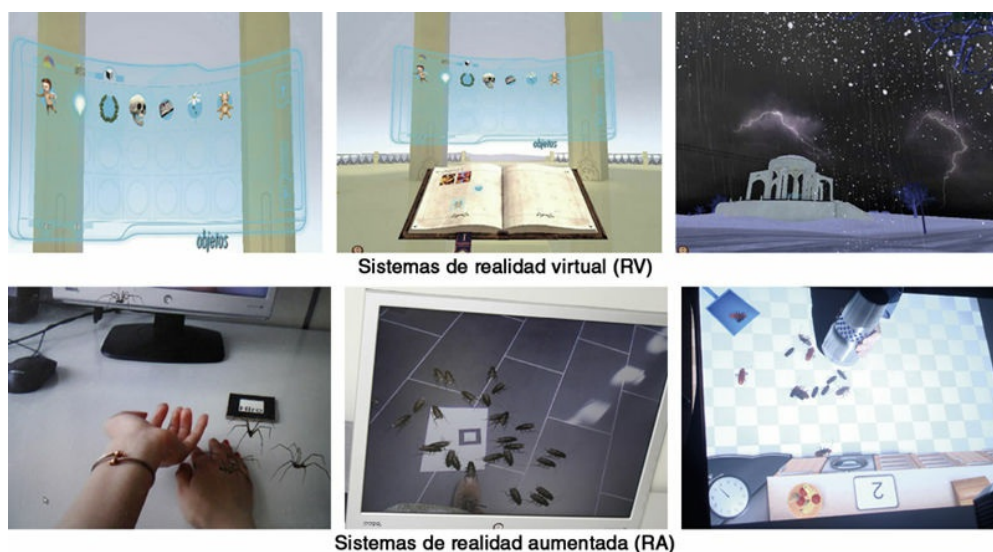


FIGURA 24-1 Tratamientos basados en RV y RA.



FIGURA 24-2 Tratamientos basados en telepsicología y computación ubicua y persuasiva.

«El mundo de EMMA»: un sistema de RV para el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés

El mundo de EMMA es un sistema de RV que se desarrolló con el objetivo de superar las dificultades existentes en relación al tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés, en concreto el trastorno de estrés postraumático, los trastornos adaptativos y el duelo complicado. Este sistema permite la creación y personalización de ambientes virtuales tridimensionales que pueden ser modificados en tiempo real y en los cuales es posible introducir elementos multimedia personalizados (fotos, música, textos, vídeos o narrativas del usuario). Los elementos principales del ambiente virtual son una habitación que simboliza un espacio protector que contiene diferentes elementos que pueden adaptarse al tratamiento y al problema individual del paciente. En esta habitación hay una gran pantalla que muestra todos los elementos que el terapeuta puede emplear como herramientas durante la sesión (objetos tridimensionales, música, sonidos, imágenes). Dichos elementos pueden activarse al depositarlos sobre unas pequeñas columnas o peanas distribuidas por toda la habitación para trabajar la exposición a las emociones que provoca el acontecimiento estresante.

Por otro lado, el ambiente virtual consta de varios escenarios o paisajes para facilitar la representación y simbolización de la emoción experimentada (playa, prado, zarza y paisaje nevado). Los escenarios pueden modificarse de forma que permitan activar y potenciar las emociones. De esta manera, el terapeuta puede cambiar distintos elementos (p. ej., la hora del día: puede hacerse de tarde o de

noche; el color del cielo, o introducir elementos naturales: lluvia, viento o nieve).

Todo ello se ha realizado para ayudar al paciente en la tarea de exposición a las situaciones temidas o en el procesamiento emocional de todos los aspectos implicados en el problema. En cuanto a la utilidad del sistema, se ha puesto a prueba en varios estudios de caso ([Botella et al., 2006](#)) y en un estudio controlado ([Baños et al., 2011b](#)).

«Lámpara mágica»: sistema de RA de proyección interactiva para el tratamiento de la fobia a los animales pequeños

Este sistema tiene como objetivo promover una mejor comunicación terapeuta-paciente ya que no requiere el uso de gafas de RV o algún otro dispositivo de visualización; de esta manera se busca una interacción más natural y mejorar la participación del paciente en la terapia. El sistema de RA tiene una mesa en la que se proyectan elementos virtuales (arañas y cucarachas) con los cuales puede interactuar el paciente.

Es posible utilizar distintos moduladores para llevar a cabo la exposición: tipo de insecto, tamaño, cantidad, que se mantenga estático o en movimiento, muerto o boca arriba, o cambiar la trayectoria (p. ej., girar, huir, perseguir). Este sistema, además, incluye un juego serio en un entorno de una cocina virtual, en donde el paciente tiene que jugar a atrapar la mayor cantidad posible de arañas o cucarachas en un tiempo determinado utilizando una taza o un vaso.

El tratamiento mediante RA se aplica usando las directrices desarrolladas por [Öst \(1997\)](#), que implican una única sesión de exposición intensiva. Dicha exposición tiene una duración máxima de tres horas e incorpora componentes de tratamiento como son el modelado, la exposición (mediante RA en este caso), práctica reforzada, y cambio cognitivo. El objetivo principal durante la sesión de exposición es que la persona confronte el animal temido de una forma controlada y progresiva y que acepte y compruebe que las consecuencias negativas que temen no ocurren. En cuanto a los principales datos sobre eficacia de la RA en el tratamiento de fobia a animales pequeños, hemos sometido a prueba la utilidad del sistema con buenos resultados (([Wrzesien et al., 2013](#)) ver [fig. 24-1](#)).

«Mayordomo»: sistema para mejorar el bienestar de las personas mayores

Dado que internet es la más popular de las TIC y la población de edad avanzada es el segmento de la población más afectado por la *brecha digital*, se ha desarrollado un sistema basado principalmente en tecnología web, que incluye los servicios más populares de internet, integrados en una única plataforma,

adaptando sus características a las necesidades de esta población. El sistema permite a los usuarios con habilidades tecnológicas reducidas o nulas utilizar de forma autónoma y sin entrenamiento servicios tan comunes como correo electrónico, videoconferencia, *blogs*, visualizar imágenes digitales, escuchar archivos de audio, ampliar su red social encontrando nuevos usuarios con intereses similares y navegar por internet.

Otro objetivo del sistema es la posibilidad de ofrecer al usuario apoyo y ayuda desde el punto de vista psicológico. Para ello cuenta con un sistema de diagnóstico automatizado que personaliza el menú en función del estado de ánimo, ofreciendo, dependiendo de éste, noticias positivas; también cuenta con un sistema de RV dotado de procedimientos de inducción de emociones, donde se pueden realizar tareas psicológicas para el entrenamiento de emociones positivas.

Mayordomo es una plataforma tecnológica multiusuario de e-salud que utiliza internet como red de enlace entre todos los perfiles de usuario que admite el sistema. Mayordomo pretende contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores a través de recursos que promuevan la red social, la comunicación, el entretenimiento, el aprendizaje, la curiosidad y el entrenamiento de emociones positivas. Mayordomo engloba líneas de intervención dirigidas al usuario de la tercera edad y, simultáneamente, herramientas de apoyo al personal sanitario que trabaja con esta población. Su estructura está dirigida a tres perfiles de usuarios: usuarios de la tercera edad, personal sanitario, y familiar o amigo de la persona mayor. Además, se pueden identificar tres niveles de acción: evaluación, terapéutico y lúdico ([Etchemendy et al., 2011](#)).

«Sonreír es divertido»: programa para la prevención y el tratamiento de la depresión

El programa Sonreír es divertido, está basado en técnicas cognitivo-conductuales y pretende contribuir a mejorar el alcance de las estrategias de intervención tradicionales, cara a cara. Tiene como foco dos aspectos principales: la prevención y el tratamiento de la depresión. Para lograrlo, por una parte, se han desarrollado herramientas de monitorización fisiológica que detectan un elevado riesgo de entrar en depresión con el uso de sensores (de muy sencilla utilización) de tasa cardíaca, actividad, electroencefalografía y reconocimiento de la voz. Por otra, se ha diseñado un protocolo de intervención *online* que pretende mejorar el afrontamiento y reducir la incidencia de la depresión, atendiendo tempranamente a aquellas personas en alto riesgo, sometidas a situaciones estresantes (prevención), o la gravedad de la misma en personas que ya presenten algún síntoma (tratamiento).

El programa está pensado para ayudar a personas que estén experimentando un estado de ánimo deprimido o ansioso y para aquellas que quieran aprender

nuevas formas de afrontar sus problemas y prevenir esos estados de ánimo. En definitiva, Sonreír es divertido enseña a la persona formas adaptativas de afrontar los problemas y superarlos.

El programa está preparado para que se lo pueda aplicar uno mismo, paso a paso y al propio ritmo, desde casa o desde cualquier lugar con acceso a internet. Como se ha señalado, incluye técnicas que han demostrado eficacia y se ajusta a las recomendaciones de las guías sobre buenas prácticas clínicas de las asociaciones internacionales de psicología como la American Psychological Association (www.apa.org) y el National Institute for Health and Clinical Excellence (www.nice.org.uk). Ha sido sometido a prueba en un estudio controlado con buenos resultados (Mira et al., 2012).

«TEO»: terapia emocional *online*

TEO es un programa diseñado y pensado para ser utilizado como herramienta terapéutica en el marco de un programa de tratamiento, o como complemento de éste, para facilitar la puesta en práctica de los contenidos de terapia o para ayudar a los pacientes en la realización de las tareas desde su propio hogar (Quero et al., 2012). El sistema tiene como objetivo ayudar a psicólogos y/o personal de la salud a la hora de desarrollar y gestionar distintos contenidos terapéuticos, crear sesiones de tratamiento, tareas que el paciente podrá realizar desde su hogar y recoger datos en tiempo real durante la realización de dichas sesiones de tratamiento. Además de la oportunidad de disponer de un sistema que pueda funcionar de forma autoaplicada, a elección del terapeuta, según las necesidades de cada persona y cada problema. TEO está pensado para permitir que tanto paciente como terapeuta tengan un papel más activo, una mayor implicación y posibilidad de mayor control a lo largo de todo el proceso de tratamiento. Por eso, TEO sirve de apoyo tanto para la terapia que se lleva a cabo en sesiones, como para las tareas terapéuticas que se realizan entre sesión y sesión. Pretende, por tanto, reforzar, apoyar y mejorar la intervención terapéutica. El sistema TEO permite que cada terapeuta, de forma muy sencilla e intuitiva, pueda crear sesiones de terapia multimedia específicas para cada paciente, adaptando los contenidos a las necesidades de cada uno, con el objetivo de que sea posible repasar y afianzar los conceptos aprendidos, o realizar tareas relacionadas con componentes terapéuticos desde cualquier lugar.

El sistema también permite crear protocolos de evaluación y tratamiento completamente autoaplicados. Esto puede ayudar a llegar a un mayor número de personas que requieran ayuda y, de esta forma, es posible conseguir mejorar su situación clínica, potenciar sus estrategias de afrontamiento y la sensación de autoeficacia personal. Todo ello utilizando internet como soporte de aplicación, lo cual permite a cada paciente adaptar las sesiones de terapia a su propio horario.

«e-TIOBE»: sistema para la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil

Se trata de un programa cognitivo-comportamental para el tratamiento de la obesidad infantil que utiliza las TIC para potenciar la eficacia y eficiencia de la intervención, mejorar la adherencia al mismo y fortalecer los mecanismos de autocontrol en los pacientes; todo ello con el fin último de conseguir el mantenimiento de los logros terapéuticos (cambio de hábitos alimentarios y de actividad física) y prevenir recaídas mediante la instauración de hábitos de vida saludables. Este programa se denomina e-TIOBE (e-Terapia Inteligente para la OBESidad) y se compone de una aplicación web y una aplicación de apoyo móvil (Baños et al., 2011a).

Aplicación web

La aplicación web incluye distintas áreas:

1. *Área de psicoeducación sobre nutrición*: esta área contiene información nutricional, los beneficios de una alimentación saludable y equilibrada, información sobre los beneficios de la actividad física y el deporte, los falsos mitos, y las dietas y la importancia de la puesta en marcha de un estilo de vida cada vez más activo. Incluye también una serie de juegos educativos informáticos, con propósitos educativos, persuasivos o de salud. Los juegos de ordenador como herramienta educativa cuentan con notables ventajas, como el utilizar un lenguaje acorde con el que utilizan los niños (internet, juegos, etc.), tener gran flexibilidad y adaptabilidad (metas y objetivos que se pueden modificar de acuerdo con la evolución del niño), y ayudar a reforzar el aprendizaje al convertirlo en una diversión. Se han diseñado tres juegos serios para el aprendizaje de la información nutricional que se detallan a continuación:
 - a. *Plato saludable*: el objetivo de este juego es que el niño aprenda las diferentes categorías de alimentos y sus propiedades sin esfuerzo. Los jugadores tienen que ubicar una serie de alimentos que le van saliendo dentro de diferentes clases de ellos. El niño recibe puntos por cada respuesta correcta. Después de unas pocas selecciones, aparece una pregunta con varias posibilidades de respuesta que debe ser contestada para continuar con el juego; estas preguntas están relacionadas con los conocimientos nutricionales; si se acierta se ganan puntos extras.
 - b. *Memory*: el objetivo de este juego es que el niño aprenda las propiedades nutricionales de los alimentos. Para esto tiene que girar diferentes tarjetas y emparejarlas; una vez las empareja correctamente se le dan puntos. Hay un tiempo limitado para terminar una serie. Si se cometen errores a la hora de emparejar, se pierde una vida. En cada partida se le dan al jugador tres vidas. Después de unas pocas selecciones, aparece una pregunta con varias posibilidades de respuesta que debe ser contestada para continuar con el

juego. Estas preguntas están relacionadas con conocimientos nutricionales; si se acierta se ganan puntos extras. Conforme se va avanzando en el juego, el nivel es cada vez mayor, hay menos tiempo para terminar el juego y se aceptan muchos menos errores

- c. *Super e-TIOBE*: el objetivo de este juego es aprender a cambiar los hábitos de ingesta y estilo de vida saludable de forma sencilla. El jugador debe ayudar a un detective «Super e-TIOBE» a descubrir cómo cambiar los hábitos de ingesta y los estilos de vida de una serie de niños que presentan diferentes dificultades, o bien unos hábitos de ingesta desequilibrados, o bien un estilo de vida sedentario. En cada caso se presenta al personaje y las dificultades cotidianas que tiene para llevar una vida saludable. Después aparece un escenario y el jugador debe seleccionar diferentes elementos del escenario (comida, juguetes, etc.). Si se falla en la selección se pierde una vida; si se falla tres veces se pierde el juego. Cada caso tiene que resolverse en un tiempo limitado.

2. *Área de psicoeducación sobre actividad física*: es un área donde se recogen conocimientos generales e información de interés sobre el deporte y la actividad física adaptado al lenguaje de los niños

3. *Área de recetas*: en esta área, el niño puede ver un listado de recetas sencillas y saludables, así como el procedimiento de elaboración.

4. *Área de actividades*: el niño recibe las tareas que le manda el clínico, entre las que se encuentran juegos educativos, cuestionarios a responder, o autorregistros de ingesta y movimiento físico, así como un recordatorio de las tareas a realizar durante la semana.

5. *La panda*: dentro del sistema e-TIOBE se ha creado una red social de aquellos niños que siguen el programa de tratamiento. Para ello existe un diploma que acredita la pertenencia a la panda e-TIOBE y cada uno de los juegos descritos anteriormente posee una puntuación determinada. De este modo, cada niño puede seguir su propia evolución dentro de un ranking global. Cada cierto número de puntos se otorgan incentivos en forma de medallas o de objetos virtuales. Se trata de un espacio de comunicación entre usuarios en el que se puede contrastar la puntuación total obtenida por el niño; también se puede realizar la impresión de títulos, la descarga de documentos colgados en la web por el terapeuta, etc.

Aplicación de apoyo móvil

A través de dispositivos móviles (como PDAs o teléfonos móviles), el niño puede continuar recibiendo *feedback* y alimentando el sistema con información extraída del contexto real en el que el niño se encuentra (calle, trabajo, colegio, gimnasio, etc.). Esta aplicación le permite mantener una comunicación ubicua en todo momento con el sistema. Una de las funciones importantes de la PDA es facilitar los autorregistros de ingesta (alimento ingerido, cantidad, ingredientes, hora,

orden, emoción previa y contexto social que envuelve la conducta de ingesta). El uso de PDAs, comparado con el método tradicional de lápiz y papel, permite registrar las respuestas del usuario en el sistema en tiempo real y ello permite llevar a cabo un seguimiento continuo por parte del clínico de cada uno de los niños. En esta plataforma móvil también se incluye un sistema de sensorización que incluye: un pulsímetro, un aparato de medida de tensión y un sensor inteligente personal. Mediante este último dispositivo se puede adquirir información contextual (geoposición, actividad física y postura) e información fisiológica (frecuencia cardíaca, conductancia en la piel y frecuencia respiratoria).

En cuanto al tratamiento incluido en este sistema para el control de la obesidad infantil, está diseñado desde una perspectiva multidisciplinar (médico, dietético y psicológico). El objetivo es reducir el exceso de peso en los niños e instaurar hábitos saludables de alimentación y movimiento físico. Esto es, potenciar la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida saludable. El sistema ha sido sometido a prueba y se ha comprobado que es bien aceptado y que resulta eficaz en el tratamiento de la obesidad infantil ([fig. 24-2](#)).

Conclusiones y acciones futuras

Como se ha señalado, el campo de los tratamientos psicológicos ha avanzado de forma muy notable en los últimos 50 años. Puede afirmarse que disponemos ya de protocolos de tratamiento basados en la evidencia para prácticamente todos los trastornos mentales y también protocolos de intervención que han demostrado utilidad en el caso de problemas psicológicos presentes en distintas enfermedades médicas. El reto sigue siendo mejorar estos protocolos y hacerlos llegar a todos aquellos que los necesitan. Sin duda, como aquí se ha defendido, las TIC van a jugar un importante papel en estos dos cometidos.

En estos momentos, es posible afirmar que el uso de las TIC en los tratamientos psicológicos está facilitando el trabajo de los terapeutas y está haciendo que los tratamientos psicológicos sean mejor aceptados por los pacientes. Concretamente, para los pacientes las TIC suponen indudables ventajas: la seguridad, el control y la confidencialidad que les proporcionan; la posibilidad de recibir el tratamiento de forma segura y sin estar expuestos al escrutinio de otras personas; además, en algunos casos, la posibilidad de recibir el tratamiento dependiendo de sus necesidades y sus preferencias horarias, incluso en el propio hogar del paciente.

En definitiva, se ha logrado que los tratamientos psicológicos resulten mucho más accesibles para todos y también se ha logrado romper algunos de los estigmas existentes en torno a ellos. Sin duda, éstos son pasos importantes en un camino que no ha hecho más que empezar. Los próximos años supondrán una gran revolución respecto a las posibilidades de las TIC en este ámbito, pero esta revolución, necesariamente, va a requerir esfuerzos continuados por parte de todos nosotros.

Lecturas recomendadas

- Alcañiz M, Botella C, Baños R, Zaragoza I, Guixeres J. The Intelligent e-Therapy system: A new paradigm for telepsychology and cybertherapy. *British Journal of Guidance and Counselling*. 2009;37(3):287–296.
- American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- American Psychological Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. 3 ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1980.
- American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. 3 Rev. ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1987.
- American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*, Vol. 4. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
- American Psychological Association. Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*; 1995.
- American Psychological Association *Task force on psychological intervention guidelines. Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995.
- American Psychological Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R)*. 4 Rev. ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
- American Psychological Association Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*. 2002;57:1052–1059.
- American Psychological Association Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*. 2002;57:1048–1051.
- American Psychological Association Evidence- based practice in psychology. *American Psychologist*. 2006;61(4):271–285.
- Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47:175–180.
- Andreu-Mateu S, Botella C, Guillén V, Quero S, Baños R. La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Behavioral Psychology*. 2012;20(2):323–348.
- Azuma RT. A survey of augmented reality. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*. 1997;6:355–385.
- Baños RM, Botella C, Perpiñá C. Virtual reality and psychopathology. *Cyberpsychology and Behavior*. 1999;2(4):283–292.
- Baños RM, Cebolla A, Botella C, García-Palacios A, Oliver E, Zaragoza I, Alcañiz M. Improving childhood obesity treatment using new technologies: The ETIOBE system. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2011;7:62–66.
- Baños RM, Espinoza M, García-Palacios A, Cervera JM, Esquerdo G, Barrajon E, Botella C. A positive psychological intervention using virtual reality for patients with advanced cancer in a hospital setting: A pilot study to assess feasibility. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Support Care Cancer*. 2013;21(1):263–270. doi: 10.1007/s00520-012-1520-x.
- Baños RM, Guillen V, Quero S, García-Palacios A, Alcañiz M, Botella C. A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. *International Journal of Human Computer Studies*. 2011;69(9):602–613.
- Barlow D, Levitt J, Bufka L. The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future. *Behavior Research and Therapy*. 1999;37:147–162.
- Barlow DH. The effectiveness of psychotherapy: Science and Policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996;3:236–240.
- Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4 ed. New York: Guilford Press; 2008.
- Barlow DH, Cerny JA. *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford press; 1988.
- Barlow DH, Hoffman SG. Efficacy and dissemination of psychological treatments. In: Clark DM, Fairburn CG, eds. *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford, R.U: Oxford University Press; 1997:95–117.

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression. A treatment manual*. Nueva York: Guildford Press; 1979.
- Beutler LE. Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66:113–120.
- Botella-Arbona C, Osma J, García-Palacios A, Quero S, Baños RM. Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2004;11(5):311–323: doi: 10.1002/cpp.404.
- Botella C, Baños RM, Fabregat S. Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual. In: Méndez X, Espada JP, Orgiles M, eds. *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide; 2006:49–65.
- Botella C, Baños RM, García-Palacios A, Quero S, Guillén V, Marco H. La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers*. 2007;4:32–41.
- Botella C, Baños RM, Guerrero B, García-Palacios A, Quero S, Alcañiz M. Using a flexible virtual environment for treating a storm phobia. *PsychNology Journal*. 2006;4(2):12–144.
- Botella C, Baños RM, Villa H, Perpiñá C, García-Palacios A. Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*. 2000;31(3):583–595.
- Botella C, Bretón-López J, Quero S, Baños R, García-Palacios A. Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*. 2010;41(3):401–413.
- Botella C, Bretón-López J, Quero S, Baños RM, García-Palacios A, Zaragoza I, Alcañiz M. Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: A single case study. *Computers in Human Behavior*. 2011;27(1):217–227.
- Botella C, Gallego MJ, García-Palacios A, Guillén V, Baños RM, Quero S, Alcañiz M. An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010;13(4):407–421.
- Botella C, García-Palacios A, Baños RM, Quero S. Cybertherapy: Advantages, limitations, and ethical issues. *PsychNology Journal*. 2009;7(1):77–100.
- Botella C, García-Palacios A, Guillén V, Baños RM, Quero S, Alcañiz M. An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010;13(1):67–71.
- Botella C, García-Palacios A, Vizcaíno Y, Herrero R, Baños RM, Belmonte MA. Virtual reality in the treatment of fibromyalgia: a pilot study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2013;16(3):215–223: doi: 10.1089/cyber.2012.1572.
- Botella C, García-Palacios A, Villa H, Baños RM, Quero S, Alcañiz M, Riva G. Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007;14(3):164–175: doi: 10.1002/cpp.524.
- Botella C, Lasso de la Vega N, Castilla D, García-Palacios A, López- Soler C, Baños R y Alcañiz M. (2007c). Virtual reality for the application of psychological treatments in children: Darkness phobia. Presentado en 12th Cybertherapy and Cyberpsychology Conference, Washington D.C.
- Botella C, Mira A, García-Palacios A, Quero S, Navarro MV, Riera López del Amo A, Baños RM. (2012). Smiling is fun: A coping with stress and emotion regulation program. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 123-127.
- Botella C, Osma J, Palacios AG, Guillén V, Baños R. Treatment of complicated grief using virtual reality: A case report. *Death Studies*. 2008;32(7):674–692.
- Botella C, Perpiñá C, Baños RM, García-Palacios A. Virtual reality: a new clinical setting lab. *Studies in health technology and informatics*. 1998;58:73–81.
- Botella C, Quero S, Baños RM, García-Palacios A, Bretón-López J, Alcañiz M, Fabregat S. Telepsychology and self-help: The treatment of phobias using the internet. *Cyberpsychology and Behavior*. 2008;11(6):659–664.
- Botella C, Quero S, Baños RM, Perpiñá C, García-Palacios A, Virtual reality and psychotherapy. Riva G, Botella C, Légeron P, Optale G, eds. *Cybertherapy*, Vol. 99. Amsterdam: IOS Press; 2004:37–52.
- Botella C, Quero S, Serrano B, García-Palacios A, Baños RM. El uso de la realidad virtual en el tratamiento del juego patológico. In: Polzo Jd, Pérez L, Ferreras M, eds. *Tradiciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación: Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. La Rioja: Consejería de Salud; 2008.
- Botella C, Villa H, García-Palacios A, Baños RM, Perpiñá C, Alcañiz M. Clinically significant virtual environments for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Cyberpsychology and Behavior*.

- 2004;7(5):527–535: doi: 10.1089/cpb.2004.7.527.
- Brown FW. Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*. 1998;49:963–964.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennett-Johnson S, Pope KS, Crits-Cristoph P. An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*. 1996;49:5–18.
- Chiles JA, Lambert MJ y Hatch AL. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. In: NA, Cummings WT, O'Donohue KE, Ferguson, (Eds.), 47–56. Reno, NV: Context Press.
- Etchemendy E, Baños RM, Botella C, Castilla D, Alcañiz M, Rasal P, Farfallini L. An e-health platform for the elderly population: The butler system. *Computers and Education*. 2011;56(1):275–279.
- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. 1952;16:319–324.
- Fogg BJ, Eckles D. *Mobile persuasion*. Stanford, California: Stanford University; 2007.
- García-Palacios A, Botella C, Hoffman H, Fabregat S. Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *CyberPsychology and Behavior*. 2007;10(5):722–724.
- García-Palacios A, Hoffman H, Carlin A, Furness TA, Botella C. Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(9):983–993.
- Gregg L, Tarrier N. Virtual reality in mental health. *A review of the literature. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(5):343–354: doi 10.1007/s00127-007-0173-4.
- Gutiérrez-Maldonado J, Magallón-Neri E, Rus-Calafell M, Peñaloza-Salazar C. Virtual reality exposure therapy for school phobia. *Anuario de Psicología*. 2009;40(2):223–236.
- Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for CBT in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*. 2006;58:352–359.
- Intille SS, Kukla C, Farzanfar R y Bakr W. (2003). Just-intime technology to encourage incremental, dietary behavior change. Presentado en AMIA 2003 Symposium.
- López-Soler C, Castro M, Alcántara M, Botella C. The virtual reality system EMMA-Childhood in the psychological treatment of a minor with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011;16(3):189–206.
- Marco JH, Perpiñá C y Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Research*; 2013.
- Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble? *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:471–473.
- Mattern F, Ortega M y Lorés, J. (2001). Ubiquitous computing: The trend towards the computerization and networking of all things Retrieved 01/06/14, from <http://www.upgrade-cepis.org/issues/2001/5/up2-5Present.pdf>
- Meyerbröker K, Emmelkamp PMG. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and Anxiety*. 2010;27(10):933–944: doi: 10.1002/da.20734.
- Mira A, Botella C, García-Palacios A, Riera A, Quero S, Alcañiz M y M, B.R. (2012). An Internet-based program to cope with regulating stress and emotion: An example of positive technology. *Cybertherapy & Rehabilitation*, 2(1), 22–23.
- Mott J, Bucolo S, Cuttle L, Mill J, Hilder M, Miller K, Kimble RM. The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes: A randomised controlled trial. *Burns*. 2008;34(6):803–808: doi: 10.1016/j.burns.2007.10.010.
- Nathan PE, Gorman JM. *A guide to treatments that work*. 1 ed. New York: Oxford University Press; 1998.
- National Alliance on Mental Illness (2006). Grading the states: A report on America's health care system for serious mental illness. Arlington, VA.
- National Institute for Clinical Excellence *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (clinical guidance 22)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
- National Institute for Clinical Excellence *Depression: Management of depression in primary and secondary care (clinical guide 23)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
- National Institute for Clinical Excellence *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (clinical guideline 31)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence; 2005.

- National Institute for Clinical Excellence *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (clinical guideline 26)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence; 2005.
- National Institute for Clinical Excellence *Computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Technology appraisal (clinical guideline 97)*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence; 2006.
- Opriş D, Pinteş S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi S, David D. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*. 2012;29(2):85–93; doi: 10.1002/da.20910.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Mental Health in the European Region. Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Organización Mundial de la Salud; 2011.
- Öst LG. Rapid treatment of specific phobias. In: Davey GCL, ed. *Phobias: A handbook of theory, research, and treatment*. Chichester: Wiley; 1997:227–246.
- Parsons TD, Rizzo AA. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2008;39(3):250–261; doi: 10.1016/j.jbtep.2007.07.007.
- Peñate W, Pitti CT, Bethencourt JM, de la Fuente J, Gracia R. The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy applied to patients with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008;8(1):5–22.
- Powers MB, Emmelkamp PMG. Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22(3):561–569; doi: 10.1016/j.janxdis.2007.04.006.
- Quero S, Molés M, Pérez-Ara MA, Botella C, Baños RM. An online emotional regulation system to deliver homework assignments for treating adjustment disorders. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2012;181:273–277.
- Quero S, Nebot S, Rasal P, Bretón-López J, Baños RM, Botella C. The use of communication and information technologies in the treatment of small animals phobia in childhood [La utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en el tratamiento de la fobia a animales pequeños en la infancia]. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*. 2014;22(2):257–276.
- Repetto C, Gaggioli A, Pallavicini F, Cipresso P, Raspelli S, Riva G. Virtual reality and mobile phones in the treatment of generalized anxiety disorders: A phase-2 clinical trial. *Personal and Ubiquitous Computing*. 2013;17(2):253–260; doi: 10.1007/s00779-011-0467-0.
- Rodgers A, Corbett T, Bramley D, Riddell T, Wills M, Lin RB, Jones M. Do you smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tobacco Control*. 2005;14:255–261.
- Rothbaum BO, Hodges LF, Kooper R, Opdyke D, Williford JS, North M. Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):547–554; doi: 10.1016/s0005-7894(05)80100-5.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 1996;312:71–72.
- Skinner D, Rivette U, Bloomberg C. Evaluation of use of cellphones to aid compliance with drug therapy for HIV patients. *AIDS Care*. 2007;19:605–607.
- Standing Committee of Family and Community Affairs *Health on line: A report on health information management and telemedicine*. Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service; 1997.
- Tortella-Feliu M, Botella C, Llabrés J, Bretón-López JM, Del Amo AR, Baños RM, Gelabert JM. Virtual reality versus computer-aided exposure treatments for fear of flying. *Behavior Modification*. 2011;35(1):3–30.
- Turner WA, Casey LM. Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are we now? *Clinical Psychology Review*. 2014;34(8):634–644; doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.003>.
- Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62:603–613.

- Weiser M. The computer for the 21st century. *Scientific American*. 1991;265:94–104.
- Weisz JR, Jensen AL, McLeod BD. Development and dissemination of child and adolescent psychotherapies: Milestones, methods, and a new deployment-focused model. In: Hibbs ED, Jensen PS, eds. *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. 2 ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005:939.
- Wrzesien M, Alcañiz M, Botella C, Burkhardt JM, Bretón-López J, Ortega M, Brotons DB. The therapeutic lamp: Treating small-animal phobias. *IEEE Computer Graphics and Applications*. 2013;33(1):80–86.

PARTE IV

Enfermería de salud mental comunitaria

Capítulo 25: Enfermería en la asistencia psiquiátrica hospitalaria

Capítulo 26: Enfermería psiquiátrica comunitaria

Capítulo 27: Enfermería psiquiátrica. Rehabilitación e integración social

Capítulo 28: Educación para la salud. Programas asistenciales en salud mental

CAPÍTULO 25

Enfermería en la asistencia psiquiátrica hospitalaria

Paula Zurrón Madera

Raquel Junquera Fernández

María Albuerne Juanco

María Paz García-Portilla

Rosario Fernández Flórez

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 287

La Unidad de hospitalización psiquiátrica 287

Definición y funciones 287

Indicación de ingreso 288

Modalidades de ingreso 288

Características estructurales y funcionales 289

Características físicas y estructurales 289

Características funcionales 289

El equipo asistencial 289

Profesionales que forman el equipo
asistencial 289

Funciones de los distintos profesionales 290

El proceso de cuidados en la unidad de hospitalización psiquiátrica 291

Valoración 291

Diagnóstico 292

Planificación 292

¿Cómo se fijan prioridades y se determina qué problemas deben de ser abordados en la unidad de hospitalización psiquiátrica? 292

¿Cómo se establecen los criterios de resultados en una unidad de hospitalización psiquiátrica? 293

¿Cómo se determinan las intervenciones enfermeras? 293

¿Cómo se realiza el registro del plan de cuidados? 293

Ejecución 293

Evaluación 294

Introducción

La asistencia a la salud mental se encuentra enmarcada en el ámbito de la atención especializada; por lo tanto, la vía principal de acceso a la misma será a través de la atención primaria de salud mediante derivación por parte de otro profesional.

Para poder cumplir los objetivos marcados en el informe para la reforma psiquiátrica es preciso crear los dispositivos y equipos necesarios para asegurar la atención a la población en los tres niveles de prevención (primaria —evitar la aparición del trastorno—, secundaria —diagnóstico y tratamiento precoz— y terciaria —rehabilitación y reinserción social—). El desarrollo e implementación de la red asistencial va a depender de los servicios de salud de las comunidades autónomas, y la denominación de los dispositivos podrá variar de una comunidad autónoma a otra¹. A grandes rasgos, los dispositivos que compondrán la red de salud mental serán los siguientes (fig. 25-1):

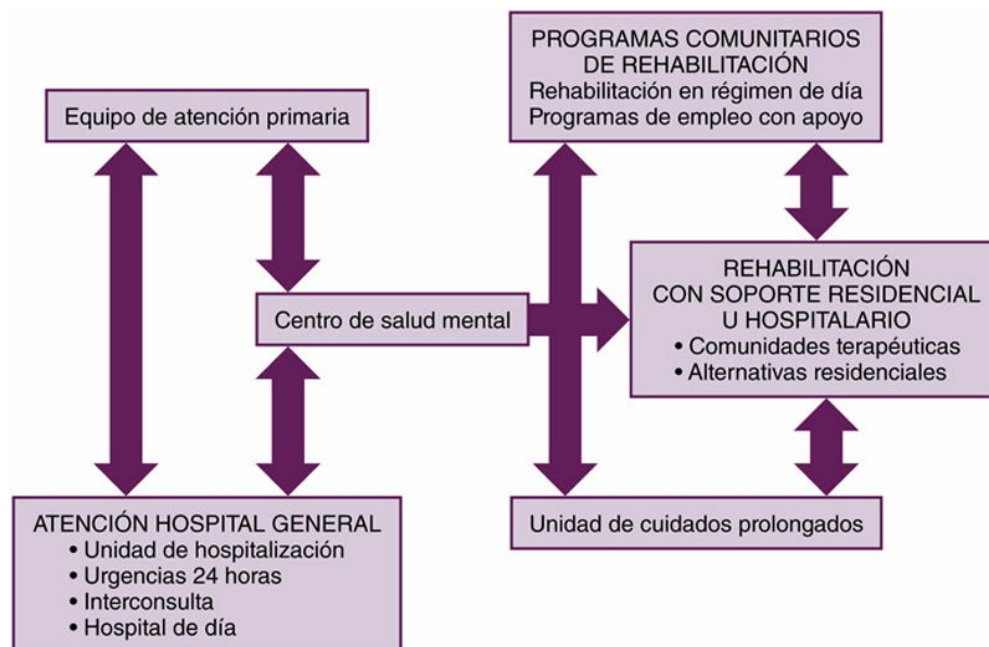


FIGURA 25-1 Dispositivos de la red de salud mental. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, 2009, página 136².

La Unidad de hospitalización psiquiátrica

Definición y funciones

Las unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP) son una medida dentro del proceso terapéutico de la red de salud mental. Se trata de un dispositivo de atención continuada, durante 24 horas al día, para pacientes con trastorno mental en fase aguda a partir de los 18 años de edad. La estancia media en este tipo de unidades es de 15-21 días de ingreso^{3,4}.

Estas unidades se destinan al tratamiento de pacientes que precisan de un ingreso a tiempo completo debido a las características psicopatológicas que presentan⁵. Este tipo de tratamiento tiene como objetivo principal estabilizar el estado psíquico individual y restablecer las relaciones familiares y sociales, normalmente alteradas previas al ingreso hospitalario.

El internamiento se llevará a cabo, en un principio, en régimen cerrado (el paciente deberá permanecer en la unidad las 24 horas del día). Según la evolución psicopatológica y a juicio del equipo terapéutico, el internamiento se podrá modificar a régimen semiabierto (el paciente se pondrá de acuerdo con el equipo terapéutico en las horas de salida, debiendo regresar a la unidad una vez finalizado el permiso).

Las funciones asistenciales generales de una unidad son^{3,5}:

- El tratamiento a pacientes ingresados.
- La atención psiquiátrica de las interconsultas planteadas dentro del hospital general.
- La atención a las urgencias hospitalarias.

La asistencia recibida debe estar enfocada a la continuidad de cuidados en la comunidad, es decir, debe existir una coordinación con los centros de salud mental, así como con los recursos de rehabilitación mencionados anteriormente.

Indicación de ingreso

El ingreso en una UHP se basa en dos criterios⁵: clínico (relacionado con la severidad de la sintomatología) y pronóstico (estimación de reversibilidad del cuadro clínico). Se considera que existe indicación de ingreso⁶:

1. En los casos considerados de riesgo vital para el paciente:
 - a. Presencia de alto riesgo de suicidio (intentos recientes o ideación persistente).
 - b. Presencia de alto riesgo de autoagresión.
 - c. Situación clínica psiquiátrica aguda que impida al paciente cuidarse a sí mismo (cuidados básicos en relación con su estado de salud, alimentación, vivienda, etc.).
 - d. Situación clínica psiquiátrica aguda que afecte a sus relaciones sociales, familiares y de la comunidad, y que le impida, además, hacerse cargo de sus

- bienes (viviendas propias, bienes económicos, cuentas bancarias...).
2. Cuando exista un riesgo para otras personas, siendo secundario a la enfermedad mental.
 3. Cuando exista fracaso del tratamiento ambulatorio del episodio o exacerbación de la enfermedad mental.
 4. En los casos de ingresos programados para evaluación, proceso diagnóstico y cambio o ajuste del tratamiento que no se pueden realizar de manera ambulatoria.
 5. En los casos de ingreso por orden judicial para valoración pericial.

Modalidades de ingreso

Hasta principios de la década de los 80 se podía ingresar a cualquier persona, debido a la exacerbación de su enfermedad mental, en contra de su voluntad, para su valoración y tratamiento sin existir un marco legal que garantizase la protección de sus derechos fundamentales.

Desde la reforma del Código Civil de 1983 se necesita autorización judicial para privar de libertad, mediante el ingreso en régimen hospitalario, a una persona que no quiere ser tratada de su enfermedad mental. Actualmente, el procedimiento está previsto en el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil⁷, el cual deja claro que sólo la autoridad judicial puede permitir la privación de libertad de una persona. El único motivo por el que el juez da su consentimiento es «por razón de trastorno psíquico», no exigiendo el cumplimiento de ningún requisito adicional, como la naturaleza del trastorno, su intensidad o elementos adicionales, como el nivel de peligrosidad potencial de su conducta⁸.

En el ámbito internacional, el Consejo de Europa, en 2004, en relación al ingreso y tratamiento involuntario de los pacientes, señala que⁸:

- La persona ha de sufrir un trastorno mental.
- Su situación representa un riesgo significativo de daño para él u otros.
- El objetivo del ingreso debe ser terapéutico.
- No existe otra opción de atención y tratamiento menos restrictivo.
- La opinión de la persona afectada ha sido tenida en cuenta.

En nuestro país, por tanto, según el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil⁷, nos podemos encontrar con diferentes tipos de ingreso:

1. **Voluntario:** después de que el equipo médico, tras su evaluación, crea pertinente el ingreso del paciente en la unidad de hospitalización, éste acepta y da su consentimiento a su internamiento. En este caso el paciente puede solicitar el alta y es el médico quien decide si la acepta o debe convertir el ingreso en involuntario.
2. **Involuntario:** este tipo de ingreso sucede cuando, aun existiendo una indicación médica o una orden judicial para el ingreso, la persona se niega al internamiento. Pueden darse tres escenarios:

- a. **Ingreso urgente forzoso:** existe una urgencia médica psiquiátrica evidente que pone en peligro al paciente o a su entorno, y es por orden médica por lo que se ingresa al enfermo en contra de su voluntad. En un plazo máximo de 24 horas tras el ingreso, se debe notificar al juzgado para que autorice o no el internamiento, pudiendo solicitar la valoración del médico forense. El alta se notificará, de igual modo, al juzgado pertinente.
- b. **Ingreso con autorización judicial:** cualquier persona relacionada con el paciente puede solicitar al juez la autorización para su ingreso. Para ello, éste deberá realizar una valoración forense previa o bien tendrá acceso a informes médicos que señalen la existencia de un cuadro clínico susceptible de ingreso hospitalario. En este caso, puesto que el juez no ordena el ingreso sino que lo autoriza, el alta dependerá del criterio del médico, avisando al juzgado una vez sea dado de alta el paciente.
- c. **Ingreso con orden judicial:** en estos casos es el juez quien ordena el internamiento del paciente. Nos podemos encontrar dos situaciones:
 - Para valoración, diagnóstico y tratamiento de una persona que ha cometido un delito padeciendo patología mental.
 - Cuando haya sospecha de inicio de enfermedad mental en una persona que está cumpliendo condena.
 - En ambos casos, el alta la autorizará el juez.

Características estructurales y funcionales

Características físicas y estructurales^{4,6}

Deben de estar integradas física y funcionalmente dentro de la hospitalización general. La proporción adecuada del número de camas es de 12-15 por 100.000 habitantes, adaptándose a las necesidades asistenciales de cada sistema de salud. La estructura de la unidad debe permitir la observación directa de las personas ingresadas desde el control de enfermería. Siempre y cuando sea posible, deberán localizarse en la planta baja del hospital para facilitar el acceso al patio o zonas ajardinadas, así como para evitar el riesgo potencial de la altura. Si la unidad no se encuentra en la planta baja del hospital general, las ventanas tendrán algún dispositivo de cierre de seguridad. De igual forma, las puertas y escaleras de acceso y de salida deberán de estar cerradas, y sólo el personal autorizado podrá abrirlas. Se evitara el uso, en la construcción de la unidad, de cristales que se rompan con facilidad, así como todos los elementos que puedan ser un riesgo potencial para el paciente. Se dispondrá de sala de estar, comedor, sala de juegos y/o terapias ocupacionales y sala de visitas.

Características funcionales

Debe existir una normativa para asegurar la confidencialidad de los pacientes

ingresados. Se desarrollará una normativa de funcionamiento que recoja los protocolos y las actividades programadas de la unidad y la distribución temporal de las mismas. Debido a las peculiaridades de este tipo de unidades, deben estar claramente descritas las variaciones en las normas generales de funcionamiento.

Deberán existir unos cauces adecuados de comunicación y coordinación con los demás dispositivos asistenciales y de rehabilitación de la red; para mantener la continuidad de cuidados se deberá realizar un informe de alta, tanto médico como enfermero. Además, se dispondrá de una hoja informativa para familiares⁴, en la que deberá constar:

- Las normas de seguridad.
- Las normas específicas de la unidad.
- Los enseres necesarios y permitidos para la estancia en la unidad.
- El horario de visitas.
- El teléfono de la unidad.

Se revisaran las pertenencias del paciente, tanto en el momento del ingreso como a la vuelta de sus permisos de salida. Se revisarán de forma periódica las habitaciones y pertenencias para garantizar la seguridad de los pacientes, retirando todo aquel material potencialmente peligroso, según las normas de cada unidad.

El equipo asistencial

Profesionales que forman el equipo asistencial

La dotación de profesionales para una UHP dependerá de la actividad del servicio y estará integrada al menos por:

- **Psiquiatras:**
 - Un coordinador.
 - Uno por cada 7 camas.
 - Uno por cada 250 camas para las interconsultas.
- **Psicólogos:**
 - Uno en cada UHP.
 - Uno por cada 500 camas para las interconsultas.
- **Enfermería:**
 - Una enfermera supervisora.
 - El ratio de personal de enfermería será de 0,2 por cama y turno.
 - El 40% será personal con la titulación de diplomado/ grado, preferiblemente especializado en salud mental.
- **Trabajador social:**
 - A tiempo parcial, compartido con el hospital general.

Para entender el funcionamiento en conjunto de estos profesionales, debemos de tener en cuenta que en ciencias de la salud raramente se trabaja de manera individual. Los problemas de salud y todo lo que ayuda a su aparición o

mantenimiento se deben entender desde una perspectiva multifactorial y, por lo tanto, son necesarias diferentes intervenciones para su mejora o resolución.

De ahí surge el concepto de modelo interdisciplinar: «dinámica que se establece en la cooperación estrecha entre las disciplinas o profesionales cuando actúan para conseguir unos objetivos comunes». Por ello, los problemas de un individuo son «tratados desde diferentes puntos de vista, profesionalmente independientes y complementarios a la vez para quien los padece». Este concepto grupal de acción terapéutica supone la implicación de profesionales no sólo de ciencias médicas, sino de las de la conducta (psicólogos) o sociales (trabajador social). Por ello, cada profesional debe tener claro tanto su rol profesional, sobre todo desde la perspectiva legal, como el rol de cooperación, para evitar roces y la duplicidad de funciones⁹.

Funciones de los distintos profesionales⁴

• Funciones del psiquiatra:

- Realizar una valoración inicial de los ingresos.
- Prestar asistencia especializada y seguimiento en salud mental.
- Indicar la hospitalización del paciente.
- Indicar las pautas de tratamiento y realización de pruebas complementarias.
- Comunicar al juzgado las personas que ingresen de manera involuntaria con carácter de urgente forzoso.
- Participar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, en la elaboración y ejecución de los diferentes protocolos de actuación y programas de salud mental necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.
- Indicar el tipo de alta: con derivación a otros dispositivos asistenciales de la red de salud mental o a su centro de atención primaria correspondiente.

• Funciones del psicólogo:

- Prestar asistencia y seguimiento psicológico especializado en salud mental.
- Realizar el psicodiagnóstico.
- Realizar intervenciones psicoterápicas dirigidas a mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la vida diaria.
- Participar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, en la elaboración y ejecución de los diferentes protocolos de actuación y programas de salud mental necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.

• Funciones de enfermería:

- Recibir y acoger al paciente en la unidad.
- Realizar y aplicar el plan de cuidados de enfermería de manera individualizada.
- Colaborar con el resto de profesionales en la aplicación de tratamientos, exploraciones y realización de pruebas diagnósticas oportunas en cada caso.
- Controlar y seguir la evolución de los pacientes.
- Garantizar una buena comunicación y pase de información entre

profesionales para asegurar una atención continuada, a través de los cambios de enfermería y el registro de las «notas de enfermería».

- Orientar y educar en todo lo relacionado con los diferentes tratamientos y cuidados necesarios tanto a pacientes como a sus familiares.
- Participar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, en la elaboración y ejecución de los diferentes protocolos de actuación y programas de salud mental necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.
- Procurar lo necesario para que el paciente y su familia asuman sus autocuidados al alta médica.
- **Funciones de los auxiliares de enfermería:**
 - Colaborar junto con el resto de profesionales en la aplicación de tratamientos, exploraciones y realización de pruebas diagnósticas oportunas en cada caso.
 - Aportación de datos para la evaluación y valoración enfermera.
 - Ayudar en la higiene y cuidado personal y proporcionar educación sanitaria en ese ámbito.
 - Colaborar en la recogida y registro de la información relevante durante el turno correspondiente.
 - Participar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, en la elaboración y ejecución de los diferentes protocolos de actuación y programas de salud mental necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.
- **Funciones de los trabajadores sociales:**
 - Valorar las necesidades sociosanitarias de los pacientes en colaboración con el resto del equipo.
 - Detectar e informar de casos con problemas sociales que interfieran en el nivel de salud del propio paciente y familia.
 - Informar a los pacientes sobre las prestaciones sociales y ayuda en la gestión de las mismas.
 - Estar en coordinación con el resto de recursos y servicios sociales de otras instituciones públicas y privadas al conceder el alta.
 - Participar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, en la elaboración y ejecución de los diferentes protocolos de actuación y programas de salud mental necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.

El proceso de cuidados en la Unidad de hospitalización psiquiátrica

El primer paso del proceso de enfermería es crucial. Hay que valorar al paciente en su totalidad, integrando toda la información pertinente sobre su vida, conducta y sentimientos. El eje de la asistencia, que comienza con la evaluación, se dirige hacia el nivel óptimo de salud e independencia del paciente.

Schultz y Videbeck, 2002¹⁰

El proceso enfermero es un método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemático porque consta de una serie de fases, y es humanista porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y proporcionamos los cuidados, debemos de considerar los intereses, ideales y deseos únicos del receptor de los cuidados de salud (la persona, familia o la comunidad). Sus principios y reglas promueven el pensamiento crítico en el entorno clínico¹¹.

La calidad y continuidad en los cuidados de enfermería sólo puede garantizarse bajo una aproximación científica, o lo que ha dado en llamarse la metodología enfermera, que se desarrolla en varias fases: valoración de necesidades de cuidados, diagnóstico enfermero, planificación de los resultados que el paciente ha de alcanzar e intervenciones necesarias para ayudar a que esto sea posible, ejecución de dichas intervenciones y evaluación de resultados (fig. 25-2). Estas fases están interrelacionadas entre sí, y en la práctica no pueden separarse. Por ejemplo, en cualquier contacto con el paciente, una vez iniciado el proceso de cuidados, siempre se valoran ciertos aspectos y se evaluarán otros.

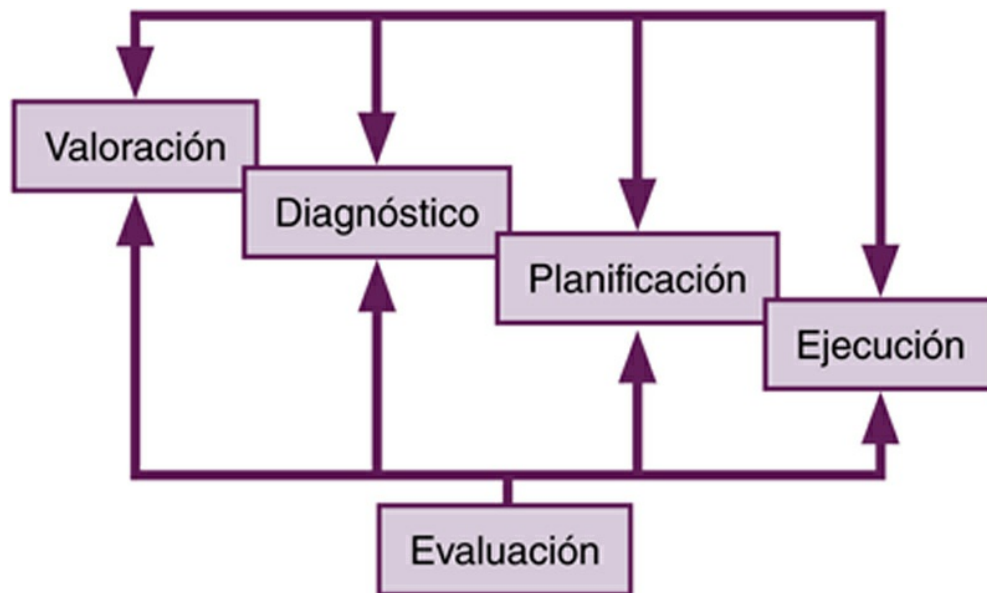


FIGURA 25-2 Resumen de la relación entre las fases del proceso enfermero. (Alfaro-LeFevre, R., 2002, p.10.)¹¹

La incorporación a este proceso de la utilización de taxonomías estandarizadas (NANDA para diagnóstico, NOC para resultados y NIC para intervenciones) permite disponer un lenguaje común con el que comunicar, registrar y analizar dicho proceso. Esto, a su vez, posibilita la continuidad de los cuidados y facilita la utilización de los datos para la investigación, contribuyendo al desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio que redunde en la calidad de los cuidados.

Valoración¹¹⁻¹³

La valoración es la primera fase del proceso enfermero, también llamado proceso de atención de enfermería o proceso de cuidados.

En esta fase se recogen todos los datos necesarios para identificar las necesidades de cuidados, es decir, todos los signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería y factores de riesgo sobre los que será necesario actuar para procurar la seguridad del paciente. También se valorará su estado físico para adaptar los cuidados a su situación, vigilar la evolución de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento o efectos adversos de pruebas diagnósticas.

De la calidad de los datos recogidos en esta fase dependerá el desarrollo de todo el proceso. La valoración de enfermería en salud mental sienta las bases para todos los juicios y razonamientos clínicos en nuestra disciplina. La información recogida durante la valoración va más allá de la psicopatología; se considera a la persona o a la familia en su contexto personal. Una visión holística puede revelar aspectos disfuncionales de salud que pueden predisponer a psicopatología o bien ser influidos por la psicopatología y su tratamiento.

Las necesidades básicas de Virginia Henderson, los patrones funcionales de

Marjory Gordon, los dominios de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), etc., son métodos de agrupación de la información teniendo en cuenta distintas perspectivas del receptor o receptores de los cuidados (individuo, familia o comunidad).

De acuerdo con Stuart¹⁴, cuanto más completa sea la valoración, más probabilidades tendremos de obtener información sobre el funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud. Además, debemos tener en cuenta que la fase de valoración está influenciada por las opiniones, conocimientos y capacidades de la enfermera, que constituyen la base de la relación terapéutica, y son los instrumentos que permiten a la enfermera especialista en salud mental obtener datos, determinar su importancia y desarrollar intervenciones que fomenten una atención individualizada y de calidad.

Durante la fase de valoración, los datos pueden proceder de diferentes fuentes: primarias (el propio paciente) y secundarias (familia, allegados, registros clínicos y otros documentos). Siempre que sea posible, los datos deben ser validados a lo largo de la hospitalización. Los principales métodos de recolección de información en una UHP son los mismos que se utilizan en ciencias de la salud: entrevista, observación, exploración y administración de escalas. No existe un método mejor que otro y su utilización dependerá del momento o situación a valorar. Al realizar la valoración se pueden obtener dos tipos de datos: objetivos (exploración física, resultados de analíticas) y subjetivos (referidos por el paciente, su familia o personas allegadas).

Por la situación psicopatológica de los pacientes de salud mental, los datos subjetivos, que tienen que ver con sentimientos y emociones, pueden ser muy difíciles de obtener y en muchas ocasiones habrá que esperar a que mejore la enfermedad y, sobre todo, a que se haya establecido una relación de confianza con la enfermera, para obtenerlos.

Cuando un paciente ingresa en una UHP, una parte esencial del proceso de valoración es la fase de acogida. Una buena acogida del paciente marcará las futuras relaciones terapéuticas; con ello se pretende lograr la adaptación de la persona a la unidad, asegurando su bienestar integral. Este primer contacto cobra especial importancia en las UHP por el impacto que suele generar en pacientes y familiares. De cómo sea la acogida depende de que el paciente y sus familiares entiendan el ingreso como una oportunidad para mejorar la salud o éste se convierta en algo estresante.

Para implicar al paciente y familia en los cuidados, es imprescindible que perciban que son tenidos en cuenta. Quizá en un primer momento se sientan descolocados y sin saber muy bien qué se espera de ellos, por lo que es importante y necesario, especialmente durante las primeras 72 horas, que se brinde: orientación, pautas de conducta, información y apoyo, siempre considerando la vulnerabilidad y capacidad de la persona atendida en ese momento y valorando el

formato adecuado de la transmisión de la información que comprenderá, como mínimo:

- Presentarle al equipo asistencial (personal que le recibe) y al resto de pacientes de la unidad (si fuera posible según su estado).
- Mostrarle las dependencias de la unidad.
- Explicarle el funcionamiento de la UHP (horarios, normas, actividades...).
- Facilitarle la orientación temporal.
- Resolverle las posibles inquietudes y dudas siempre ofreciendo disponibilidad y apoyo por parte del personal.

Todas las unidades deben de tener una política de recepción y orientación, definiendo las funciones de cada profesional en este proceso y las necesidades especiales de ciertos grupos de población (minorías étnicas, personas que no dominan el castellano, personas con discapacidad, etc.). Además, la información facilitada a pacientes y familiares debe de estar planificada y registrada, evitando dar información en exceso en un momento en que no puede ser asimilada, u omitir cierta información, al suponer que ya se ha facilitado con anterioridad.

Diagnóstico¹¹⁻¹³

El diagnóstico de enfermería es la exposición de un problema de salud real o potencial que un profesional de enfermería está capacitado o autorizado a tratar. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹⁵ define el diagnóstico de enfermería como: «juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas/procesos vitales reales o potenciales».

Proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras que ayudarán a conseguir el resultado esperado, del cual la enfermera es responsable.

La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) ha revisado esta definición y define el diagnóstico de enfermería como «el juicio clínico sobre la repuesta de una persona, familia o comunidad, a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente».

La enfermera de la UHP debe analizar correctamente los datos obtenidos en la valoración con el fin de determinar los diagnósticos de enfermería más adecuados y priorizarlos, teniendo en cuenta la situación psicopatológica del paciente, el contexto y la capacidad de intervención. Si todo este proceso no se lleva a cabo de manera correcta se pueden dar errores en el proceso de diagnóstico debidos a:

- **Recogida de datos inexactos o incompletos.** Existen varios factores que pueden interferir con la recogida de los datos: problemas de comunicación, retención de la información y distracciones/interrupciones.
- **Interpretación incorrecta de los datos.** Dos tipos distintos de errores pueden llevar a una interpretación inexacta de los datos: usar sólo una señal o una observación para llegar a inferencias prematuras y/o permitir que los prejuicios

o las propensiones personales influyan en la interpretación de los datos.

- **Falta de conocimientos o experiencia clínica.** La falta de conocimientos o de experiencia puede influir en la recogida e interpretación de los datos, pudiéndose llegar a cualquiera de las siguientes situaciones: omisión de datos clínicos importantes, agrupación incorrecta o interpretación inexacta de las señales.

El modelo recomendado para la práctica en una UHP es el modelo bifocal de Carpenito¹⁶, en el que se considera que las enfermeras intervienen en dos tipos de situaciones clínicas:

- Problemas que se previenen, reducen o solucionan con intervenciones primarias de enfermería. Para nombrar estas situaciones se utilizan los diagnósticos de enfermería catalogados en la taxonomía de NANDA I¹⁵.
- Problemas que para su solución definitiva requieren ser tratados por otro profesional. Se trata de problemas de colaboración o complicaciones potenciales. Para nombrarlos es imprescindible el uso de terminología biomédica. Las intervenciones necesarias en este tipo de problemas son prescritas por enfermeras y médicos.

Planificación¹¹⁻¹³

La fase de planificación consiste en el diseño de un plan de cuidados individualizado que oriente las intervenciones de enfermería y permita conseguir los resultados esperados. Por ello, la planificación implica: fijar prioridades, establecer criterios de resultados, determinar las intervenciones de enfermería y registrar el plan de cuidados.

¿Cómo se fijan prioridades y se determina qué problemas deben de ser abordados en la unidad de hospitalización psiquiátrica?

El establecimiento de prioridades comienza cuando se decide qué problemas debemos de abordar primero. Esta determinación se considera una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere decidir:

1. Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles deben esperar.
2. Qué problemas son responsabilidad de la enfermera y cuáles deben requerir a otros profesionales de la salud.
3. Qué problemas se pueden tratar aplicando un plan de cuidados enfermero.
4. Qué problemas identificados no se pueden resolver durante la estancia hospitalaria (p. ej., 00098 Deterioro del mantenimiento del hogar)¹⁵.

Para la determinación de las prioridades hay que considerar varios aspectos, entre los que se encuentran la urgencia o gravedad del problema, la necesidad de ayuda y el impacto del problema en el paciente. Para la priorización de problemas pueden utilizarse diferentes herramientas, como la jerarquía de necesidades de

Maslow¹⁷.

Determinación de prioridades de acuerdo con la pirámide de necesidades de Maslow.

Prioridad 1

Problemas que amenazan la vida y que interfieren con las necesidades fisiológicas (p. ej., problemas relacionados con respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación de la temperatura, bienestar físico).

Prioridad 2

Problemas que interfieren con la seguridad y la protección (p. ej., riesgo de violencia autodirigida o dirigida a otros, peligros ambientales, etc.).

Prioridades 3

Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia (p. ej., aislamiento, pérdida de un ser querido).

Prioridad 4

Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5

Problemas que interfieren con la capacidad para lograr los objetivos personales.

¿Cómo se establecen los criterios de resultados en una unidad de hospitalización psiquiátrica?

Los resultados que el paciente ha de obtener derivan tanto de los diagnósticos de enfermería como de las complicaciones potenciales.

La taxonomía NOC¹⁸ nombra, estandariza y proporciona escalas para medir los resultados de los pacientes derivados de las intervenciones y actividades de enfermería.

A la hora de establecer resultados hemos de tener en cuenta que, habitualmente, no dependen de una sola disciplina; los enfermeros deben identificar los resultados sensibles a la práctica enfermera para asegurar que se incluyen en la evaluación de la efectividad de la atención sanitaria.

Los resultados de los pacientes evalúan la calidad de los cuidados de enfermería para asegurar la efectividad de las intervenciones enfermeras¹⁸.

Los resultados prioritarios en una unidad de hospitalización psiquiátrica serán los que derivan de los diagnósticos relacionados con la seguridad (paciente y entorno), los autocuidados y educación para la salud (conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, etc.). Estos resultados pueden ser difíciles de conseguir, ya que algunos pacientes, debido a su estado psicopatológico, pueden iniciar luchas

de poder o centrarse en aspectos aparentemente no relacionados con las necesidades identificadas o los problemas constatados.

Para los pacientes de una UHP puede ser complicado obtener resultados finales que determinen que un diagnóstico ha sido resuelto. Puede ser interesante utilizar los indicadores como resultados intermedios.

¿Cómo se determinan las intervenciones enfermeras?

Debemos de tener en cuenta que las intervenciones enfermeras son acciones realizadas para conseguir:

- Minimizar los riesgos.
- Resolver o controlar los problemas.
- Promover un óptimo estado de salud e independencia.

Siempre que sea posible, han de planificarse intervenciones dirigidas a modificar los factores relacionados identificados en la valoración. Sin embargo, no siempre estos factores relacionados son modificables por las intervenciones de enfermería. En este caso han de planificarse las que actúen directamente sobre la etiqueta diagnóstica y que ayuden a conseguir los resultados. Para determinar las intervenciones correctamente debemos tener en cuenta:

1. El estado psicopatológico del paciente.
2. El contexto.
3. La capacidad de intervención.

¿Cómo se realiza el registro del plan de cuidados?

Los planes de cuidados tienen tres componentes principales:

1. Diagnósticos o problemas. ¿Cuáles son los problemas que requieren ser anotados en el plan de cuidados?
2. Resultados esperados ¿Qué resultados desea conseguir y cuándo espera conseguirlos?
3. Intervenciones. ¿Qué hay que hacer para conseguir los resultados?

Actualmente, en prácticamente todas las comunidades españolas, la historia clínica está informatizada. Para el registro del plan de cuidados los aplicativos informáticos han de contar con un módulo específico que permita registrar todo el proceso de cuidados y ayude a la toma de decisiones clínicas en cuanto a la planificación de los cuidados.

Ejecución¹¹⁻¹³

La ejecución es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para lograr los resultados establecidos. Esta fase empieza después de que se haya planificado el plan de cuidados, centrándose en aquellas intervenciones que ayuden al paciente a alcanzar los resultados deseados. Las intervenciones de

enfermería específicas se llevarán a cabo con la finalidad de modificar, siempre que sea posible, los factores que contribuyen a que el problema de salud esté presente. La fase de ejecución se articula en tres etapas: preparación, ejecución y documentación. Durante la etapa de ejecución, la enfermera suele enfrentarse a muchos retos, ya que el comportamiento, el estado de ánimo, la afectividad o la cognición de los pacientes pueden experimentar muchos cambios, a menudo imprevistos. Además, y a causa del estado de la persona y de su diagnóstico psiquiátrico, hay que mantenerse alerta para establecer una relación de confianza, promover sus puntos fuertes y establecer objetivos mutuos para promover su bienestar en la unidad de hospitalización.

Con el fin de garantizar la continuidad de cuidados en la UHP, un aspecto muy importante es el denominado «cambio de turno». El personal de enfermería debe de prepararse para dar y recibir el informe de cambio de turno.

Preparación para el informe de cambio de turno

Saber cuáles son los problemas más comunes de los pacientes y sus tratamientos, leer las historias y llegar pronto a la unidad, pueden ser la clave de la eficacia del cambio de turno. Con demasiada frecuencia, falta tiempo para leer las historias y para averiguar el tratamiento de los problemas de salud psíquicos y físicos. Brindarle un espacio de tiempo a estas tareas puede aumentar la calidad en la continuidad de los cuidados.

Recibir el informe de cambio de turno

Recibir un informe objetivo y relevante puede convertirse en algo complicado en una UHP. Con frecuencia, existen interrupciones y distracciones mientras finaliza un turno y comienza otro. Además, las enfermeras que dan el informe pueden que conozcan tan bien al enfermo que olviden transmitir aspectos únicos de su cuidado que son necesarios conocer. Por ello, acudir al cambio de turno con una hoja preparada puede ayudar a mantener la atención y centrarse en los hechos relevantes.

Evaluación¹¹⁻¹³

La evaluación es un proceso continuo y formal. Es una valoración cuidadosa y deliberada de los distintos aspectos del cuidado del paciente, es la clave de la excelencia en la provisión de los cuidados de salud. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados que están condenadas a repetir los mismos errores, y las prácticas de cuidados que mejoran constante y progresivamente.

La evaluación se puede realizar al final del proceso enfermero, cuando se compara el estado de salud del paciente con los resultados definitivos del plan de cuidados. No obstante, esta actividad se ha de llevar a cabo al concluir cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería y de forma constante, hasta la

resolución del mismo. Como resultado de esta actividad, la enfermera determina si el plan es adecuado, realista y actual o si necesita ser revisado. En caso de que el paciente no haya alcanzado los resultados esperados, la enfermera debe reevaluar el plan de cuidados a fin de detectar las causas (diagnósticos inadecuados, criterios de resultados incongruentes y/o actividades no pertinentes).

La evaluación de un plan de cuidados individualizado en una UHP incluye:

- Determinar el logro de los resultados.
- Identificar las variables (factores) que afectan el logro de los resultados.
- Decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

En el proceso de evaluación se debe:

- Recoger los datos sobre el estado de salud del paciente (se deben de tener en cuenta todas las consideraciones mencionadas anteriormente).
- Comparar los datos recogidos con los resultados.
- Emitir un juicio sobre el progreso de la persona hacia el logro de los resultados.
- Revisar del plan de cuidados.

Además, la fase de evaluación de un plan de cuidados implica tomar decisiones como mantener, modificar o dar por finalizado el plan. Por ello, cuando un paciente es dado de alta tras una mejoría de su estado psicopatológico, puede que su plan de cuidados individualizado no haya finalizado. Para asegurar la continuidad de los cuidados ha de elaborarse el informe de cuidados de enfermería (ICE), cuyo contenido queda definido en el BOE de 16 de septiembre de 2010¹⁹, en el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes que formarán parte de la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud. Comprende, entre otras cosas, diagnósticos resueltos, diagnósticos no resueltos, resultados e intervenciones, así como protocolos en los que ha sido incluido el paciente. Este informe es una herramienta imprescindible para establecer la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en el dispositivo al que se derive.

Según Green y Lydon, 1998, «muchos pacientes salen del hospital con necesidades médicas y/o de salud mental continuas, y precisan un plan de cuidados sanitarios continuado que funcione, tratando integralmente a la persona desde la salud a la enfermedad y a la recuperación en la sociedad»²⁰.

Bibliografía

1. Fornés J, Gómez J. Factores mediadores en la salud mental. Enfermería psicosocial I. Madrid: Enfo Ediciones para FUDEN. 2008.
2. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/completa/index.html>
3. Plan de salud mental del Principado de Asturias 2011-2016. Disponible en:
[http://www.unioviedo.es/psiquiatria/legislacion/documentos/asistencia/2011-2016/DE SALUD MENTAL PARA ASTURIAS 2011-2016.pdf](http://www.unioviedo.es/psiquiatria/legislacion/documentos/asistencia/2011-2016/DE%20SALUD%20MENTAL%20PARA%20ASTURIAS%202011-2016.pdf)
4. Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Disponible en:
<http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigma/avancesinst/es01.pdf>
5. Bobes J, Bousoño M, González MaP, López JL, Sáiz PA. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid: Síntesis; 2002.
6. Unidad de corta estancia hospital psiquiátrico Román Alberca; procesos de la Unidad de corta estancia. Disponible en:
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270459-PROCESO_AGUDOS.pdf
7. Enjuiciamiento Civil. Ley 1/2000, de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado, n.º 7(08-01-2000).
8. Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de psiquiatría*. Madrid: GlaxoSmithKline; 2009.
9. Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. 2.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
10. Schultz JM, Videbeck SL. *Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans*. 6.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
11. Alfaro R. *Aplicación del proceso enfermero; guía paso a paso*. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
12. W Iyer P, J Taptich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. 2.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
13. Rebraca L. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental; conceptos básicos*. 6.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
14. Suart GW, Sundeen SJ. *Pocket guide to psychiatric nursing*. St Louis: Mosby; 1995.
15. Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier; 2012.

16. Carpenito LJ. *Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. 5.^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
17. Maslow A. *Motivation in personality*. New York: Hasper & Row; 1970.
18. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud*. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
19. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, n.º 225 (16-09-2010).
20. Green K, Lydon S. The continuum of Patient Care. *American Journal of Nursing*. 1998;98(10):16.
21. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

CAPÍTULO 26

Enfermería psiquiátrica comunitaria

Ana Navea Martín

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 296

Conceptos básicos de salud mental comunitaria 297

La salud mental comunitaria 297

Programas y procesos en salud mental comunitaria 297

Dispositivos de salud mental comunitarios 297

El centro de salud mental 298

La unidad de hospitalización breve o de corta estancia 299

El hospital de día 299

Hospitalización parcial a domicilio 299

El centro de día de salud mental 299

Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) 299

Unidades rehabilitadoras de media y larga estancia 300

Dispositivos residenciales 300

Centros de rehabilitación laboral (CRL) 300

Unidades específicas 300

La Enfermería en salud mental comunitaria 301

Introducción 301

Procesos clave de enfermería en salud mental comunitaria 301

La consulta de enfermería 301

La atención domiciliaria 301

Las intervenciones enfermeras dentro de los programas comunitarios 301

Intervenciones de la enfermera en salud mental comunitaria 302

Actividades de prevención y promoción de la salud mental 302

Intervenciones en los programas comunitarios (infanto-juvenil, psicogeriatría, alcoholismo y drogodependencias y trastornos de personalidad) 302

Actividades de colaboración médica 302

Intervención en crisis y en el primer brote psicótico 303

Intervención enfermera en la continuidad de cuidados. La atención a las personas con trastorno mental severo (TMS) 303

Participación en terapias grupales 304

Conclusiones 304

Introducción

La salud mental comunitaria surge en EE.UU., tras dos momentos fundamentales recogidos en la historia de la psiquiatría; por un lado, la creación de dispositivos para la prevención, el diagnóstico, la asistencia y la rehabilitación de la persona con trastorno mental, a través del programa presentado por Kennedy, en 1963, ante la Cámara de Representantes, y, por otro lado, la publicación del libro de Caplan, en 1956, *Principios de psiquiatría preventiva*, que sienta las bases conceptuales del nuevo modelo de atención¹.

En España, la Ley General de Sanidad (LGS), llamada la reforma Llucho, supone un gran impulso a la consolidación y mejora de la atención sanitaria de calidad, pública y universal. Los cambios más importantes y novedosos que se producen son la creación de los equipos de atención primaria, con un nuevo enfoque de medicina familiar y comunitaria; el nuevo papel de la enfermería; la introducción de la historia clínica; el aumento de las prestaciones sanitarias, entre ellas atención primaria y salud mental, y la introducción de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como actividades fundamentales en el sistema sanitario².

Dentro de esta ley, aparecen los principios que van a regir la denominada *Reforma Psiquiátrica*, reforma que llevaban años demandando los profesionales de salud mental. El artículo 20 de la LGS, establece la base para la transformación de la asistencia psiquiátrica en un modelo comunitario desinstitucionalizado y su total integración en el conjunto sanitario. Con esta normativa, España se une a otros países europeos, como Reino Unido o Italia, y también a EE.UU. y Canadá, que tras la Segunda Guerra Mundial, y con la perspectiva de un estado de bienestar merecido por los ciudadanos tras la posguerra, promueven reformas legales y asistenciales que mejoran la atención de los enfermos mentales³.

Así, el modelo asistencial de la reforma psiquiátrica es el modelo comunitario y todos los procesos que se llevan cabo a nivel mundial tienen varios elementos en común que conforman una estructura básica⁴:

1. El cierre o la posible transformación de los hospitales psiquiátricos que hasta ese momento daban atención a las personas con enfermedad mental y la creación de dispositivos que dan servicio a estas personas a nivel extrahospitalario o comunitario.
2. La integración de la atención de salud mental dentro de la sanidad general.
3. La introducción de los cambios normativos necesarios para proteger los derechos de los pacientes.
4. La promoción de un cambio en la sociedad estigmatizadora con las personas consideradas enfermas.

Por tanto, actualmente, la salud mental se organiza sobre la psiquiatría comunitaria y además se orienta a la integración de la misma en la atención general de la salud y otros ámbitos ajenos a la misma como servicios sociales,

educación, empleo, vivienda y justicia¹. «La atención de salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios. Las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados.»⁴ (OMS, 2005). Y también, la enfermería en salud mental, y, en general, el nivel de desarrollo de la enfermería comunitaria, se relacionan con el desarrollo democrático de cada país, es decir, «no se puede hablar de la existencia de un sistema de enfermería comunitaria... hasta la aparición de los gobiernos democráticos y los cambios que implica dicha situación a nivel educativo, social, económico y cultural» (Siles, 1999)⁵.

Conceptos básicos de salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria surge como un nuevo modelo asistencial, organizativo y teórico tras la reforma psiquiátrica, integrando a individuos y comunidad, y a «lo biológico» y «lo psicológico», dentro del mismo paradigma científico que gira en torno a los cuidados y a los ciudadanos. Además, conlleva un cambio en la disposición y actitud de los profesionales que trabajan en este ámbito, así como un cambio en la planificación y la ordenación de los sistemas sanitarios que pueden posibilitar su puesta en marcha¹.

Para llevar a cabo esta nueva perspectiva, los servicios sanitarios se organizan en una estructura que supone modificar el concepto de *psiquiatría comunitaria* por el de *salud mental comunitaria*, y, como dicen Desviat y Moreno¹, se producen tres desplazamientos importantes: el paso del paciente a la comunidad, el del centro hospitalario a los dispositivos comunitarios y el del profesional médico psiquiatra al equipo multidisciplinar.

De esta manera, surgen nuevas formas de intervención que plantean el desarrollo de nuevas actividades, que parten del diagnóstico comunitario, y que abordan la prevención y la rehabilitación, introduciendo conceptos como el de población de riesgo, grupos vulnerables y atención en crisis. Estas tareas precisan herramientas de gestión social que integren todas las modalidades terapéuticas en una sola y que las trasfieran a toda la población⁶. Así, las acciones se organizan en *programas* de salud mental comunitaria, que cuentan con una planificación y una evaluación (las intervenciones comunitarias enfermeras serán tratadas con posterioridad en el presente capítulo).

Los principios de la salud mental comunitaria aparecen recogidos en la [figura 26-1](#).

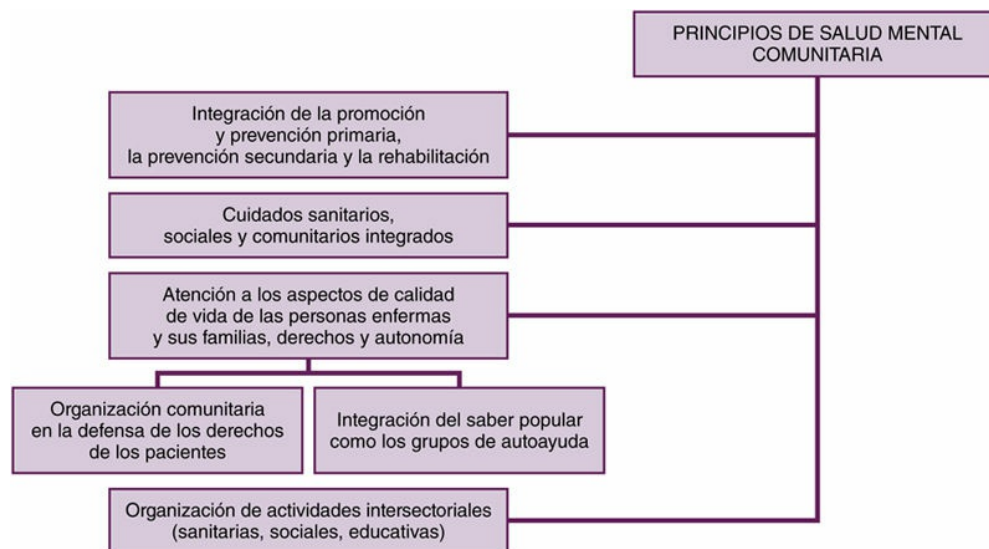


FIGURA 26-1 Principios de la salud mental comunitaria. (Adaptado de Desviat y Moreno.¹)

Programas y procesos en salud mental comunitaria

La programación y planificación en salud mental comunitaria necesita de una política pública que la oriente y sustente, así como de un modelo de referencia que, en este caso, es el modelo comunitario. Este modelo es recomendable ya que existe evidencia en nuestro medio de que la salud mental comunitaria ha obtenido más beneficios para los pacientes y sus familias que el modelo hospitalario o manicomial; en este modelo participa la propia población mediante las asociaciones o grupos de autoayuda; es accesible y se integra a la atención primaria; defiende los derechos de las personas, y, por último, favorece las acciones de promoción y prevención de la salud⁷.

Aunque el modelo comunitario está ampliamente afianzado en nuestro país, no es menos cierto que su desarrollo por comunidades autónomas ha sido desigual y que después de más de 20 años tras la reforma psiquiátrica se plantean nuevos interrogantes. En general, la desinstitucionalización ya se ha logrado, pero ahora debe completarse la integración de las personas con enfermedad mental en la comunidad, con recursos adecuados y cambios en la sociedad en lo referente al estigma y la segregación.

Para lograr el pleno desarrollo de la salud mental comunitaria los profesionales tienen a su disposición herramientas de trabajo como son los programas de salud mental comunitaria. Los programas se componen a su vez de procesos asistenciales, que se definen como un conjunto de decisiones, actuaciones, actividades y tareas que se ordenan de forma secuencial, destinados a cubrir las necesidades y demandas de los pacientes. Responderían a la pregunta, quién, cómo, dónde y para qué⁸.

Los principales procesos en salud mental comunitaria que lleva a cabo el equipo multidisciplinar los encontramos en el [cuadro 26-1](#). Cada uno de estos procesos será desarrollado con más amplitud a lo largo de este capítulo.

Cuadro 26-1 Principales procesos en salud mental comunitaria

- Atención a las personas con trastorno mental grave (TMS).
- Atención al primer brote psicótico.
- Atención a la salud mental infanto-juvenil.
- Atención a la salud mental de los adultos mayores.
- Atención a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
- Atención al alcoholismo y otras drogodependencias.
- Atención en situaciones de catástrofes y emergencias.
- Atención a las personas con trastornos de personalidad.
- Atención a la salud física en los trastornos crónicos.
- Atención a la violencia de género y a las situaciones de maltrato en general.
- Atención de salud mental de la diversidad e intercultural.

Dispositivos de salud mental comunitarios

La atención en salud mental comunitaria puede desarrollarse a través de la creación de una red territorializada y diversificada de servicios integrada en el sistema sanitario público, que garantice al usuario una continuidad de sus cuidados mediante el trabajo en equipo y que se coordine con los demás recursos de la comunidad, garantizando la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria a través de la recuperación y la rehabilitación.

El trabajo en red hace posible que se dé una respuesta de atención a los diferentes trastornos desde ópticas diversas, como aspectos sanitarios, educativos, ocupacionales o laborales. De esta manera, se puede ofrecer una atención a los distintos elementos que forman parte de las enfermedades mentales, es decir, común o grave, por tramos de edad, momento evolutivo, discapacidad producida, necesidad de actuaciones tempranas conectados con la prevención y promoción en poblaciones de riesgo, etc.⁹

La red de salud mental asistencial en España está organizada, en general, en torno al centro de salud mental, eje de la asistencia y que vehiculiza la atención a los demás dispositivos.

Además del centro de salud mental, las vías de entrada al mismo se articulan a través del centro de salud de primaria, servicios extrahospitalarios y hospitalarios de urgencias y otros, como, por ejemplo, programas específicos para personas sin hogar. También acceden a la red personas que requieren evaluación psiquiátrica por petición judicial o petición de servicios sociales. Los demás dispositivos que

integran la red de salud mental son las unidades de estancia breve hospitalaria y los dispositivos de rehabilitación, hospitales de día, centros de día, minirresidencias, centros de rehabilitación psicosocial comunitaria, centros de rehabilitación laboral y centros de rehabilitación residenciales de media y larga estancia.

En general, las personas que necesitan atención de salud mental siguen la ruta centro de salud primaria-centro de salud mental, desde donde se coordinan los demás recursos.

Todos estos dispositivos de la denominada red de salud mental pasan a ser descritos a continuación.

El centro de salud mental

El objetivo principal de este dispositivo es la atención especializada e integral de la persona con enfermedad mental y su familia y la realización de un seguimiento continuado y de apoyo; el asesoramiento a los centros de primaria; dar respuesta a las situaciones de crisis y de urgencia durante su horario habitual, y desarrollar los programas y procesos asistenciales de salud mental comunitaria. Para ello, el equipo multidisciplinar que trabaja en estos centros lleva a cabo actividades como¹⁰:

- Consulta de acogida o primera consulta.
- Consulta de seguimiento.
- Intervención en crisis.
- Atención en el domicilio.
- Administración de tratamientos farmacológicos.
- Psicoterapias individuales o en grupo.
- Actividades de promoción y prevención de la salud.

El paciente accede al centro de salud mental mediante la derivación de su médico de familia en la mayor parte de los casos, aunque también puede acudir después de haber tenido una atención urgente tanto en el hospital como en el propio domicilio. Un vez que el paciente se convierte en usuario de este dispositivo, va a tener asignado un equipo multidisciplinar, que se va a encargar de mantener la continuidad de cuidados durante todo su proceso de enfermedad y que le va a derivar a los recursos que necesite, ya sea un ingreso hospitalario por una reagudización de su sintomatología o el comienzo de cualquier intervención rehabilitadora que precise.

La unidad de hospitalización breve o de corta estancia

Las unidades de hospitalización breve son recursos que pertenecen al nivel especializado y, como tales, dan atención durante las 24 horas del día a las personas con enfermedad mental que lo necesitan, ya sea por reagudización de su trastorno base o por problemas médicos urgentes que aconsejen el ingreso. En

algunas ocasiones, los pacientes pueden tener riesgo de que su propio proceso ponga en peligro su vida o la de las personas que tienen a su alrededor; a veces existe un tratamiento comunitario que ha resultado ineficaz y necesita ser revisado, y también pueden requerir una exploración complementaria e incluso el descarte de otras patologías orgánicas que constituyen un diagnóstico diferencial.

En general, los pacientes ingresan en estas unidades de forma voluntaria, aunque no siempre. El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico está regulado en artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y requiere autorización previa, salvo los casos de urgencia.

En cuanto a las intervenciones, la unidad de estancia breve ofrece, principalmente, un entorno de contención y seguridad que favorece la introducción de nuevos tratamientos farmacológicos y psicológicos. También es posible la realización de grupos terapéuticos, siendo frecuente el trabajo ocupacional y la psicoeducación.

Psiquiatría de enlace o interconsulta

Dentro del hospital general y en estrecha relación con la unidad de agudos, se encuentra la psiquiatría de enlace. Estas unidades, cuando se realizan por un equipo multidisciplinar, han demostrado una gran eficacia a nivel clínico y pueden realizar gran cantidad de actividades permitiendo un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado mediante un examen integral bio-psicosocial. Se trabaja, sobre todo, con técnicas de resolución de problemas, técnicas interpersonales y terapia cognitivo- conductual¹¹.

El hospital de día

El hospital de día es un dispositivo de la red de salud mental dirigido principalmente a personas con trastorno mental severo (TMS) (también incluyen trastornos de personalidad), que tiene como objetivo el tratamiento de problemas mentales agudos durante el régimen de día. Los usuarios de este servicio tienen una sintomatología activa; entienden y son capaces de colaborar en el tratamiento pautado; no deben tener comportamientos perturbadores y/o agresivos, y, por último, no presentan riesgo potencial de autolisis en el momento de demandar el recurso¹².

El contexto de intervención en el hospital de día es, predominantemente, grupal. Este espacio favorece la puesta en marcha de programas de psicoeducación, habilidades sociales, e incluso psicoterapias, ya sea de índole psicodinámica, sistémica o cognitivo-conductual, dentro de la que se pueden desarrollar grupos de relajación.

Hospitalización parcial a domicilio

La hospitalización a domicilio es un programa de psiquiatría comunitaria que se

gestiona como un proceso dentro de las unidades de hospitalización domiciliaria (UHD) y que se ha originado principalmente en la Comunidad Valenciana, extendiéndose a otras comunidades autónomas¹³.

La UHD de salud mental es un dispositivo que surge con el objetivo de dar atención, tanto diagnóstica como terapéutica, propia de una unidad de estancia breve hospitalaria, pero en el domicilio, dentro de la comunidad donde viven las personas. Para poder ser derivado a este recurso es necesario tener un diagnóstico psiquiátrico, estar en una situación de descompensación del trastorno base y disponer de soporte familiar. No pueden utilizar este servicio las personas dependientes a sustancias tóxicas, en estado de intoxicación o abstinencia; las que no tengan familiares o cuidadores que apoyen al paciente; las personas con riesgo de autolisis o de heteroagresividad; menores de 16 años, y las personas diagnosticadas de trastornos de la conducta alimentaria¹⁴.

El centro de día de salud mental

Son centros que de manera predominantemente grupal están destinados a la recuperación de las personas con enfermedad mental en estado de cronicidad.

En este dispositivo se ofrecen programas para la mejora de la autonomía personal y social, actividades de apoyo y soporte (cultural, social, ocupacional, educativa, deportiva, ocio...) y actividades que promueven la estructuración de la vida cotidiana, de tal manera que se facilite a estas personas la vida en la comunidad. Este recurso trabaja en colaboración con el centro de salud mental, los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) y servicios sociales de las comunidades autónomas¹⁰.

Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)

Estos centros favorecen la recuperación de habilidades y destrezas con el objetivo de lograr la integración de la persona con enfermedad mental en la comunidad en la que vive, promoviendo las relaciones familiares y encaminados a la autonomía y la independencia¹⁰.

Para conseguir estos fines, estos dispositivos, basándose en tratamientos psicosociales, ya sea individuales o grupales, realizan múltiples actividades, tanto del ámbito ocupacional (carpintería, cerámica, pintura, encuadernación, ocio y tiempo libre...), como programas específicos como el de habilidades sociales, programas de memoria, programas de cultura general o el de autonomía residencial.

Unidades rehabilitadoras de media y larga estancia

Las unidades de media y larga estancia surgen, tras la ya comentada reforma psiquiátrica, como una alternativa más a los cuidados de la persona con enfermedad mental diferente a la unidad de agudos, pues parece evidente que

algunos pacientes necesitan una mayor duración de su ingreso hospitalario toda vez que se benefician de intervenciones más del ámbito psicoeducativo, además de tratamientos médicos o psicológicos.

La unidad de media estancia, dentro del tercer nivel de atención, que puede dispensarse tanto en centros públicos (como los hospitales psiquiátricos monográficos), como en centros de titularidad privada, tiene una duración de entre 6 y 12 meses, según encontramos en algunos manuales¹⁶, y en ella los pacientes reciben tratamientos desde el punto de vista rehabilitador, a nivel individual y grupal. Además, estos dispositivos deberían aprovecharse para¹⁷:

- Evaluar diferentes aspectos como la capacidad de afrontamiento de los pacientes, el contexto familiar, su propio afrontamiento y su apoyo a la persona con enfermedad mental.
- La consideración de los aspectos sociales que giran en torno al paciente, como las relaciones interpersonales, las necesidades residenciales o económicas, la autonomía en las actividades de la vida diaria y los autocuidados.
- Establecer programas psicoeducativos, desarrollar la conocida «alianza terapéutica» y también facilitar la adherencia terapéutica para evitar recaídas y sucesivas rehospitalizaciones.

La Unidad de larga estancia supone la verdadera transformación de los hospitales psiquiátricos en otra opción de intervención rehabilitadora especializada, dirigida sobre todo a enfermedad mental de larga duración, con, generalmente, poca autonomía y grandes necesidades de cuidados¹⁶, incluso a nivel muy básico. Siempre, y en todo caso, no debe olvidarse que el objetivo de una unidad de cuidados prolongados, como también se llama a la unidad de larga estancia, es la recuperación de los pacientes y su salida a la comunidad donde puedan integrarse y vivir lo más independientemente posible.

Dispositivos residenciales

Son un conjunto de recursos que desarrollan actividades destinadas a favorecer la participación activa y la permanencia de las personas con enfermedad mental en la comunidad en la que viven, cubriendo las necesidades básicas de la vida cotidiana. Estas alternativas residenciales son:

1. **Las minirresidencias.** Son centros abiertos y flexibles destinados a dar soporte y alojamiento a las personas con enfermedad mental para favorecer su integración en la comunidad y también para apoyar a las familias que son cuidadores principales durante períodos determinados de tiempo. La estancia puede ser corta (de hasta un mes, por ejemplo en caso de urgencia o descanso familiar), transitoria (de un mes a un año, por ejemplo, como transición a alternativas más independientes) e indefinida (de más de un año, por ejemplo), en la que se pueden evitar hospitalizaciones más prolongadas manteniendo a la persona en su contexto¹⁸.

2. Los pisos supervisados. Son viviendas que se encuentran en los barrios o en las comunidades de referencia de los pacientes, que pueden ser supervisadas desde distintos niveles (baja/alta supervisión) y que pueden utilizarse como dispositivos de transición hacia una vida más independiente.

3. Los apoyos residenciales externos. Son intervenciones que se realizan en el propio domicilio de los pacientes favoreciendo su integración. En algunas comunidades autónomas, como en la Comunidad Autónoma de Madrid, estos equipos reciben el nombre de equipos de atención sociocomunitarios (EAS), trabajan en coordinación con el centro de salud mental y entre sus intervenciones se encuentran el acompañamiento terapéutico, el desarrollo de la autonomía residencial y el trabajo psicoterapéutico y psicosocial.

Centros de rehabilitación laboral (CRL)

Son dispositivos que se dirigen a la orientación y a la preparación laboral con el objetivo de que la persona con enfermedad mental consiga un empleo, que suele ser protegido. Dentro de las intervenciones que se realizan en ellos, encontramos desde cursos que se destinan a mejorar la empleabilidad de los pacientes; talleres que preparan al mundo laboral, que a veces cuentan con orientación productiva; centros especiales de empleo protegido, donde los pacientes son supervisados, y que trabajan en coordinación con el trabajador social del centro de salud mental; y por último, empleo normalizado con apoyo, que supone una inserción laboral plena, con ayuda y seguimiento de los pacientes¹⁸.

Unidades específicas

Estas unidades se destinan a la atención de un grupo poblacional específico, abordajes de patologías determinadas o incluso situaciones evolutivas de enfermedad, siendo dispositivos específicos las unidades de psicogeriatría, las unidades de desintoxicación o las unidades de trastornos de la conducta alimentaria¹⁶.

También se desarrolla en algunas comunidades autónomas el programa de atención psiquiátrica de enfermos mentales sin hogar. Este programa establece, entre sus estrategias de intervención, el apoyo y la reinserción social de personas con enfermedad mental grave que se encuentran en situación «de calle», mediante la captación de este colectivo en los lugares donde se encuentran, individualizando cada una de las actividades que se realizan con ellos y apoyando a estas personas para que establezcan lazos de conexión adecuados con la red de salud mental y se integren en el sistema, favoreciendo la continuidad de los cuidados.

La Enfermería en salud mental comunitaria

Introducción

Dentro de la propia especialidad, que queda regulada en el BOE del 24 de mayo de 2011, se establece que el ámbito de actuación de la enfermera especialista en salud mental abarca tanto la atención hospitalaria como la atención en la comunidad a través de centros de salud mental especializados, centros de atención primaria, domicilios, instituciones sociales (escuelas, centros de acogida, residencias...) y/o centros destinados a la actividad rehabilitadora¹⁹.

Por lo que se puede definir *la enfermería en salud mental comunitaria* como un profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería¹⁹ dentro de un modelo comunitario y bajo un marco conceptual de metodología de gestión por procesos.

Procesos clave de enfermería en salud mental comunitaria

Dentro del proceso de enfermería de salud mental se encuentran tres procesos considerados clave para la salud mental comunitaria como son la consulta de enfermería, la atención domiciliaria y las intervenciones comunitarias dentro de programas²⁰.

La consulta de enfermería

Tiene como objetivo adaptar los cuidados enfermeros a las necesidades de los pacientes y familias desde un contexto personal y cercano, favoreciendo la alianza terapéutica. La consulta de enfermería puede ofertarse de manera directa o programada y en ella la enfermera puede desempeñar las funciones de apoyo (incluido el cuidador principal); psicoeducativa; potenciadora (de autocuidado o socialización), y de gestión y seguimiento (de recursos, protocolos, cuidados...).

Dentro de las actividades relacionadas con el seguimiento de los pacientes se encuentran las llamadas telefónicas. Por un lado, las personas usuarias del centro de salud mental cuentan con un profesional de referencia al que poder preguntar dudas o consultar síntomas, pródromos u otros factores psicosociales relevantes; por otro lado, la enfermera puede llamar a los pacientes a fin de valorar adherencia terapéutica, efectos adversos de los fármacos, apoyo a los autocuidados o al cuidador principal e indicaciones en situaciones de crisis, en el caso de que se produzcan (cuadro 26-2).

Cuadro 26-2 Intervenciones de la enfermera comunitaria en la consulta

- Entrevista de acogida o primera entrevista del paciente y/o familia.
- Proceso de atención de enfermería (valoración por patrones funcionales, diagnósticos de enfermería, NIC/NOC).
- Exploración física: signos vitales, TA, peso, PA (perímetro abdominal), cálculo del IMC (índice de masa corporal).
- Valoración de síntomas clínicos y pródromos.
- Procedimientos técnicos: administración de medicación, protocolos médicos.
- Psicoeducación al paciente y/o familia.
- Adherencia al tratamiento.
- Administrar medicación diaria/semanal.
- Derivación de las personas con TMS a los dispositivos de rehabilitación y seguimiento.
- Coordinación multidisciplinar en el equipo del centro de salud mental.
- Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental.
- Formación de enfermeras y de enfermeras especialistas en salud mental.

La atención domiciliaria

Es la atención que se da a aquellos pacientes y/o familias que debido a una necesidad temporal o crónica, o cuando se presentan determinados factores psicosociales que impiden la accesibilidad, tienen dificultades en su desplazamiento al centro de salud mental. Las actividades que se realizan son similares a las que se realizan en la consulta de enfermería y tienen especial importancia aquellas relacionadas con el autocuidado y la autonomía residencial. Se incluyen también las demás actividades relacionadas con la valoración enfermera y en colaboración con el profesional médico, en los casos en que judicialmente se requiera esta visita domiciliaria ([cuadro 26-3](#)).

Cuadro 26-3 Objetivos de la enfermera comunitaria en salud mental en la visita a domicilio

- Fomentar la autonomía de las personas con enfermedad mental y su permanencia en la comunidad.
- Valoración y atención enfermera.
- Apoyo a la familia y/o al cuidador principal.
- Recoger información.
- Facilitar el enganche a la red de salud mental.
- Promover la coordinación entre los dispositivos.
- Proporcionar educación para la salud y ambiental.

- Administración de tratamientos.
- Resolución de situaciones de crisis.

Adaptado de García Laborda.²¹

Las intervenciones enfermeras dentro de los programas comunitarios

Los programas comunitarios tratan de facilitar el acceso de las personas con enfermedad mental y sus familias a los servicios de salud mental, garantizando una continuidad de los cuidados y la derivación y coordinación con otros dispositivos que cubran todas las demandas y necesidades que se produzcan.

La enfermera que trabaja en este ámbito realiza una labor fundamental basada en la provisión de cuidados directos, siendo referencia para el paciente y su familia, centralizando toda la información y canalizando los problemas de salud y aspectos psicosociales relacionados. Los principales programas comunitarios y la actuación enfermera de salud mental se detalla a continuación, en el siguiente apartado.

Intervenciones de la enfermera en salud mental comunitaria

La enfermera en salud mental comunitaria proporciona los cuidados en salud mental en las tres áreas, el área de prevención primaria, en la que a través de la psicoeducación trabaja en la prevención y en la promoción de la salud; el área de prevención secundaria, participando en el diagnóstico de salud mental de la población y en la intervención de la fase aguda o la crisis, y en la prevención terciaria, a través de la atención al trastorno mental grave o severo y la atención a la discapacidad, siendo este ámbito, el de la cronicidad, el que más atención precisa por parte de la enfermería²¹.

En base a los principales procesos de la asistencia de salud mental comunitaria (v. [cuadro 26-1](#)), se pueden organizar las intervenciones enfermeras en seis grandes grupos:

Actividades de prevención y promoción de la salud mental

Estas intervenciones se relacionan con la disminución tanto de la incidencia como de la prevalencia de los trastornos mentales entre la población general²¹. Los planes de cuidados que realiza la enfermera de salud mental comunitaria pueden orientarse, según Fornés²², a la mejora de la autoestima y seguridad en sí mismo, de forma que las personas puedan adaptarse a situaciones nuevas con seguridad, establezcan relaciones sociales adaptativas y tomen decisiones adecuadas; detección de situaciones ansiógenas y enseñanza de estrategias preventivas y de afrontamiento ante el estrés, como puede ser la terapia de relajación, tanto individual como grupal; identificar efectos secundarios de los tratamientos

farmacológicos y fomentar la adherencia terapéutica para evitar el incumplimiento, y finalmente, al aumento de la actividad física, integrando el ejercicio físico como un hábito del estilo de vida.

Intervenciones en los programas comunitarios (infanto-juvenil, psicogeriatría, alcoholismo y drogodependencias y trastornos de personalidad)

La enfermera de salud mental comunitaria puede intervenir en estos programas realizando consultas de enfermería de seguimiento de los trastornos, valorando la adherencia terapéutica, haciendo derivaciones a recursos, si se requiere, administrando tratamientos o mediante terapias de apoyo. Por ejemplo, en el programa infanto-juvenil pueden desarrollarse actividades de soporte a la crianza de los hijos por parte de los padres, pueden realizarse grupos de apoyo psicoeducativos a padres de niños con déficit de atención e hiperactividad y, también, grupos de relajación para niños con trastornos ansioso-depresivos.

Actividades de colaboración médica

La principal intervención de colaboración médica es la administración del tratamiento farmacológico. Esta administración puede realizarse diariamente o semanalmente en aquellos pacientes que tienen problemas de cumplimiento, cuando se trata de tratamiento oral y con el objetivo de favorecer la adherencia terapéutica.

Además, según los centros, se establecen diferentes actividades relacionadas con la administración de litio, ácido valproico, antipsicóticos depot y clozapina.

Actuación enfermera en el tratamiento con antipsicóticos depot

El antipsicótico o neuroléptico depot es un fármaco prescrito por el médico especialista en psiquiatría que se administra por vía intramuscular y cuyo efecto puede liberarse en horas (acufase) o puede liberarse durante semanas (depot propiamente dicho). El «acufase» se utiliza principalmente en situaciones de crisis, mientras que el «depot» se utiliza para complementar las actividades de fomento de adherencia terapéutica, evitando los abandonos y permitiendo trabajar la conciencia de enfermedad. En los últimos años, los nuevos antipsicóticos depot mejoran también la funcionalidad de los pacientes, colaborando en el tratamiento rehabilitador de la persona con trastorno mental severo (TMS).

Además de la administración del fármaco, la enfermera realiza una exploración física completa (tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, perímetro abdominal, ECG anual) y aprovecha la visita del paciente para dar psicoeducación. Es importante vigilar la aparición del denominado «síndrome metabólico», que es considerado como el conjunto de factores de riesgo que predisponen a las personas a padecer enfermedades cardiovasculares y a cuya aparición pueden contribuir no

sólo los malos hábitos de vida saludables, sino también el consumo de antipsicóticos. Para poder evitar su aparición, la enfermera aconseja al paciente sobre nutrición, ejercicio físico y educación sobre estilos de vida.

Actuación enfermera en el tratamiento con clozapina

La clozapina es un antipsicótico de segunda generación que se administra de forma oral que disminuye tanto síntomas positivos como síntomas negativos de la esquizofrenia y mejora su curso y evolución.

La principal intervención de enfermería con este fármaco es el control de los efectos secundarios (hipotensión, somnolencia, taquicardia...) y la valoración de parámetros analíticos, sobre todo el hemograma (recuento leucocitario), la bioquímica (riesgo de síndrome metabólico) y la función hepática. Las alteraciones en dichos parámetros deben ser comunicadas al médico psiquiatra que puede valorar la retirada del fármaco.

Actuación enfermera en el tratamiento con litio

El litio es una sal que se encuentra de forma natural en el organismo y que se puede prescribir de forma artificial, consiguiendo efectos estabilizadores del estado del ánimo.

El principal objetivo de las guías de actuación de litio es prevenir la intoxicación y sus efectos secundarios (diarrea, temblor, polidipsia y poliuria), y para ello se realizan controles analíticos frecuentes, con petición de hemograma, bioquímica, función hepática, iones, hormonas tiroideas y aclaramiento de creatinina, siendo los niveles terapéuticos de este fármaco 0,6 a 1,2 mol/l y según criterio médico²⁰.

Intervención en crisis y en el primer brote psicótico

La enfermera de salud mental comunitaria participa, junto con el resto del equipo multidisciplinar, en la atención a la persona con un primer brote psicótico, con la finalidad de actuar con rapidez ante los primeros síntomas psicóticos y prevenir los futuros. La labor psicoeducativa que la enfermera realiza con la familia, así como su disponibilidad como profesional de referencia para los pacientes, puede paliar en gran medida estos primeros momentos de incertidumbre y angustia.

En cuanto a la intervención en crisis en general, la enfermera utiliza su capacidad empática y de escucha para dar el apoyo necesario y ayudar a las personas a mejorar su capacidad de afrontamiento ante los factores psicosociales que alteran su funcionamiento físico y mental.

Un instrumento para mejorar el afrontamiento de los pacientes es la terapia de apoyo de corte psicodinámico, técnica que ayuda a las personas a integrar dentro de su existencia y curso vital las experiencias vividas para mejorar sus capacidades de adaptación ante los problemas.

También se puede ofrecer apoyo desde la perspectiva del reforzamiento de los

factores de protección de las personas en el que el terapeuta tranquiliza, educa y escucha, además de, a su vez, hacerlo con la familia o con los sistemas de soporte que tiene el paciente.

Intervención enfermera en la continuidad de cuidados. La atención a las personas con trastorno mental severo (TMS)

La denominación trastorno mental severo (TMS) hace referencia a enfermedades mentales de duración prolongada que tienen asociadas un grado variable de discapacidad y problemas de adaptación social, y se viene utilizando, en la actualidad, para evitar las connotaciones negativas o más estigmatizantes²³.

La continuidad de cuidados en salud mental comunitaria es la continuidad de la asistencia del paciente a lo largo de todo el proceso de su tratamiento y su objetivo final es lograr la inclusión social y facilitar la recuperación personal de las personas con enfermedad mental, de tal manera que se eviten recaídas en el proceso de enfermedad y en caso de que éstas se produjeran se puedan paliar al máximo posible y dar las respuestas más adecuadas.

En España, algunas comunidades autónomas han desarrollado esta continuidad de los cuidados a través de un protocolo dentro del programa de rehabilitación²⁴ donde se coordinan el conjunto de actividades y actuaciones de los diferentes dispositivos que intervienen en el tratamiento de cada paciente.

La enfermera de salud mental comunitaria dentro de la continuidad de cuidados:

1. Centraliza la información del paciente.
2. Actúa como provisor directo de cuidados.
3. Mantiene la continuidad de la atención.
4. Coordina a los distintos profesionales de los recursos implicados en el plan de intervención individualizado.
5. Facilita el acceso a los tratamientos de rehabilitación.
6. Elabora su plan de cuidados para favorecer la funcionalidad del paciente y su integración en la comunidad.
7. Vela por la calidad de vida y los derechos de los enfermos y de sus familias.

Dentro de la atención a la cronicidad es parte importante el concepto de funcionalidad, que es la capacidad de adaptación a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que poseen las personas. El trastorno mental grave disminuye la capacidad del paciente para adaptarse a su medio y por ello puede aparecer la discapacidad y también una pérdida de calidad de vida. La funcionalidad social es considerada un índice de eficacia. El déficit de funcionamiento social es nuclear en enfermedades como la esquizofrenia, es un criterio diagnóstico en las clasificaciones psiquiátricas y es un potente predictor de evolución. La enfermera de salud mental comunitaria puede valorar la funcionalidad de las personas con TMS a través de escalas. Las más importantes

son²⁵:

1. **Escala GAF** (Global Assessment of Functioning Scale). Valora el funcionamiento psicológico, social y ocupacional.
2. **Escala SOFAS** (Social and Occupational Assessment Scale). Valora el funcionamiento social y ocupacional.
3. **Escala PSP** (Personal and Social Performance Scale). Actualmente más utilizada, valora el autocuidado (baño, cepillado dientes, vestido, adherencia tratamiento, comida), las relaciones personales y sociales (pareja, familia y amigos, sistemas de apoyo), las actividades sociales y habituales (trabajo, estudios, tareas de hogar, trabajos grupales) y los comportamientos perturbadores y/o agresivos (gritos, insultos, amenazas, romper objetos, amenazar con auto o heterolesionar).

La enfermera comunitaria, dentro de la consulta de enfermería, acoge a la persona con trastorno mental severo (TMS). En primer lugar, realiza una valoración enfermera, siendo muy utilizada en el ámbito de salud mental la valoración funcional por patrones de Gordon²⁶, para después establecer las necesidades y los objetivos de su plan de cuidados individualizado. A veces, es necesario contar con la participación de otros profesionales del equipo para trabajar algunos aspectos del plan. Además de la valoración enfermera, se pueden utilizar las escalas antes mencionadas que valoran la funcionalidad social, psicológica y ocupacional a fin de lograr una visión holística de la persona con TMS y su contexto social. Si se cuenta con un protocolo de continuidad de cuidados, el plan establecido por la enfermera puede quedar plasmado en él, de tal manera que los demás compañeros asistenciales lo complementen con sus propias actuaciones. Las siguientes visitas del paciente a la consulta de enfermería son destinadas a la realización del seguimiento del plan de cuidados para el cumplimiento de los objetivos y su evaluación. También pueden decidirse nuevas actuaciones, como la derivación a un recurso de rehabilitación, por ejemplo. En los centros de salud mental suelen establecerse reuniones conjuntas de equipo donde se ponen en común las intervenciones y se colabora para conseguir las mejores soluciones en el establecimiento de planes de cuidados individualizados.

Participación en terapias grupales

La enfermera de salud mental comunitaria puede formar parte de muchos procesos grupales, bien como terapeuta principal o como coterapeuta con otros miembros del equipo clínico.

Los grupos que se desarrollan en el área de la salud mental pueden ser muy diferentes según el marco teórico de referencia y la forma de aplicación del mismo. Son frecuentes los grupos de relajación y de habilidades sociales dentro del marco teórico cognitivo-conductual, los grupos de pacientes y familias, dentro del marco de la teoría sistémica, los psicoeducativos, según diversos marcos (psicodinámicos, humanistas o cognitivoconductuales) y también los grupos de

educación para la salud desde el enfoque enfermero, que favorecen la salud física, fundamental para las personas con trastorno mental severo (TMS).

Los principales efectos terapéuticos asociados a los grupos están relacionados con la relación terapéutica que se establece, la transmisión de información, la universalidad de los problemas (toma de conciencia de que los problemas personales no son únicos), el desarrollo de la conducta de altruismo, el entrenamiento de la socialización y de técnicas de imitación, la corrección de interacciones desadaptativas y la catarsis o descarga emocional, que permite dar sentido a las situaciones personales²¹. Además, el grupo favorece que los miembros aprendan unos de otros (aprendizaje interpersonal) y que se produzca la cohesión de manera que todos trabajen hacia un objetivo común, que, en general, va a ser la mejora de la calidad de vida de las personas que comparten la experiencia grupal.

Conclusiones

Con la llegada de los antipsicóticos y las psicoterapias, y con la aparición de nuevos modelos de tratamiento, como el cognitivo-conductual o el psicoanalítico, se van desarrollando otros instrumentos fuera de los hospitales que superan las carencias del tradicional manicomio. Es a partir de los años 60 cuando surgen por fin los primeros movimientos, en forma de modelos asistenciales, que van a ir conformando la llamada *psiquiatría comunitaria*²⁷.

El cambio fundamental pasa por una transformación de la psiquiatría comunitaria en salud mental comunitaria, donde el equipo multidisciplinar en salud mental desarrolla su trabajo organizando sus acciones en programas asistenciales comunitarios.

Una gran parte del trabajo enfermero comunitario se centra en la atención a la cronicidad, con el objetivo de evitar recaídas o crisis que aumentan la discapacidad y la pérdida de funcionalidad en los pacientes. La continuidad de cuidados es nuclear en esta atención y trata de lograr cubrir las necesidades y demandas de las personas con trastorno mental severo, mediante la coordinación con los profesionales y dispositivos que se requieren en cada momento, dotando de continuidad asistencial al proceso.

Los tres ejes transversales que dirigen el proceso de enfermería en salud mental comunitaria son la consulta de enfermería, la visita a domicilio y las intervenciones enfermeras dentro de los programas comunitarios. En todas sus intervenciones, la enfermera utiliza la valoración funcional, emite diagnósticos de su competencia y, en función de los resultados esperados, establece las actividades de enfermería oportunas. El objetivo final y al que dirigir todas las acciones es lograr que las personas con enfermedad mental puedan vivir y funcionar plenamente en su comunidad y participar en el cambio de una sociedad estigmatizante hacia una sociedad participativa e integradora.

Bibliografía

1. Desviat M, Moreno A. Principios y objetivos de salud mental comunitaria. In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:21–28.
2. Lamata F, Pérez C. 25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(5):421–426.
3. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley general de sanidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(5):427–436.
4. OMS. El contexto de salud mental (conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental). Ginebra, OMS; 2005.
5. Siles J. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Índex de enfermería* (edición digital), 1999; 24-25. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_25-31.php. Consultado el 30/12/2013.
6. Levav I. Temas de salud mental en la comunidad. Washington D. C, OPS/OMS, 1992.
7. Sepúlveda R y Minoletti A. Planificación y programación en salud mental. En Desviat M y Moreno A. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012;104-114.
8. Moreno A, Desviat M. ¿Qué es un proceso? In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:487–494.
9. Del Río F, Carmona J. Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional. In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:341–356.
10. Granada JM. Situación actual de la asistencia psiquiátrica pública en España. *Manual de enfermería psiquiátrica*. Barcelona: Glosa; 2009:13–21.
11. Conejo J. Interconsulta y enlace en el hospital general. In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:424–433.
12. García MJ, Mas Hesse J. Los hospitales de día en la red de salud mental. In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:389–399.
13. Aguilar EJ, Valdivia MF, Luengo A, Gámiz G. Hospital a domicilio en salud mental. In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:389–399.

14. Megías F, Aguilar EJ, Silvestre F. Hospitalización domiciliaria. Salud mental. Comunidad Valenciana. Valencia, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2004.
15. Asociación madrileña de amigos y familiares de personas con esquizofrenia (AMAFE). Recursos en salud mental. Recursos públicos de la Comunidad de Madrid. El centro de día. Disponible en: <http://www.amafe.org/que-ofrecemos/recursos-salud-mental/>. Consultado el 08/01/2014.
16. Mejias F, Serrano MD. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid: Difusión Avances Enfermería; 2000.
17. Uriarte JJ. Unidades de rehabilitación, «espacios intermedios hospitalarios». In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:434–444.
18. M.S.C. Instituto de Información Sanitaria-Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Salud mental. Información y dispositivos. Madrid, M.S.C. Instituto de Información Sanitaria-Subcomisión de Sistemas de Información del SNS; 2007.
19. Orden SPI/1536/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería en salud mental, BOE n.º 123, de 24 de mayo de 2011.
20. Caminero P, Castelo C. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria de la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Madrid: SERMAS; 2012.
21. García Laborda A. Los cuidados. In: Desviat M, Moreno A, eds. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012:271–282.
22. Fornés J. Planes de cuidados para la mejora y promoción de la salud mental. In: Fornés J, ed. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados*. 2.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012:97–161.
23. Gisbert C. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos, 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría A.E.N. 2000.
24. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Salud Mental 2010-2014. Madrid; 2010.
25. Balanzá V, Bobes J, Cañas F, García P, Martínez M, Olivares JM, et al. La funcionalidad en el paciente con trastorno mental grave: una encuesta de opinión entre psiquiatras españoles. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. 2011;4(1):1–8.
26. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Mosby; 2003.
27. Rivas F. Del manicomio a la comunidad, de la locura a la esquizofrenia. La necesidad de una red comunitaria de tratamientos y cuidados. In:

Rivas F, ed. *La psicosis en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios; 2000:13–41.

CAPÍTULO 27

Enfermería psiquiátrica. Rehabilitación e integración social

Alberto Moragriega Górriz

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Rehabilitación psicosocial 306

El objeto de la rehabilitación psicosocial (RPS) 307

La persona con enfermedad mental severa 307

Objetivos de la RPS 308

Aspectos metodológicos de la rehabilitación psicosocial 308

Recursos sociosanitarios en la rehabilitación psiquiátrica 309

Dispositivos sanitarios 309

Hospital de día de salud mental 309

Tratamiento asertivo comunitario (TAC) 309

Centros de rehabilitación 310

Centros de día 310

Residencias de media y larga estancia 310

La atención de enfermería en la RHB 310

Competencias profesionales del personal de enfermería en rehabilitación 311

Planificación de la intervención en RHS con TMS 312

Evaluación 312

Elaboración del plan individualizado de rehabilitación (PIR) 313

Ejecución de las acciones 313

Programas de intervención 314

Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS).

Competencia social 314

Rehabilitación cognitiva 314

Entrenamiento en autonomía personal (AVD) 314

Intervención familiar 314

Psicoeducación 314

Ocio y tiempo libre 315

Psicomotricidad y cuidado físico 315

Programas de mantenimiento en la comunidad 315

Conclusiones 316

Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial es un modelo de intervención que en las últimas décadas ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia en el tratamiento de las personas con trastornos mentales severos y de larga duración. Desde el inicio de la implantación de las intervenciones psicosociales en el siglo pasado, en los años 60 y 70, en países como Inglaterra, Francia o Estados Unidos, hasta el momento actual, ha ido pasando por distintas fases que han derivado en el desarrollo de abordajes basados en el individuo, que contemplan el reconocimiento de la complejidad de la persona y el enfoque de las intervenciones desde una perspectiva integral e individualizada.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y con un grupo de expertos, emiten una «Declaración de consenso respecto a la rehabilitación psicosocial» que supone el reconocimiento de un modelo de intervención que dignifica a la persona que padece una enfermedad discapacitante, poniendo en primer plano la importancia del abordaje del impacto psicosocial y la necesidad de llevar a cabo intervenciones centradas en el individuo como persona, no únicamente en los síntomas como manifestación psicopatológica del enfermo.

En este mismo documento, la WAPR define la rehabilitación psicosocial como «un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap o desventaja de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La RHB psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales».

En la definición se puede apreciar que el enfoque siempre va dirigido a la integración de la persona en su comunidad, por medio de intervenciones complejas, dinámicas y multifactoriales que faciliten la reducción del estigma social de la persona que padece una enfermedad mental, la participación activa en su entorno comunitario para poder beneficiarse de los niveles de bienestar que éste le pueda proporcionar y en definitiva la mejora de la calidad de vida como seres humanos en su consustancialidad social.

El concepto integración lo entendemos como opuesto al de exclusión, donde la persona en situación de exclusión o en riesgo de estarlo tiene un papel esencial en su propio proceso de integración en la comunidad, pero donde también la comunidad y la sociedad en general deben favorecer la integración de sus ciudadanos.

El objeto de la rehabilitación psicosocial (RPS)

El trabajo de los profesionales de salud mental se dirige a la atención de las personas que tienen algún trastorno psiquiátrico. No obstante, sólo algunas de las tradicionalmente consideradas como enfermedades mentales crónicas son las que son objeto de la RPS.

Bajo el epígrafe de enfermedad mental crónica se han incluido trastornos mentales con múltiples circunstancias fenomenológicas, clínicas y sociales, siendo difícil el consenso acerca de una definición unitaria que clarifique cuál es la población potencialmente beneficiaria de la rehabilitación psicosocial. En los últimos años, la denominación de trastorno mental crónico ha caído en desuso por las connotaciones negativas que se han asociado al término «crónico» pasando a denominarse trastorno mental severo (TMS), trastorno mental grave (TMG) o trastorno mental de larga duración.

La definición de TMS que ha alcanzado mayor consenso es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 ([NIMH, 1987](#)), que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), algunos trastornos de personalidad y los trastornos del estado de ánimo graves. El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), que en la clasificación CIE-10 incluye los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 (OMS, 1992).
2. Duración de la enfermedad superior a dos años.
3. Presencia de discapacidad.

La persona con enfermedad mental severa

El TMS incluye un gran número de diagnósticos psiquiátricos, sobre los que prevalecen los del espectro de la esquizofrenia. Pero más allá de las diferencias sintomatológicas, el grupo de personas con TMS comparten en mayor o menor medida una serie de elementos que les generan gran conmoción y que disminuyen su calidad de vida y la de las personas que los rodean. El impacto que una enfermedad mental severa suele ocasionar en quien la padece se ve reflejado socialmente en una pérdida de roles. La pérdida del empleo, de la pareja, del estatus económico y social, el distanciamiento con y de los amigos, en definitiva, la interrupción de la trayectoria vital, suelen ser circunstancias que se dan de manera muy frecuente entre las personas con TMS. Las dificultades para mantener un proyecto de vida son motivo de frustración, baja autoestima, estigma social y marginación.

Gisbert y cols. (2002) definen los siguientes elementos comunes que definen a las personas con TMS, y especialmente con esquizofrenia y otras psicosis:

- Mayor vulnerabilidad al estrés. Dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación.

Estos déficits y dificultades suelen ubicar a la persona en torno a unos estereotipos erróneos que se encuentran en la base de los prejuicios que la sociedad tiene hacia las personas con enfermedad mental. Actitudes de dejadez, atribución de la responsabilidad de su situación, impredecibilidad de su conducta, incompetencia e incapacidad para poder cubrir sus necesidades básicas de autonomía, tendencia a ser violentos o peligrosos, son etiquetas comunes hacia el colectivo de los enfermos psiquiátricos, todo ello fruto del desconocimiento social y de la información sesgada que ofrecen algunos medios de comunicación. Pero los prejuicios también los podemos encontrar entre los profesionales, la propia familia o de la persona con enfermedad hacia sí misma (autoestigma). Las creencias erróneas, actitudes de rechazo social, el temor hacia el colectivo y las acciones excluyentes y autoexcluyentes dificultan los procesos de recuperación y aumentan el riesgo de exclusión social y de discriminación.

En el caso del propio enfermo, al asumir etiquetas que son autoexcluyentes, marginadoras y autolimitadoras se genera el autoestigma. La falta de confianza en sus posibilidades de recuperación es uno de los primeros obstáculos que hay que salvar. Es por ello fundamental la motivación del paciente y el

establecimiento de la relación terapéutica desde una perspectiva personal, donde se entienda que cada persona con TMS tiene unas manifestaciones psicopatológicas que deben de ser comprendidas de una manera individualizada e integral, en relación con su historia vital. El modelo de vulnerabilidad- estrés (fig. 27-1) plantea como crucial en la aparición y mantenimiento de los trastornos mentales, especialmente de la esquizofrenia, la interacción de una predisposición hereditaria vulnerable, con un conjunto de factores ambientales y sucesos vitales estresantes (Zubin & Spring, 1977). El bagaje social premórbido de los pacientes, las experiencias vitales, los rasgos de personalidad, sus características neuropsicológicas, los antecedentes familiares, los factores ambientales, los condicionantes biológicos o su red de apoyo social, son, entre otras, variables que si no son tenidas en cuenta pueden comprometer la efectividad de los tratamientos.

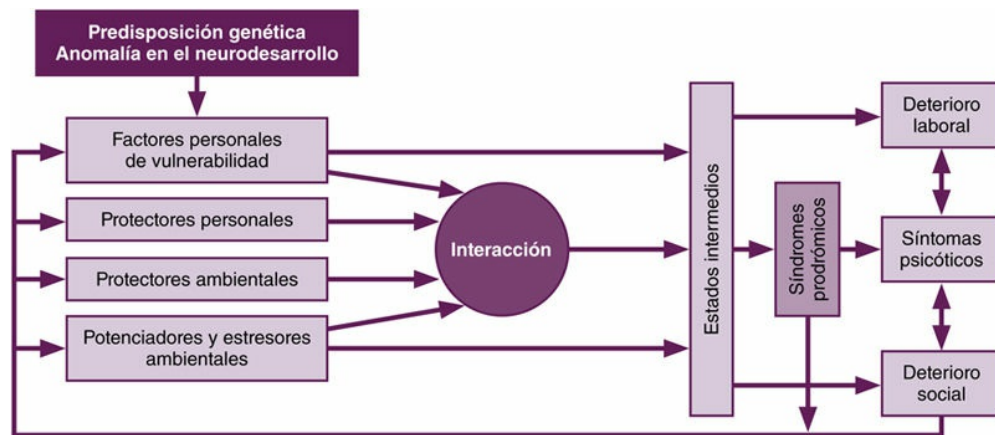


FIGURA 27-1 Modelo de vulnerabilidad-estrés. Extraído de http://www.p3-info.es/view_article.asp?%20cat=1&id=5

Objetivos de la RPS

La rehabilitación psicosocial no es una técnica; es una estrategia asistencial que amplía los objetivos y trasciende el ámbito sintomático ([Uriarte, J.J., 2007](#)). Sus objetivos principales son (Cañamares y cols., 2001):

- Favorecer la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.
- Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible, así como el desempeño de roles sociales normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad, incluyendo la rehabilitación vocacional y el alojamiento.
- Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización.
- Asesorar y apoyar a las familias de los enfermos de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación.

Aspectos metodológicos de la rehabilitación psicosocial

En España, la Ley General de Sanidad (1986) estableció los principios generales para un modelo de trabajo en salud mental que dignifica al individuo, pasando de ser un enfermo mental como etiqueta peyorativa y estigmatizadora, a un ciudadano con todos sus derechos, que padece una enfermedad mental.

La rehabilitación psicosocial en nuestro país se lleva a cabo en instituciones públicas sanitarias y de servicios sociales, y también en otras instituciones de carácter privado. Los criterios para decidir las instituciones que prestan los servicios no son unitarios, pero a pesar de la heterogeneidad en cuanto a la variedad de dispositivos, se ha ido alcanzando un consenso respecto a las buenas prácticas en RPS. Las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud y la corriente de la práctica basada en la evidencia son dos elementos que están impulsando el avance de los tratamientos psicosociales (Navarro, 2011). Por medio de estos documentos se propone un marco metodológico para la práctica clínica, independiente de enfoques teóricos, basado en los conocimientos científicos y en la experiencia empírica que tienen demostrada eficacia.

La *Guía de práctica clínica sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave* (2009) requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención que forman un conjunto inseparable, que se integran en nuevos objetivos: autonomía, calidad de vida, bienestar personal y participación social en torno al concepto de recuperación personal. La atención a estas personas exige, en definitiva, integrar las intervenciones psicofarmacológicas y las intervenciones psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinarios.

La coordinación y la continuidad de cuidados son una necesidad y un elemento clave en el modelo de atención integral a las personas con TMS. La cronicidad de las patologías y la fluctuación en los estados psicopatológicos hace necesaria la coordinación entre los profesionales de los diversos servicios de atención generales y especializados para garantizar la no interrupción de los procesos terapéuticos y de apoyo (clínicos, rehabilitadores, asistenciales) que recibe la persona con TMS. Cada momento vital requerirá de varios tipos de intervención que se decidirán según los objetivos que se planteen.

La coordinación y continuidad de cuidados debe cumplir las siguientes funciones ([IMSERSO, 2007](#)):

- Garantizar la continuidad de cuidados de la persona en su paso por los distintos servicios y programas de la red de atención, especialmente evitando discontinuidades en su paso de un recurso a otro a través de todo el proceso.
- Asegurar la coherencia del proceso, evitando vacíos o duplicidades de atención.
- Asegurar la adecuada transferencia de la información necesaria de un recurso a

otro.

Recursos sociosanitarios en la rehabilitación psiquiátrica

El desarrollo de las políticas sociosanitarias en España se da de manera heterogénea. Distintas normativas, como son las leyes, órdenes o planes de salud mental son aprobadas para su desarrollo en cada uno de los territorios del Estado español, según distribución competencial de las comunidades autónomas. La definición de los servicios, sus necesidades en cuanto a los recursos humanos, las características formales de cada uno (número de plazas, dependencia orgánica, etc.), incluso la nomenclatura de los dispositivos asistenciales, varía en función del territorio autonómico.

No obstante, están definidos los perfiles generales de los dispositivos, cada uno de los cuales cumple su función según el estado psicopatológico del paciente, su momento vital, su nivel de deterioro, sus circunstancias sociales, familiares y económicas.

Dispositivos sanitarios

La principal finalidad de las unidades ambulatorias de salud mental (USM) y las unidades de agudos (UA) no es aplicar tratamientos en rehabilitación psicosocial; sin embargo, dentro de la filosofía de continuidad de cuidados, pueden desarrollar un importante papel como filtro para dirigir a los pacientes a otros recursos comunitarios o incluso para desarrollar actividades de rehabilitación que puedan ser continuadas en otros dispositivos.

Las unidades de salud mental están formadas por equipos multidisciplinares que prestan atención psiquiátrica, psicológica y cuidados especializados de forma ambulatoria dirigidos a personas que presentan trastornos mentales que por su gravedad y/o complejidad no pueden ser prestados en el ámbito de la atención primaria.

La labor del personal de enfermería es fundamental en la motivación del paciente. El vínculo con el profesional, cuando aplica técnicas físicas y tratamientos psicofarmacológicos, lo convierte en mediador para que el paciente pueda acceder a otros tratamientos que por desconocimiento puede rechazar.

Aunque existen dispositivos más específicos para los tratamientos rehabilitadores, tanto en la USM como en la UA los profesionales pueden desarrollar acciones de rehabilitación. Los grupos de psicoeducación de pacientes y de familiares pueden llevarse a cabo en ambos dispositivos.

La UA está destinada a prestar atención y cuidados en régimen de internamiento a pacientes en situaciones agudas y de riesgo psicopatológico. En este sentido no se encuentran en una posición ideal para llevar a cabo acciones de rehabilitación. Pero a pesar de la corta estancia de los pacientes, el estado de

ingreso posibilita la puesta en marcha de acciones de rehabilitación dirigidas a la psicoeducación de los pacientes, el autocuidado, la psicomotricidad y la recuperación del estado físico, la ocupación del tiempo libre o incluso el inicio de tareas de rehabilitación cognitiva.

Hospital de día de salud mental

En el año 2008 la AEN los define como «un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se caracteriza por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía».

En una revisión de ensayos controlados, Marshall y cols. (2008) concluyeron que el cuidado de las personas en los hospitales de día podía lograr reducciones sustanciales en el número de atenciones hospitalarias y por lo tanto ingresos en las UA, y a la vez mejorar el estado general y psiquiátrico de las mismas.

Pueden ser considerados como centros de rehabilitación, pero de más corta estancia y enfocados a la derivación de otros recursos. La carencia de otros dispositivos u otras circunstancias pueden convertirlos en verdaderos centros de rehabilitación.

Tratamiento asertivo comunitario (TAC)

Este modelo propone intervenciones que se realizan en el domicilio de la persona o en su entorno natural para poder ser más independiente y participar más de lo que su entorno comunitario le ofrece. Además, a mayor autonomía del paciente, mayor es la descarga para la familia. En el TAC la participación de la familia en la rehabilitación del paciente es primordial. Las intervenciones han de ser planificadas por el equipo de trabajo, teniendo en cuenta todas las circunstancias de la persona con la que se va a intervenir. La propuesta de rehabilitación es totalmente individualizada y se le plantea al paciente de manera asertiva. Éste debe de asumir un papel activo en su proceso terapéutico, por lo que es prioritario favorecer su autonomía y el empoderamiento sobre su propio proceso (Martínez, J.J., 2007).

Cada vez son más habituales los equipos de atención en el domicilio y en la comunidad, esenciales para poder llegar a determinados pacientes que por estado psicopatológico o handicap físico no pueden acceder a los tratamientos clínicos básicos. En estos equipos es fundamental la figura del profesional de enfermería para aplicar tratamientos farmacológicos prescritos, mantener el vínculo del paciente con los dispositivos de salud mental, detectar recaídas y prevenir

situaciones de riesgo. Además, la situación puede ser favorable para intervenir con la familia y trabajar con el paciente hábitos de autonomía que faciliten el acercamiento del mismo a los recursos sociosanitarios disponibles en su comunidad. En este sentido es muy importante la coordinación con el resto de profesionales y dispositivos de salud mental de su área geográfica para garantizar la continuidad de cuidados.

La optimización de los tratamientos farmacológicos, la psicoeducación del paciente y de los familiares y el seguimiento individual de cada caso son tres de los elementos clave en el TAC.

Centros de rehabilitación

Son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevan a cabo programas de intervención adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios.

La denominación de las personas con TMS que participan de programas de rehabilitación es la de «usuario» en vez de «paciente». Esta denominación se aplica prácticamente en todos los dispositivos de integración social de carácter comunitario.

Los centros de rehabilitación son el dispositivo por excelencia donde se desarrollan los tratamientos en rehabilitación psicosocial. Su carácter ambulatorio, su ubicación en la comunidad, el perfil de los usuarios y la propia estructura de funcionamiento de los mismos, facilitan la puesta en marcha de intervenciones en la comunidad, con mayores posibilidades de lograr mejoras en los niveles de integración social. En estos dispositivos, independientemente de la planificación individualizada de las intervenciones, suelen desarrollarse grupos terapéuticos que abordan los contenidos de los distintos programas de rehabilitación. Estos deben ser homogéneos en cuanto al perfil de los usuarios y estructurados en distintos niveles para ofrecer intervenciones adecuadas a cada persona.

Centros de día

Son centros especializados y específicos destinados a personas con enfermedad mental crónica con gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, donde se desarrollarán programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre. En estos centros los usuarios, además de realizar actividades de rehabilitación, ocupan su tiempo libre en horario de mañana y tarde (incluida la comida). Suelen atender a pacientes con mayor nivel de deterioro que requieren mayor supervisión, pero que pueden mantenerse en su hogar, por disponer de apoyo familiar y de la estabilidad psicopatológica necesaria para estar en su comunidad.

Residencias de media y larga estancia

Centros residenciales comunitarios, abiertos y flexibles, destinados a personas con enfermedad mental crónica que no requieren hospitalización por su estado psicopatológico. Prestan un servicio de alojamiento y rehabilitación enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social y apoyando su normalización e integración comunitaria.

Además, existen otros servicios comunitarios de carácter residencial como son las viviendas tuteladas y supervisadas ([tabla 27-1](#)).

Tabla 27-1

Estimación de necesidades de plazas de rehabilitación

Dispositivo	Plazas/100.000 hab. mínimas	Plazas/100.000 hab. óptimas
Unidad específica de rehabilitación psicosocial	20	50
Centros de día y actividades ocupacionales	20	50
Centros de rehabilitación laboral/talleres protegidos/apoyo al empleo normalizado	15	30
Unidad residencial	20*	20*
Minirresidencia/CEEM	20/40	50
Pisos/viviendas tutelados/as	20	50
Viviendas supervisadas/autónomas	20	50
Pensiones supervisadas	5	10

Tomado de IMSERSO 2003.

* Depende de la existencia previa de personas hospitalizadas con grave deterioro psicosocial.

La atención de enfermería en la RHB

Las personas que trabajan en rehabilitación psicosocial se conforman en torno a un conjunto de perfiles profesionales que son variados y que van desde el carácter más clínico al más social, ubicándose en un continuo en el que todos ellos tienen cabida con unas atribuciones que son las propias de cada profesión y con algunas funciones que son compartidas desde el enfoque de la rehabilitación psicosocial. Psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales, técnicos de integración social (TIS) y monitores son algunas de las figuras que desarrollan su labor con TMS, debiendo trabajar coordinados para dar una atención multidisciplinar que dé respuesta a la necesidad del abordaje integral de la problemática del paciente.

El personal de enfermería lo podemos encontrar en prácticamente todos los dispositivos, desde las unidades de salud mental en los centros de salud ambulatorios, hospitales de día o las unidades de hospitalización de agudos, en el ámbito sanitario, pasando por los centros de rehabilitación en el ámbito comunitario, hasta los centros de internamiento y residenciales de media y larga estancia con una perspectiva socio-sanitaria y asistencial. Las atribuciones laborales de los enfermeros dan respuesta a necesidades clínicas de los pacientes (cuidados físicos, tratamientos farmacológicos, etc.), pero, además, su cercanía le posibilita la asunción de funciones rehabilitadoras en los diversos dispositivos. En función del tipo de dispositivo podrá desarrollar tareas de rehabilitación psicosocial, teniendo en cuenta factores como la temporalidad de la estancia en el mismo, el perfil de los pacientes y los recursos humanos y materiales de que se disponga.

Competencias profesionales del personal de enfermería en rehabilitación

Por competencias profesionales se entienden los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para ejercer una profesión.

El personal de enfermería psiquiátrica tendrá conocimientos específicos referidos a la clínica psiquiátrica, los tratamientos farmacológicos y el manejo de todo tipo de técnicas instrumentales y mecánicas propios de la salud mental, pero también desarrollará, en la medida de lo posible, las competencias para el manejo de las interacciones clínicas desde una perspectiva rehabilitadora. Algunas de estas competencias son:

- *Conocimiento del marco conceptual del tratamiento en rehabilitación psicosocial.* Principios de la rehabilitación como son el abordaje integral e interdisciplinar, la individualización de la intervención, la participación activa del paciente y las personas de su entorno, el empoderamiento y la búsqueda de la autonomía, la integración social, contextualización comunitaria, la coordinación, la continuidad de cuidados y la calidad de vida como indicador de efectividad, entre otros, deben de estar presentes en la metodología y la ejecución de toda intervención rehabilitadora. Éstos son los elementos que guiarán una buena práctica clínica.
- *Formación específica y actualización.* La formación en enfermería de salud mental y más concretamente para la intervención con TMS es una necesidad reconocida. En el año 2002, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) elaboró un documento denominado «Desarrollo de los recursos de enfermería para la salud mental» donde reconoce la prioridad de formación en cuidados de enfermedades mentales graves y el apoyo a los profesionales de atención primaria. Éste sugiere como contenidos de formación la evaluación de desórdenes mentales, capacidades de comunicación, enfermería de salud mental en la comunidad, autoasistencia emocional (cuidado de la propia salud mental), evaluación e investigación, problemas jurídicos y éticos, gestión de situaciones de urgencia, gestión de la medicación psicotrópica, atención de salud mental en situaciones de urgencia humanitaria, promoción de la salud mental, modelos de salud mental para la salud pública, estigma y discriminación, abuso de estupefacientes, tratamiento de desórdenes mentales, trabajo en equipo, trabajo con los usuarios de los servicios y sus familiares, y trabajo con grupos específicos (García, 2007).

Definitivamente, más allá de la formación en las técnicas generales de enfermería, las buenas prácticas con personas con TMS pasan por la formación en contenidos clínicos de psiquiatría, de salud mental comunitaria, en actitudes personales y en competencias para el adecuado manejo de la relación interpersonal con los pacientes, además del entrenamiento en la

aplicación de instrumentos y técnicas de rehabilitación psicosocial.

- *Conocimiento y manejo de los instrumentos y técnicas de rehabilitación psicosocial.* El profesional de enfermería que trabaje en rehabilitación deberá conocer los instrumentos de evaluación, las técnicas y tratamientos que tienen refrendo respecto a la validez y eficacia. Aunque los distintos estudios de efectividad tienen en ocasiones resultados dispares, existe cierto consenso acerca de los instrumentos de evaluación y los modelos de tratamiento. Las guías de las prácticas clínicas basadas en la evidencia son documentos que nos pueden orientar sobre las diferentes opciones de intervención. Existen diversos programas de tratamiento en RHB psicosocial que tienen suficiente apoyo empírico, sobre todo para la esquizofrenia y otras psicosis, como son la rehabilitación neuropsicológica, la psicoeducación de pacientes y familiares, el entrenamiento en habilidades sociales o el entrenamiento en competencias para la autonomía. Además, existen paquetes de tratamiento multimodal como es la terapia integrada de la esquizofrenia (IPT) (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996) que se basan en el abordaje de la problemática del paciente a varios niveles. No obstante, la intervención en rehabilitación psicosocial debe de ser integral, lo que indica de manera inherente la recomendación de actuar sobre diversas funciones y déficits de forma paralela y transversal.
- *Competencias actitudinales, metodológicas y éticas.* La intervención se adaptará a los objetivos y ritmos del paciente, reforzando los progresos y potenciando su participación activa. El papel proactivo del profesional es esencial para el empoderamiento del paciente, no sustituyendo su voluntad incluso cuando la conciencia de enfermedad sea limitada.

El aseguramiento de la confidencialidad, la aplicación de tratamientos con garantías éticas, el respeto a la persona, el manejo de los prejuicios del profesional hacia el enfermo y la visión como ciudadano de pleno derecho son conceptos que el profesional debe tener en consideración, pero para ello es necesario tener conocimiento de las circunstancias administrativas y legales de los pacientes. La incapacitación judicial de algunas personas con TMS, la existencia de causas penales cumplidas o pendientes, la aplicación de medidas judiciales de carácter cautelar, así como la garantía de sus derechos básicos como ciudadanos son circunstancias que van a influir en la intervención. Las condiciones administrativas de incapacidad laboral, discapacidad o la aplicación en España de la Ley de dependencia son comunes entre los pacientes psiquiátricos severos y también serán contempladas en la planificación individualizada dirigida a la integración social.

- *Habilidades personales en RHB psicosocial.* Tienen que ver con la forma, los modos y la capacidad personal de establecer un buen vínculo profesional que garantice la efectividad terapéutica en la aplicación de técnicas y procedimientos:
 - Ser activo y correctamente asertivo, de manera que el profesional haga saber

al paciente los objetivos de la rehabilitación y el proceso que se le propone.

- Estabilidad emocional y autocontrol. El profesional debe ser consciente de sus afectos para intentar manejarlos y que no influyan negativamente en el proceso terapéutico.
- Empatía. Comprendiendo que muchas de las reacciones emocionales y conductuales son fruto de la patología en interacción con las circunstancias vitales del individuo, como dice un proverbio hindú, «antes de juzgar a una persona, camina tres lunas con sus mocasines». No tenemos por qué sentir lo que nuestros pacientes sienten, pero sí que debemos aplicar nuestros conocimientos profesionales para que nuestros juicios siempre se basen en criterios técnicos y no en valoraciones y juicios personales.
- Capacidad de adaptación a distintos contextos y culturas. Las actitudes y los valores personales suelen estar influidos por la cultura de procedencia de los individuos. Pero no sólo eso, también las manifestaciones psicopatológicas y las formas de expresión de las emociones lo están. Algunas muestras emocionales y conductuales expresadas en algunas culturas pueden ser interpretadas como anómalas en otras. El profesional de la salud mental debe procurar hacer análisis asépticos de las mismas para poder tratar al paciente con el debido respeto y la profesionalidad que requiere el abordaje del mismo como persona.

Planificación de la intervención en RHS con TMS

Evaluación

La primera acción a realizar cuando llega el usuario de los servicios de rehabilitación es la evaluación. A partir de ella se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan sus resultados. Es en la evaluación donde se ponen de manifiesto las características individuales de cada usuario, las habilidades que posee, sus déficits y sus demandas. En ella participarán de manera coordinada los distintos profesionales para recopilar la mayor cantidad de información y obtener una visión completa de cada caso. Dada la complejidad de la enfermedad mental, ésta será multiaxial y lo más sistematizada posible. La evaluación será contextualizada, obteniendo información de todos los agentes que se encuentren en el entorno del usuario; en este sentido juega un papel fundamental la familia.

Además de la evaluación inicial, se realizará una evaluación continuada que facilitará los cambios en los objetivos y actividades de la rehabilitación si así fuera necesario.

La estructura de la evaluación inicial no se ceñirá a un número fijo de sesiones, adaptándose la duración e intensidad del proceso a las características del usuario, no descuidando la motivación del mismo. Será importante no saturar a los usuarios con pases prolongados de pruebas que puedan perjudicar la creación de un buen vínculo con el dispositivo. Siempre que sea posible, se utilizarán pruebas validadas estadísticamente para valorar más objetivamente los resultados que se presenten en la evaluación final de tratamientos, talleres y programas. La elección de pruebas de evaluación psicosocial estará en el criterio del profesional en función de las características de cada caso; no obstante, se evaluarán las áreas que se indican a continuación:

- Biografía personal e historia clínica. Recogida de información acerca de la historia biográfica y clínica del paciente. Se realiza por medio de entrevistas para entender el impacto y el significado del estado psicopatológico del paciente en el conjunto de su historia personal.
- Prerrequisitos básicos. En relación con la historia personal, valoraremos las capacidades del paciente para poder acceder a determinadas actividades rehabilitadoras, tales como su nivel académico, sus capacidades para el cálculo y la escritura o su estado psicomotor.
- Evaluación familiar. Se valora la historia biográfica y social de la familia. Además, se evalúa el apoyo familiar, el clima emocional y la emoción expresada, los estilos de comunicación, las estrategias de manejo del familiar enfermo y los conocimientos acerca de la enfermedad.
- Habilidades de autocuidado y de la vida diaria. Se evalúan tanto las AVD

básicas o de autocuidado como las complejas o instrumentales. Las primeras se refieren a los cuidados necesarios respecto a la higiene personal, los cuidados básicos de salud, la autonomía en el hogar etc., mientras que las segundas se refieren a la autonomía en la comunidad, como serían la competencia para realizar trámites administrativos, la utilización del tiempo libre fuera del hogar, los cuidados a otras personas o la capacidad para desarrollar actividades formativas y laborales en el entorno comunitario. La evaluación se realizará por medio de entrevistas, cuestionarios e inventarios generales o específicos.

- **Competencia social.** Se evaluarán las habilidades sociales (HHSS) del usuario, desde las más moleculares hasta las más molares. Desde el contacto ocular, la capacidad para identificar emociones en el nivel más básico hasta las HHSS más complejas, como la conducta interpersonal en situaciones socialmente normalizadas (recursos de formación, empleo, ocio, etc.), pasando por la valoración de las HHSS más comunes como son el inicio y mantenimiento de conversaciones o la conducta asertiva. La valoración se hará por medio de la entrevista, la observación en vivo o la aplicación de algunos cuestionarios específicos.
- **Capacidades cognitivas.** Evaluación de los déficits y capacidades conservadas en las siguientes funciones del pensamiento: orientación espacio-temporal, habilidades ejecutivas, de control y de planificación, atención en sus diversas modalidades (dividida, selectiva, sostenida, alerta fásica y vigilancia), memoria (a corto plazo, largo plazo, histórica, verbal y numérica), razonamiento (verbal, abstracto y numérico). Actualmente existen una gran variedad de instrumentos y pruebas psicométricas de evaluación neuropsicológica, tanto para funciones específicas como para estado cognitivo general.
- **Trastornos asociados y conductas problemáticas.** Además del trastorno TMS primario, pueden presentar trastornos asociados de tipo ansioso, depresivo u otros problemas que pueden entenderse dentro de alguna alteración de la personalidad. Utilizaremos inventarios, cuestionarios y test específicos para valorar los trastornos concomitantes.
También deberán ser considerados otros diagnósticos biológicos, especialmente todos los relacionados con el síndrome metabólico. La hipertensión, el colesterol, la diabetes y la obesidad son problemas que suelen acompañar a los trastornos mentales severos (fig. 27-2).
- **Calidad de vida.** La valoración de la calidad de vida en el TMS ha sido una tarea difícil debido a cuestiones conceptuales y a la dificultad para cuantificar objetivamente sus indicadores, generando falta de validez en las mediciones. No obstante, cada vez existen más escalas validadas y de aplicación específica. Su conocimiento permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral.

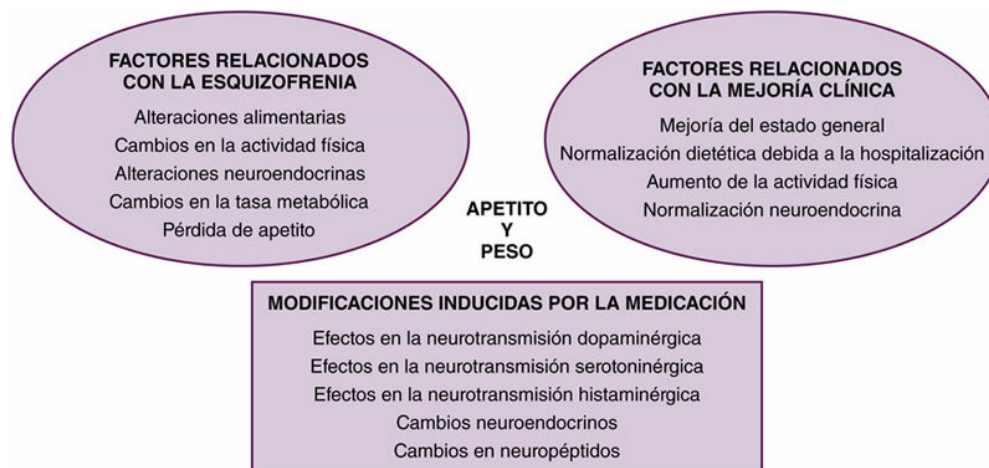


FIGURA 27-2 Interacción de factores que conducen a sobrepeso en pacientes tratados de esquizofrenia. Tomada de Psiq Biol. 2005; 12(2):39-45.

Elaboración del plan individualizado de rehabilitación (PIR)

Tras el proceso de evaluación, el siguiente paso es la elaboración del PIR (Lieberman, 1993), en el que participarán todos los miembros del equipo técnico (sobre todo en lo referido al diseño de actividades), pero del que serán responsables principales aquellos profesionales que hayan realizado más directamente la evaluación y/o que tengan mayor competencia clínica sobre el caso.

El PIR está compuesto por los objetivos generales y objetivos específicos. La consecución de objetivos de rehabilitación se verá plasmada en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. El PIR planteará intervenciones individuales y/o grupales en función de la disposición de grupos de rehabilitación. Los grupos se centrarán en aspectos específicos del programa de intervención al que pertenezcan. Los objetivos serán alcanzables progresivamente, el planteamiento sistematizado y estructurado secuencialmente (temporalizado en cuanto a su ejecución), además de flexible ante posibles modificaciones.

Una vez esté elaborado el PIR se presentará al paciente para que lo considere, y siempre que no haya objeciones por su parte, también se compartirá con la familia. Su aplicación será consensuada y aceptada libremente por parte del interesado.

Ejecución de las acciones

A partir de los resultados de la evaluación y del PIR se planteará la implementación de las propuestas para la rehabilitación. Éstas se enfocarán a la consecución de los objetivos concretos. La elección del modo de intervención

individual o grupal, y en el caso de la segunda la asignación a los grupos, se hará en función de las características personales, su estado clínico, el nivel de deterioro, los intereses del usuario y todo ello sin menoscabar las características físicas, de personal y de metodología de trabajo del dispositivo.

Programas de intervención

Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS). Competencia social

El objetivo del entrenamiento en HHSS es mejorar la competencia en la conducta interpersonal para favorecer la integración de los usuarios en su entorno social y el mantenimiento en la comunidad, así como para prevenir su aislamiento e institucionalización. Las acciones rehabilitadoras se centrarán en los déficits de cada persona, potenciando las habilidades conservadas. Se adaptarán los contenidos al nivel de cada individuo o grupo, intentando fomentar la generalización de las habilidades adquiridas a situaciones normalizadas y reales. Uno de los problemas del entrenamiento en HHSS son las dificultades para la generalización y el mantenimiento de los resultados (Dilk y Bond, 1996), pero a pesar de ello su abordaje debe de incluirse en todo programa de rehabilitación sea de manera individual o grupal.

Los contenidos de los programas de entrenamiento en competencia social suelen ser similares y se centran en la conducta no verbal y habilidades sociales propiamente dichas. Respecto a la conducta no verbal, se instruye a los pacientes tanto en el adecuado manejo de componentes paralingüísticos o paraverbales (volumen, velocidad, entonación y fluidez), como en los no verbales (contacto ocular, sonrisa, proximidad, postura, expresión emocional, movimientos de las manos y apariencia personal).

Las habilidades sociales se entrenarán sobre la conducta motora, teniendo en cuenta los componentes cognitivos y emocionales. Éstas son (Schumaker, Hazel y Pederson, 1988):

- HHSS básicas: escuchar activamente, saludar, presentarse y despedirse, responder y preguntar, tomar la palabra, iniciar y finalizar conversaciones con conocidos y desconocidos.
- HHSS complejas y conducta asertiva: decir y recibir agradecimientos, hacer y recibir cumplidos, pedir disculpas, aceptar una negativa, hacer peticiones, decir no y resistirse a la presión de los otros, hacer y aceptar críticas, entrenamiento en toma de decisiones y negociación.

Rehabilitación cognitiva

La rehabilitación cognitiva consiste en la ejecución de actividades destinadas a estimular funciones cognitivas como la memoria, atención, percepción, aprendizaje, funciones ejecutivas y toma de decisiones. El déficit cognitivo es importante por sí mismo, pero también por la relación que tiene con síntomas comportamentales como el retraimiento y el aislamiento social, los déficits en habilidades sociales, la pobreza en el habla y en general con todos los síntomas

positivos y negativos de la enfermedad ([Frith, 1995](#)). La rehabilitación cognitiva influye de manera positiva en la conducta del usuario, en su funcionamiento social y en definitiva en su calidad de vida.

Existen distintos enfoques, unos se destinan a la estimulación específica y directa de funciones cognitivas concretas, mientras que otros se centran más en otro tipo de actividades esperando que de manera transversal se produzca una mejora en el funcionamiento cognitivo de los pacientes ([Moragriega, 2010](#)). Independientemente del modo de intervención, ha de tenerse en cuenta el estado neuropsicológico de la persona, siendo un objetivo prioritario la recuperación de los déficits o, en otros casos, el mantenimiento del estado cognitivo y la ralentización del deterioro. Se cuenta con suficiente apoyo científico acerca de la bondad de la rehabilitación cognitiva. Las teorías de la plasticidad neuronal y de la reserva cognitiva avalan la intervención a este nivel ([Benedet, M.J., 2002](#)).

Entrenamiento en autonomía personal (AVD)

Las actividades para la vida diaria se refieren a un conjunto de competencias y conductas necesarias para el cuidado personal y la autonomía de cualquier individuo en la sociedad. Tradicionalmente se dividen en habilidades básicas y complejas.

- AVD básicas: higiene, hábitos de salud, autonomía en el hogar, autonomía en el desplazamiento.
- AVD complejas (instrumentales): cuidado de la casa, uso de medios de transporte, cuidado de niños y ancianos, actividad ocupacional, ocio y tiempo libre, planificación y manejo del dinero, actividad escolar, lúdica y laboral.

El objetivo de adquirir estas habilidades es facilitar la rehabilitación, mantenimiento y adaptación de las personas con TMS a su entorno habitual, y que, dentro de las posibilidades de cada individuo, puedan llevar una vida más autónoma.

Intervención familiar

Una de las intervenciones habituales con las familias es la psicoeducación familiar. Son muchos los estudios que asocian la psicoeducación como parte esencial de la intervención familiar. En ella se proporciona a los familiares información sobre la enfermedad, pero además los programas suelen incluir otra serie de actuaciones como son el entrenamiento para la mejora de la comunicación, el manejo de contingencias, el entrenamiento en el afrontamiento de situaciones críticas, la orientación hacia el uso de servicios comunitarios, la liberación emocional o el uso de redes de apoyo social. La creación de grupos terapéuticos y de autoayuda guiados por profesionales puede ser un formato de intervención, pero los contenidos también pueden ser abordados de forma

individual.

Uno de los objetivos principales en este tipo de intervenciones es favorecer la estabilidad psicopatológica de la persona con TMS por medio de la mejora del clima familiar, abordando los componentes que generan una alta emoción expresada en el hogar.

Psicoeducación

El abordaje de corte psicoeducativo es utilizado frecuentemente en la intervención con pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar y otros trastornos mentales, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Esta intervención es un aspecto fundamental de la recuperación del paciente con TMS. Sin conciencia de la situación de uno mismo difícilmente lograremos paliar la influencia de la sintomatología a nivel comportamental.

La psicoeducación dirigida a usuarios incluye la transmisión de información relevante acerca de la patología que padece (síntomas, pródromos, tratamientos, etc.), además de estrategias de afrontamiento para el adecuado manejo de la enfermedad. A pesar de ser la educación un elemento esencial en la RHB psicosocial no con todas las personas puede ser adecuada la intervención a este nivel, pues el estado psicopatológico u otras circunstancias como son la existencia de sintomatología positiva muy abrupta, determinados rasgos de personalidad o el hecho de tener suficiente información, pueden desaconsejarla en un momento dado.

Ocio y tiempo libre

El objetivo de estos programas es ayudar a la recuperación de la persona con TMS fomentando las relaciones sociales y el uso del tiempo libre, propiciando la participación en actividades comunitarias para lograr una mejor utilización del tiempo, reducir la tendencia al aislamiento, potenciar el contacto interpersonal y en definitiva la integración social. Este tipo de actividades también se pueden contemplar en momentos más avanzados de integración como parte de las intervenciones psicosociales para favorecer el mantenimiento en la comunidad.

Psicomotricidad y cuidado físico

Los trastornos mentales severos conllevan en muchos casos problemas de coordinación psicomotriz, consecuencia de diversos factores como el deterioro de la percepción de sí mismo, la presencia de efectos secundarios de la medicación, el sedentarismo, etc. La falta de actividad física favorece la acentuación de problemas médicos como son la obesidad, la diabetes, el colesterol o la hipertensión. Estos problemas son habituales entre la población con TMS,

dándose el síndrome metabólico con unos altos índices de prevalencia. Es por ello aconsejable la implantación de acciones destinadas a paliar los efectos del mismo (De Hert et al, 2009).

Además, el trabajo psicomotor y la actividad física también tienen importancia respecto a la imagen que proyecta la persona enferma. Una buena actitud corporal es una tarjeta de presentación ante la sociedad y, en el caso de las personas con enfermedad mental, los problemas de coordinación gruesa o la simple postura pueden ser elementos favorecedores del estigma y un handicap para su integración en la comunidad.

La participación del usuario en actividades deportivas, la adquisición de hábitos saludables de ejercicio físico o la inclusión en talleres grupales de psicomotricidad gruesa y fina son propuestas para la rehabilitación que deben ser consideradas y sin las cuales no puede entenderse un abordaje integral de carácter rehabilitador.

Programas de mantenimiento en la comunidad

Hablamos de integración social como un fin, pero ante todo es un proceso continuado y «crónico». Las fluctuaciones en las patologías mentales severas, las dificultades propias de la vida y los déficits acumulados, hacen aconsejable la existencia de programas e intervenciones que puedan prestar continuidad en los cuidados desde la propia comunidad, bien sea paralelamente a otras intervenciones de rehabilitación o como finalidad. Los centros especiales de empleo (CEE), la integración laboral con o sin apoyo, las viviendas supervisadas, la participación de los pacientes en actividades socialmente normalizadas o la adaptación de las actividades cotidianas, según criterios de rehabilitación, son actuaciones necesarias sin las que el objetivo de la integración social perdería garantías de estabilidad (tabla 27-2).

Tabla 27-2

Actividades y talleres grupales de rehabilitación del CRIS de Orihuela

Programa de entrenamiento en competencia social	Programa de autocuidado y actividades de la vida diaria	Programa de autocuidado y actividades de la vida diaria	Programa de rehabilitación cognitiva
HHSS I Nivel bajo HHSSII Nivel medio HHSSIII Nivel alto Articulación y vocalización Dinamización hacia actividades comunitarias	Orientación espacio-temporal Manejo de dinero Autocuidado Imagen personal Tareas del hogar Educación para la salud Cocina y nutrición	Cultura general Habilidades de cálculo y numéricas Lectoescritura Lectura Informática Noticias de actualidad informativa	Estimulación cognitiva Comunicación verbal (IPT) Programa Gradior Memoria Razonamiento
Programa de psicoeducación	Programa de mantenimiento en la comunidad	Programa de ocio	Programa de psicomotricidad
Psicoeducación en esquizofrenia para usuarios Psicoeducación para familiares (prog. familia) Estrategias de afrontamiento Autoestima Relajación	Promoción y participación en actividades comunitarias de manera normalizada Promoción de la formación Apoyo a la integración laboral y seguimiento	Ludoterapia Pintura artística Video fórum Promoción de grupos de amigos Revista Salidas terapéuticas y excursiones	Psicomotricidad fina: HH manipulativas Psicomotricidad gruesa: Fútbol sala, baloncesto, natación, gimnasio Aerobic Movimiento rítmico

Conclusiones

La rehabilitación psicosocial es una parte necesaria del tratamiento de los trastornos mentales de larga duración. Sin la recuperación de la persona como ciudadano e individuo social no se puede hablar de una verdadera mejora de la calidad de vida. En este sentido se han ido desarrollando las intervenciones en rehabilitación que inciden en cada una de las áreas que se ven afectadas en las personas con trastornos psiquiátricos severos. Se han realizado múltiples estudios acerca de la efectividad de los distintos tratamientos con resultados dispares, pero independientemente de ellos la evidencia empírica aconseja el abordaje integral y continuado. La aplicación de tratamientos de manera aislada no parece ser una alternativa de intervención. El abordaje integral supone la implementación de actuaciones rehabilitadoras a distintos niveles como son el neuropsicológico, físico, cognitivo, comportamental o social, entre otros, de tal manera que cualquier intervención en un área genere transversalmente influencias positivas en otras áreas.

Hasta hace pocos años las funciones de rehabilitación no eran consideradas como una atribución laboral del personal de enfermería. Pero las evidencias a favor de la rehabilitación como parte necesaria del tratamiento en el TMS aconsejan que todo profesional de la salud mental sea conocedor y considere este tipo de intervenciones, pues de no ser así el servicio que se presta al paciente puede ser deficitario. La presencia del personal de enfermería en el sistema sociosanitario lo posiciona como un agente profesional que puede y debe implicarse en la rehabilitación psicosocial de los pacientes. Su formación, actitud personal y profesional es la que, en coordinación con los equipos de trabajo donde desarrolle su labor, le llevará e implementar acciones con garantía de eficacia y de bondad terapéutica para los pacientes.

Bibliografía

- Anderson C, Reiss D, Hogarty G. *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrurtu; 1986.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Grupo de trabajo de la AEN sobre hospitales de día; 2008.
- Asociación Española de Neuropsicología (AEN). Grupo de trabajo de la AEN sobre hospitales de día psiquiátricos. *Revista de la AEN*, 74: 369-372, junio, 2000.
- Benedet MJ (2002). *Manual de neuropsicología*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (IMSERSO).
- Blanco A y Pastor A (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación problemática y necesidades. En Rodríguez A. (comp.): *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, 33-55. Madrid: Pirámide.
- Caballo VC (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cañameres JM, Castejón, MA, Florit A, González J, Hernández JA y Rodríguez A (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) (2009). «Los espacios pedagógicos del cuidado». XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Vol. II.
- De Hert M, Decker JM, Wood D, Kahl KG y Moller HJ (2009). Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave. Declaración de la posición de la Sociedad Psiquiátrica Europea (EPA), respaldada por la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EADS) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Vol 2, n.º 1, 49-59.
- Dexter G, Wash M. *Psychiatric Nursing Skills: A Patient-Centered Approach*. 2.ª ed. GB: Nelson Thornes; 1997.
- Dilk MN, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:1337-1346.
- Falloon IR. *World Psychiatry* (ed. esp.). Intervenciones familiares en los trastornos mentales: eficacia y efectividad. *World Psychiatry* (ed. esp.). 2003; 1(1):20-28.
- Florit R (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, vol. 24, n.º 1-3, 223-44.
- Frith C.D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel.
- García A. Formación en enfermería de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2007, vol. 27, n.º (2 [citado 2014-03-29], p. 195-199. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352007000200015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0211-5735. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352007000200015>
- Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuadernos Técnicos, n.º 6.
- IMSERSO (2003). *Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave*. Documento de consenso. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Colección Documentos Técnicos. Serie Documentos Técnicos, n.º 21005. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Liberman RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, Roberts C, Hill E, Wiersma D. Hospital de día versus ingreso al hospital para los trastornos psiquiátricos agudos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Martínez JJ (2007). El modelo avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 7, n.º 2, p. 147-59.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de práctica clínica sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moragriega A (2002). Integración laboral, un elemento de la rehabilitación psicosocial en personas con enfermedad mental crónica. *Informació Psicològica*, n.º 80, p. 63-72.
- Moragriega A (2010). Estudio comparativo sobre la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva

- en pacientes con esquizofrenia de un centro de rehabilitación psicosocial. *Informació Psicològica*, n.º 98, 2010, p. 20-32.
- National Institute of Mental Health *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH; 1987.
- Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzie N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel; 1996.
- Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide. Madrid; 1997.
- Uriarte J.J. (compilador) (2007). Rehabilitación psicosocial. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7 (2).
- Villegas I, López Román F, Martínez González A, Villegas J. Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatr Biol*. 2005;12(2):39-45.
- WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial) OMS/WHO (Organización Mundial de la Salud) (1996). «Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement». *WAPR Bulletin*, vol. 8 (n.º 3).
- Zubing J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977;Vol 86(2):103-126.

CAPÍTULO 28

Educación para la salud. Programas asistenciales en salud mental

Juan Gómez-Salgado

Ángela Elías-Marroquín

Esteban Pérez-García

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 317

Definición y concepto de educación para la salud 317

Tendencias y modelos en EpS 318

Modelo salutogénico y del sentido de coherencia 319

Áreas de aplicación de la educación para la salud 319

Agentes de actuación en educación para la salud 321

Perfil del agente en educación para la salud 321

Diseño de un programa de educación para la salud 322

Componentes de la planificación 322

Calidad de los programas de educación para la salud 324

Introducción

En la actualidad, los sistemas de salud de todo el mundo definen dicho concepto como un derecho humano fundamental; por tanto, se trata de una responsabilidad de los estados. Los diferentes modelos de atención en salud están basados en conceptos de atención primaria y promueven la cobertura universal; por tanto, es ineludible la búsqueda de la equidad en salud; en este contexto, su promoción es una herramienta indispensable para hacer avanzar a las poblaciones hacia mejores estilos de vida, sobre todo teniendo en cuenta que una de las grandes prioridades son las generadas por el grupo de enfermedades no transmisibles (OMS, mayo 2012); en ese sentido, la educación para la salud es esencial en los procesos de generación de ella¹.

Definición y concepto de educación para la salud

Según estadísticas de la OMS, en 1990 los trastornos mentales constituían el 11% del total referido a enfermedades generales. Este porcentaje aumentará en 2020 hasta el 15% del total; las cifras, pues, van en aumento. Lo mismo podríamos decir respecto a otras enfermedades, sobre todo en lo referente a los trastornos crónicos. Los datos estadísticos antes mencionados vienen corroborados por los actuales cambios demográficos que determinan el incremento y envejecimiento de la población susceptible de ser atendida con recursos cada vez más escasos^{2,3}.

La necesidad acuciante de atender a más población con menos recursos hace imprescindible que los diferentes modelos sanitarios, actualmente vigentes, coparticipen a la población en su propio cuidado; entra en escena, pues, el término de autocuidado. Este vocablo fue utilizado, en el contexto de la enfermería, por primera vez por Dorothea E. Orem, en 1956, y se podría definir como una acción humana deliberada que contribuye a mantener la vida, acrecentar la salud e impulsar el bienestar de la persona⁴. Aparecen los conceptos de salud, definida por la OMS como «... un estado de completo bienestar físico, mental y social»; y de este concepto dimana el de salud mental, definido como «... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad»^{2,5}.

Pero para que la persona aumente su bienestar, su salud, comprenda la potencialidad de acciones concretas y contribuya a la comunidad, con un fin determinado, necesita *saber* (conocimiento) y *saber hacer* (habilidades). Aquí es donde se hace imprescindible la educación para la salud (EpS). Ésta es concebida como un componente de la promoción de la salud, la cual consiste en proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorarla y conseguir que puedan ejercer un mayor control sobre la misma. El fin último es alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social (definición de salud de la OMS), para lo cual un individuo o grupo debería ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar, o adaptarse, a su medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana⁶.

La OMS define el concepto de EpS como «... una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud». Derryberry la define, en 1959, como: «... constituye la suma de todas aquellas experiencias de un individuo que modifican su comportamiento con respecto a la salud y los procesos y esfuerzos para producir estas modificaciones»⁷. Para Grenn, en 1989, sería «... una combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las

adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud». En definitiva, y teniendo en cuenta el concepto actual de salud como una noción dinámica e integral de bienestar y un derecho humano fundamental, podríamos definir la EpS como un conjunto de intervenciones encaminadas al fomento de estilos de vida saludables³.

Vemos cómo el aprendizaje es una herramienta básica para conseguir las metas que nos propongamos con la EpS, pues sólo si se interiorizan los conceptos se podrán producir cambios de comportamientos y de estilos de vida arraigados; el modo de conseguir los fines propuestos va a depender de la situación socioeconómica, la cultura, entorno, experiencias, valores, herencia genética, etc., de cada individuo. A través de dicho aprendizaje se trata de aumentar la capacitación (*empowerment* o empoderamiento), tanto de personas como de comunidades, lo cual constituye un signo determinante para calificar una intervención concreta de promoción de salud o no⁸.

Los objetivos que se deben perseguir con la EpS serían pues:

- Desarrollar hábitos saludables y erradicar comportamientos insanos o peligrosos para la salud, tanto individuales como colectivos.
- Las personas deben adquirir conocimientos para obtener, mantener y elevar su salud.
- Modificar factores externos que influyen negativamente en la salud.
- Promover la salud como un valor fundamental, tanto individual como de la comunidad^{3,7}.

En el siglo ^{xx} los asuntos más acuciantes en EpS han sido el desarrollo, alimentación, nutrición infantil, la higiene personal, la salud mental, los accidentes, las drogas y el alcoholismo⁷.

Tendencias y modelos en EpS

La evolución del concepto de EpS ha pasado por diferentes avatares históricos y, lógicamente, ha sido influenciado por distintas teorías y modelos. En este sentido, podemos distinguir:

- Primera etapa (siglo ^{xix}). La EpS se concebía como un medio para la divulgación de consejos de higiene personal, sobre algunos problemas de salud y de agricultura. Se realizaba por medio de libros, folletos y periódicos.
- Segunda etapa (finales del siglo ^{xix}). La EpS se utilizó para la prevención de enfermedades y para apoyar el nacimiento de los incipientes servicios de salud pública.
- Período clásico (1900-1965). En el que se toma como base el paradigma positivista y se pretenden modificaciones de conductas a partir del conductismo (condicionamiento clásico y operante) y del cognitivismo (motivación, actitudes, comunicación persuasiva). A mediados del siglo ^{xx} se comienza a formar personal especializado en EpS en universidades y escuelas de salud pública. En

1951, en Francia, se crea la Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular. Los modelos seguidos en este período son:

- Modelo de creencias sobre la salud. Desarrollado en la década de los 50, defiende que las creencias personales influyen en las decisiones que cada individuo adopta sobre su propia salud, en las medidas preventivas que va a adoptar y en la adhesión al tratamiento ofertado. En este modelo, para el éxito de la acción propuesta, es fundamental que la persona obtenga un beneficio con un coste personal aceptable.
- Modelo de información persuasiva. Basado en la aportación de una información veraz, suficiente y comprensible que, por sí sola, auspiciaría un cambio de actitud necesario para modificar un hábito nocivo por otro saludable. Pero este modelo deja de lado todos los factores que determinan una conducta.
- Modelo actitudinal o de la acción razonada. Propuesto por Fishbein y Ajzen en 1980. Relaciona la actitud positiva con la perspectiva de los resultados de la acción y con lo que se cree que piensan los demás sobre ese acto.
- Modelo Precede. Este modelo es más completo que los anteriores, al introducir los conceptos de planificación de la acción sanitaria y de diagnóstico de la situación epidemiológica y social. Para implementarlo habría que evaluar las características de la población, identificar las necesidades prioritarias de salud, identificar los factores que predisponen a la persona para la acción concreta, identificar los factores ambientales que influirían en el cambio y reconocer los factores reforzadores del nuevo comportamiento saludable. A partir del diagnóstico obtenido se formularían los objetivos.
- Período moderno. Se inicia a partir de 1965 y se fundamenta en una concepción holística del proceso salud-enfermedad, superando la mera visión biologicista, y, con ello, teniendo en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que subyacen en los problemas de salud. Asocia la desigualdad social con la salud. El modelo que se da en este período es el
 - Modelo de educación popular. En el que la población es el agente principal de la transformación social, basándose siempre en el conocimiento de la situación de partida; se trata de conocer para transformar, pero auspiciando el cambio desde la base social. Los conceptos que sustentan este modelo son la investigación-acción participativa y la organización popular^{3,7}.

Este último período ha desembocado en el abandono del paradigma biomédico y en la creciente preocupación por la salud de los colectivos. Ésta depende, en gran medida, de los factores del entorno, lo que la OMS ha dado en llamar *determinantes sociales en la salud de las poblaciones*⁹.

Esta preocupación por los grupos lleva a implementar medidas políticas que deberían respetar la diversidad social y cultural y equilibrar los derechos individuales con el bien común. Además, la EpS a colectivos debe tener en cuenta

los principios éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia y deberá ejercerse sin coerción (como base para su éxito)¹⁰.

La evolución lógica de este modelo de educación popular y del concepto de salud-enfermedad ha devenido en el nacimiento de un nuevo paradigma en educación y promoción de la salud; hablamos del ideal de salutogénesis. Dado la importancia y actualidad de este nuevo modelo, creemos conveniente tratarlo en un apartado específico.

Modelo salutogénico y del sentido de coherencia

Este modelo tiene su inicio hacia los años 70 del pasado siglo. El impulsor de este nuevo paradigma fue Aaron Antonovsky, quien, tras diversas investigaciones, se planteó tres preguntas cruciales:

1. ¿Por qué existen personas que se mantienen saludables a pesar de influencias perjudiciales?
2. ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de sus enfermedades?
3. ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?¹¹⁻¹³.

La búsqueda de las respuestas fue lo que dio origen a su teoría, la salutogénesis. En ésta se abandona el modelo tradicional patogénico, de salud individual, y se entiende ésta como un continuo de salud-enfermedad, como un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica; podríamos decir que nace un concepto de salud positiva. Se trata de responder a la pregunta ¿qué crea salud?, y en base a la posible respuesta se hace énfasis en los orígenes de la salud y el bienestar, en la preocupación por mantener y realzar el bienestar y en el hecho de no considerar a los factores estresantes como netamente negativos, sino que, a veces, éstos puedan influir positivamente sobre la salud (según sus propias características y la capacidad de las personas para resolverlos)^{11,12}.

El modelo salutogénico se centra en dos conceptos básicos, el «sentido de coherencia» (*sense of coherence*, SOC) y el «recurso general de resistencia» (*general resistance resources*, GRR). Los GRRs son factores biológicos, psicosociales y materiales (el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el apoyo social, la competencia social, la cultura, la inteligencia, las buenas condiciones laborales y la visión de la vida) que hacen que los individuos perciban su vida como satisfactoria y saludable. Pero estos recursos hay que saber utilizarlos, es decir, entra en juego lo que Antonovsky denominó SOC; compuesto, a su vez, por tres dimensiones, la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente conductual) y la significatividad (componente motivacional). Este SOC hace que identifiquemos herramientas interiores y en el entorno inmediato y encontremos habilidades para utilizarlas de forma promotora de la salud^{11,12} (fig. 28-1).

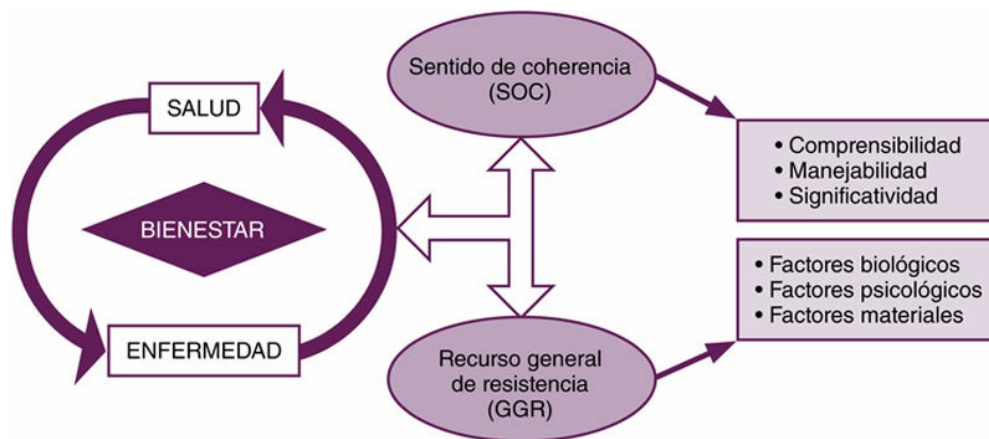


FIGURA 28-1 Esquema del modelo salutogénico de educación para la salud.

La salutogénesis revitaliza el concepto de promoción de la salud, en la idea de la reactivación de los «activos para la salud», poniéndose énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad. Los activos se definen como «cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar». Se trata de hacer que las opciones sanas, que potencian el bienestar y el envejecimiento saludable, sean fácilmente accesibles para todos¹³.

Así, cuando quisiéramos aplicar el concepto salutogénico de activos deberíamos identificar el mapa de activos o fortalezas de una comunidad concreta. Ya no se trata de registrar y diagnosticar deficiencias de individuos y colectivos, sino de descubrir y potenciar sus capacidades, talentos, habilidades, intereses y experiencias¹³.

Áreas de aplicación de la educación para la salud

La EpS es una parte importante de la promoción de la salud y del proceso asistencial, y debe estar incluida, como es obvio, en la prevención, pero también en el tratamiento y la rehabilitación. Tendríamos que verla como un eslabón más del proceso asistencial integral, sea cual fuere el nivel en que nos encontrásemos. Sería, pues, una herramienta transversal que aplicaríamos durante la asistencia (a nivel primario o especializado), en la prevención (primaria, secundaria y terciaria), durante la adaptación social a un proceso crónico (rehabilitación e integración) y para lograr la implicación de las personas en el desarrollo y disfrute de su propia salud (promoción de la salud)⁸.

El concepto de salud, según la OMS, es dinámico y cambiante; las necesidades actuales de las sociedades desarrolladas son, por tanto, dinámicas y cambiantes². Para satisfacer estas necesidades variables, la educación y promoción para la salud deben centrarse en tres áreas de intervención que serían:

1. Los problemas de salud concretos (tabaquismo, drogas...).
2. Los estilos de vida (alimentación, actividad física, higiene, estrés...).
3. Las transiciones vitales (infancia, adolescencia...)^{3,8,14}.

Pero para que las acciones sean socialmente aceptables, a estas tres áreas deberíamos añadir aquellas estrategias destinadas a promover entornos saludables y que aumenten la equidad y combatan las desigualdades en salud. Todas estas estrategias quedarían incluidas en un área que podríamos denominar psicosocial⁸.

Una vez determinadas las áreas concretas de actuación cabría preguntarse: ¿cuáles son los ámbitos en los que podemos (debemos) actuar con las acciones de EpS? Ante esta pregunta la respuesta debería ser que las políticas de promoción de la salud deben ser cercanas al ciudadano y elaboradas de forma participativa, precisamente para asegurar la equidad, combatir las desigualdades y asegurar el éxito. Por tanto, los escenarios de actuación deben ser los lugares donde conviven e interaccionan las personas y los distintos grupos sociales, más o menos organizados; entre éstos podemos citar los distintos servicios sanitarios, los servicios sociales, los centros educativos (desde los ciclos básicos y obligatorios a los superiores, e incluso los centros de adultos) y laborales, sin olvidar la gran capacidad de convocatoria del tejido asociativo⁸.

Cada escenario conllevará un tipo de actuación, y habrá acciones que podamos utilizar en varios escenarios. Entre los distintos tipos de intervenciones con que podemos contar en promoción y educación para la salud cabría citar:

- La dirigida a una persona concreta que asiste a una consulta profesional en demanda de asistencia; se trata de una intervención individual. La herramienta fundamental a utilizar sería la entrevista; se trata de dar un consejo, aunque también se podrían facilitar folletos o algún otro tipo de documento. Estaríamos

ante una intervención de *consejo y asesoramiento*.

- La consulta pactada y programada de carácter educativo. En este caso se contaría con las mismas herramientas que en el caso anterior. Se trataría de una intervención de *educación para la salud individual*.
- Las intervenciones programadas dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o algún colectivo concreto (con características bien definidas) y con la finalidad de tratar sobre un aspecto de salud. Las herramientas que podemos utilizar en este caso son cursos, sesiones, talleres, charlas, foros, grupos de apoyo o redes sociales... y en ellos, además de abordar el problema concreto que se trate, podemos aprovechar para aumentar la concienciación sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud. Estas acciones son especialmente relevantes cuando se actúa frente a un problema de salud crónico, en embarazo en adolescentes... En este caso hablamos de *educación para la salud grupal y/o colectiva*.
- Campañas realizadas en los medios de comunicación o en los lugares donde se presume la asistencia de gran número de potenciales usuarios (salas de espera, vestíbulos de centros asistenciales...); se trata de llegar a un gran número de personas. En este caso se pueden utilizar como herramientas la prensa, radio, televisión, internet, folletos, carteles, murales, grabaciones.... Estaríamos ante una intervención de *información y comunicación*.
- También podemos actuar en la comunidad buscando alianzas con grupos y asociaciones, que tengan un fuerte componente de participación social, con la finalidad de difundir y/o modificar normas sociales en aras de un desarrollo comunitario. Se trata de aprovechar la solidez o liderazgo social de determinados grupos para extender la educación para la salud grupal, aunque en este caso no se traten temas tan concretos. Hablaríamos de una intervención de *acción y dinamización social*.
- A nivel supracomunitario se puede actuar promoviendo medidas en el ámbito administrativo, legislativo y económico. Se trata de actuaciones en defensa y promoción de la salud de grandes y heterogéneos grupos de población. A este tipo de intervenciones se les denomina *medidas de abogacía en la promoción de la salud*⁸.

No obstante, definidas las áreas de actuación, las herramientas y las intervenciones, todo proyecto se enfrenta a la estructura de los equipos sanitarios, los cuales, a veces, adolecen de una deficiencia de conocimientos, escasez de tiempo, falta de herramientas de apoyo, carencia de incentivos, de una cultura de los servicios sanitarios todavía anclada en la enfermedad y de corte biologicista; además, a veces, los mensajes transmitidos, precisamente por la falta de formación, son confusos y las medidas educativas y legislativas suelen emanar del concepto de enfermedad y centrarse en la conducta individual. Por ello, para asegurar el éxito de toda acción en salud pública, se requiere que no sea implementada de modo aislado y que la intervención cuente con el patrocinio de

numerosos actores (administraciones y organizaciones públicas y privadas), así como lograr la creación de un ambiente de colaboración, confianza y apoyo. Aún así, las medidas más efectivas son las que incluyen estrategias multicomponentes, incorporando intervenciones en el entorno, en el ámbito legislativo y en el educacional-cognitivo; pero ante todo se debe tratar de acciones coordinadas¹⁴⁻¹⁶.

Agentes de actuación en educación para la salud

Ante el reto que supone la EpS, los distintos niveles en que se puede operar, las intervenciones propuestas y la necesidad de lograr el éxito para aumentar el nivel de salud, tanto a nivel individual como colectivo, cabe preguntarse: ¿qué disciplinas o profesionales deben encargarse de tal misión? ¿Debe existir alguna formación específica? Parece evidente que los profesionales de las ciencias de la salud deberán estar implicados, motivados y ser los principales actores-docentes en el proceso, pero ¿deben ser los únicos? ¿Mejor las enfermeras que los médicos? ¿Y los odontólogos, podólogos, fisioterapeutas...?

Como es lógico, la EpS es trabajo de todos los profesionales de la salud en sus diferentes ámbitos de trabajo; además, son varias las disciplinas que pueden aportar su bagaje de conocimientos para diseñar y obtener los fines propuestos en las intervenciones de EpS. Como se verá en la exposición, es necesario e ineludible contar con profesionales de las siguientes ramas del saber:

- *Las ciencias de la salud:* y entre ellas de sus máximas disciplinas, la medicina y la enfermería (en nuestro medio parece que la enfermera goza de un mayor bagaje educador). A través de las cuales podremos conocer qué problemas de salud deben ser prevenidos y/o tratados, o, mejor aún, conociendo los determinantes en salud saber qué debemos cambiar del modo de vida y del entorno, aplicando el ideal salutogénico expuesto en este capítulo. Pero también en EpS deben estar implicados otros profesionales de las diferentes ramas de la salud, como, por ejemplo, dietistas-nutricionistas, farmacéuticos, psicólogos, podólogos, odontólogos, fisioterapeutas, además de asesores en educación física y trabajadores sociales. Incluso en la organización de algunas campañas se valora la inclusión de algún (o un reducido grupo) de pacientes expertos; esto último es especialmente útil en problemas de salud mental (p. ej., alcoholismo u otras dependencias).
- *Las ciencias de la conducta:* como ya se ha relatado, un fin de la EpS es el cambio de conducta de algunos hábitos insanos; por tanto, es lógico que ciencias como la psicología, la sociología y la antropología aporten su saber en los diseños de campañas de promoción de la salud. La psicología estudia el comportamiento individual, la sociología el comportamiento grupal en función de un determinado rol y la antropología se encarga de conocer las culturas y subculturas; son enfoques distintos que nos pueden ayudar respecto del cambio de comportamientos o conductas.

- *Las ciencias de la educación:* sobre todo, la pedagogía y la psicología. Son ramas del saber que nos permiten comprender los entresijos del aprendizaje y qué método educativo y herramientas concretas serían más adecuadas para los fines propuestos. Sin obviar el poder educador que representa la escuela en las etapas de infantil, primaria y secundaria.
- *Las ciencias de la comunicación:* es importante conocer cómo transmitir un mensaje para que intentemos conseguir el máximo rédito de nuestras campañas de EpS. Podemos citar el periodismo, pero también en este ámbito tienen algo que decir la psicología, la pedagogía y la sociología^{3,17,19} (tabla 28-1).

Tabla 28-1**Tabla resumen de conceptos de educación para la salud**

Áreas de aplicación	Lugares de aplicación	Agentes	Intervenciones	Herramientas	Errores/trabas
Problemas de salud Estilos de vida Transiciones vitales Entorno ambiental	Servicios sanitarios Servicios sociales Centros educativos Centros laborales Otras agrupaciones	Enfermeras Médicos Dietistas-nutricionistas Farmacéuticos Psicólogos Podólogos Odontólogos Fisioterapeutas Asesores deportivos Trabajadores sociales Sociólogos Antropólogos Pedagogos (maestros)...	Consejo y asesoramiento Educación para la salud individual Educación para la salud grupal y/o colectiva Información y comunicación Acción y dinamización social Medidas de abogacía	Entrevistas Folletos Cursos Sesiones Talleres Charlas Foros Prensa Radio Televisión Internet-TICs Carteles Murales Grabaciones...	Estructura de los equipos sanitarios Falta de conocimiento de los profesionales Escasez de tiempo Carencia de recursos e incentivos Cultura profesional biologicista Mensajes confusos Medidas educativas y legislativas centradas en la conducta individual Falta de coordinación...

Perfil del agente en educación para la salud

Se ha constatado que en EpS los profesionales que más participan en diferentes programas son las enfermeras, los médicos y, en menor medida, los dietistas-nutricionistas^{17,20}.

El agente que dirija o participe en la planificación, ejecución y/o evaluación de un programa de EpS debería, básicamente, tener conocimientos clínicos suficientes y acreditar habilidades en comunicación (verbal y no verbal, tanto para el público en general como con otros profesionales, saber escuchar), habilidad

para hablar en público, saber trabajar en grupos interdisciplinares, tener conocimientos básicos en metodología pedagógica, conocer estrategias para la motivación del aprendizaje, la modificación de conducta e inteligencia emocional, conocimientos en el análisis de necesidades en salud y definición de objetivos realistas, capacidad para programar intervenciones sostenibles y realistas con respecto al contexto social, saber desarrollar una mejora continua en promoción de la salud, mostrar actitud de apoyo y asertividad^{8,17,20}.

También se debería exigir conocimientos avanzados en epidemiología, en estadística, en metodología de investigación (incluyendo búsqueda bibliográfica y lectura crítica) y docencia²¹.

Actualmente, los conocimientos y habilidades necesarios, expuestos anteriormente, para llevar a buen puerto el diseño, aplicación y evaluación de un programa de EpS, se pueden adquirir a través de formación universitaria de pregrado y posgrado. Pero durante el proceso formativo pregrado la carga curricular en EpS se encuentra dispersa entre otras materias y tiene una importancia bastante pobre; por citar algunos ejemplos, tan sólo en carreras como medicina, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional se encuentra como descriptor en algunas materias; en veterinaria y farmacia aparecen áreas de medicina preventiva y/o salud pública, pero sin encontrar descriptores de EpS o promoción de la salud. En otros estudios la carga curricular es aún menor. En la actualidad, la adaptación curricular de las titulaciones de grado al espacio europeo de educación superior no siempre han considerado la inclusión de competencias en salud pública^{8,22}.

Respecto a la formación posgrado y de especialista podemos encontrar los programas docentes de la especialidad de medicina preventiva y salud pública, la diplomatura en salud pública dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad (y otras de ámbito autonómico, p. ej., la escuela andaluza de salud pública) y los programas de máster y experto en salud pública impartido por diferentes universidades en calidad de título propio. Estos últimos estudios superiores están abiertos a profesionales como enfermeras, médicos, farmacéuticos, veterinarios, biólogos, estadísticos, sociólogos, psicólogos, optometristas, educadores, expertos en comunicación, economistas, ambientalistas, químicos e ingenieros^{8,20,21}.

Por último, respecto a la formación posgrado, citar los programas de formación continuada que mantienen algunas instituciones con el objeto de mantener, actualizar y desarrollar diversas competencias de sus profesionales; pero, como es sabido, con una carga lectiva menor (no más de 100 horas). Por lo general, este tipo de formación va dirigida a enfermeras, médicos, trabajadores sociales y psicólogos; pero suelen tener una carga curricular heterogénea y, a veces, dirigidos a una temática específica (drogodependencias, sexualidad, ancianos, emigrantes...)⁸.

Diseño de un programa de educación para la salud

Para diseñar un programa de EpS necesariamente debemos recorrer una serie de etapas para que nuestro plan sea coherente y alcanzable; además, no olvidaremos la naturaleza social de los fines que se persiguen, ni la naturaleza humana del «material de trabajo», que en realidad es el centro de la actividad educativa (personas, grupos y comunidades). La planificación tiene como fin hacer explícitas las metas de los educadores, ser una guía. Pero el diseño debe ser flexible y lo suficientemente dinámico como para poder admitir modificaciones en función de cómo vaya ejecutándose y de la consecución de los objetivos, sin esperar a un posible fracaso final. Nuestra actividad debe capacitar a las personas, procurándoles autonomía y poder de decisión, lo que algunos autores han dado en llamar *empoderamiento o empoderar*, y debe conseguir el desarrollo y la adquisición de una serie de habilidades; se trata de que el aprendizaje sea motivador y divertido^{23,24}.

A veces, los programas se desarrollan de modo formal, pero en otras lo hacen de modo informal, formando parte de la actividad asistencial en consultas de atención primaria u hospitalarias y, por tanto, con escasa planificación y peor evaluación²⁵.

Elaborar un programa de EpS hace referencia a la construcción de un diseño sobre una actividad formativa; esto implica previsión, intencionalidad y orden, es decir, tendremos que elaborar y plasmar nuestras intenciones (*objetivos*), qué queremos transmitir (*contenidos-conocimientos*), el modo de comunicar (*actividades de aprendizaje*) y cómo medir la consecución de nuestros fines (*evaluación*). La programación elaborada nos guiará y orientará pero, como hemos dejado entrever en los párrafos anteriores, dicho plan no debe ser rígido, sino permitir la suficiente flexibilidad y dinamismo (ser reflexivos) como para realizar modificaciones en función de cómo se vayan desarrollando los acontecimientos; no en vano no debemos olvidar que trabajamos con personas con diferentes escalas de valores, motivaciones, intereses y expectativas. En resumen, la planificación en EpS es necesaria, es una herramienta imprescindible para reducir la improvisación y el azar, pero no es más que una orientación, debe ser abierta, flexible y reflexiva, debe ser más un recurso de apoyo que una prescripción inamovible²³.

Componentes de la planificación

Hemos visto lo importante que es la planificación en cualquier programa de EpS y cómo esta debe ser flexible y abierta a modificaciones. Algunos autores abogan por la participación activa de las personas a quienes va dirigida la acción formativa

durante todo el proceso de planificación, desde la evaluación de necesidades, objetivos, actividades y recursos; sin duda, es un modo de garantizar un buen porcentaje de éxito de nuestra actividad. A este modo de proceder lo denominan *planificación participativa*. Pero, ¿qué pasos debemos dar para que nuestro plan sea correcto, cómo debemos plantearlo?

Como es lógico, existen varias etapas que debemos ir cubriendo:

1. *Identificar las necesidades que debe cubrir el programa*: todo programa va destinado a suplir alguna necesidad de aprendizaje para la promoción de la salud. Lo verdaderamente importante en esta etapa es saber descubrir las carencias individuales, grupales o de comunidades y sus factores relacionados. Para ello debemos conocer lo mejor posible las demandas de los destinatarios, las políticas de salud, las prácticas asistenciales actuales y disponibles, los valores y cultura imperantes, la estructura social, los factores determinantes de la salud... Pero, para no caer en el error de creer una necesidad de un colectivo algo que éste no identifica como tal, debemos contar con los remitentes de la acción formativa para identificarlas; este hecho es vital, so pena de fracasar antes de comenzar. La necesidad debe ser sentida como un interés-demanda de los protagonistas. Para identificarlas tenemos a nuestra disposición técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas usando registros, cuestionarios, entrevistas más o menos estructuradas (grupales o individuales), grupos de discusión o focales, grupos nominales, análisis de contenido, técnica *delphi*, *brainstorming* y técnicas de triangulación. Posteriormente, una vez identificadas, las reuniremos por categorías y, por último, aplicaremos procesos de priorización. Éste se suele realizar mediante la técnica denominada «diamante» y contando con la participación de un grupo al que va a ir dirigido el aprendizaje. La citada metodología ordena las categorías en forma de rombo siguiendo el siguiente procedimiento: se divide a un grupo en subgrupos y cada uno prioriza las categorías en función de sus propios intereses ocupando el vértice superior la más votada y, por ese orden, en el inferior, la menos importante para el subgrupo; una vez ordenadas y confrontadas la ordenación de los diferentes subgrupos conoceremos qué necesidades son prioritarias suplir por parte del aprendizaje que programemos.

2. *Objetivos del programa*: una vez identificadas las necesidades se enumeran las metas a conseguir. La redacción de los objetivos debe tener muy en cuenta las personas a las que va dirigida la actividad, su contexto social, sus intereses y motivaciones. Éstos deben reflejar las capacidades (conocimientos), habilidades (técnicas) y actitudes (valores, normas) que se pretende aprehendan las personas a las que va dirigida el aprendizaje de tal modo que se refleje en un cambio de comportamiento. Realmente, son descripciones de lo que los asistentes deben conocer, saber hacer y poder hacer al finalizar la actividad formativa; al mismo tiempo deben aportar información sobre las condiciones en que se alcanzarán las metas propuestas (sobre materiales, tiempo...). Además, son una guía

extraordinaria para la evaluación durante el desarrollo del programa y al finalizar la actividad. Algunos autores agrupan la primera y segunda etapa en lo que denominan etapa inicial o de acogida y evaluación inicial.

3. *Etapa central o de construcción del aprendizaje o de contenidos del programa:*

podríamos definir los contenidos como el conjunto de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer) y actitudes que forman el conjunto de la materia de aprendizaje. Ahora bien, los contenidos deben ser seleccionados, organizados y secuenciados dentro de un orden lógico. La selección se realizará en función de los objetivos planteados y las necesidades a suplir, de tal manera que se genere un aprendizaje significativo, considerando éste como aquel que tiene un significado para el cambio que se desea realice la persona. La organización y secuenciación de éstos es algo más complicado; en principio, se debe identificar un tipo de contenido como eje estructural de toda la secuencia. A continuación, para aplicar una lógica docente, se pueden aplicar los principios de *diferenciación progresiva* y *reconciliación integradora*; en el primer caso se trata, primero, de presentar las ideas más generales para ir entrando luego en detalles concretos y específicos, y en el segundo vamos presentado nuevos conceptos menos abstractos cada vez, pero siempre referenciados a contenidos más abstractos ya aprendidos. En ambos casos, se trata de presentar una jerarquización lógica de contenidos y conceptos. Por último, debemos tener en cuenta la opción metodológica que aplicaremos. Para tomar una decisión al respecto analizaremos las necesidades que pretendemos suplir, los contenidos del programa, sus objetivos, el tiempo del que disponemos, los recursos a nuestro alcance y el número y características de las personas asistentes y a las que va dirigido el programa. Para facilitar el aprendizaje y la consecución de los objetivos podemos utilizar todas las herramientas didácticas a nuestro alcance que promuevan la participación activa de los participantes, desde lecciones expositivas, estudio de casos, resolución de problemas, seminarios, sesiones de demostración, juegos de roles, debates dirigidos, grupos cooperativos, técnicas interactivas... En cualquier caso, todas las actividades propuestas deben tener coherencia interna (significatividad lógica), estar relacionadas con lo que ya se conoce (significatividad psicológica) y el sujeto debe tener predisposición para aprender. Presentamos algunos modelos de enseñanza, pero sin entrar en excesivos detalles:

- a. Modelo de aprendizaje conceptual: se trata de una formación de tipo teórico, de pura transmisión de información y datos.
- b. Modelos personales: pretenden aumentar la autoestima, el autoconocimiento, la autocomprensión y la autorrealización; son ideales en casos de educación para la salud mental.
- c. Modelo de interacción social: utiliza estrategias grupales y cooperativas para el aprendizaje de conceptos y teorías.
- d. Modelos conductuales: muy usados en caso de ludopatías, dependencias, obesidad...

4. *Etapas final o de evaluación*: es la última etapa y nos permite averiguar sobre la consecución de los objetivos propuestos, la idoneidad del diseño del programa y la eficacia del método y actividades utilizados. Pero la evaluación no debería realizarse únicamente al finalizar el programa; ésta debe ser continuada, es decir, desde las primeras etapas iremos estudiando la idoneidad del avance realizado^{23,24} (fig. 28-2).

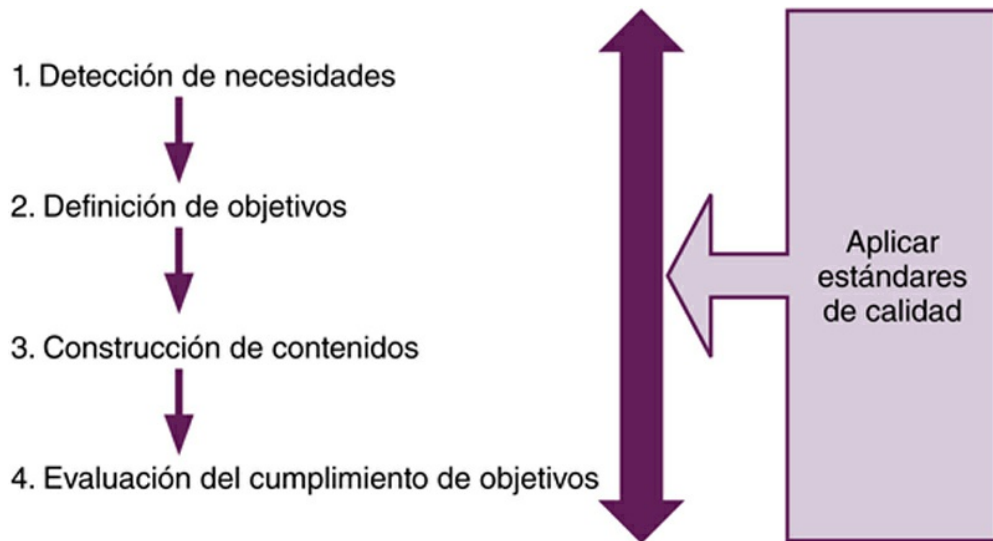


FIGURA 28-2 Esquema resumen de etapas en la planificación de un programa de EpS.

Sea como fuere, todo plan de promoción de la salud que pretendamos desarrollar y ejecutar debería satisfacer los siguientes principios:

- **Capacitación**: toda actividad formativa debe ir encaminada a capacitar a individuos y comunidades en el logro de un control más efectivo sobre los factores ambientales, socioeconómicos y personales que afecten a su salud.
- **Participación**: ya hemos hablado de la importancia de la colaboración participativa en todas las etapas de la planificación, desarrollo y evaluación del plan.
- **Carácter holístico**: el plan y las actuaciones no sólo deben ir dirigidas a la faceta física, sino tanto a la física como a la mental, social y espiritual.
- **Equidad**: toda planificación debe garantizar la justicia social.
- **Viabilidad**: tendremos que aplicar conceptos de costo- efectividad; además, tendremos en cuenta que una vez acabado el programa y la financiación las medidas propuestas puedan ser mantenidas por los individuos y la comunidad.
- **Multiplicidad de estrategias**: no se trata ya sólo del uso de diferentes herramientas que garanticen la asimilación de conocimientos, habilidades y actitudes, sino que pasamos a un plano superior en el que instrumentalizaremos diferentes métodos combinados para garantizar el éxito

de nuestro programa; hablamos de la utilización y cambio de políticas adecuadas, cambios organizativos, potenciar cierto tipo de legislación, cambios en los métodos y/o planificación educativa y el fomento del desarrollo de la comunidad⁸.

Calidad de los programas de educación para la salud

A medida que existen más campañas de EpS y se realizan más esfuerzos en materia de promoción de la salud se hace necesario el conseguir más información en materia de vigilancia y evaluación de este tipo de actividades. Se trata de verificar el grado de realización de los programas, en qué medida se cumplen los objetivos y, si fuese el caso, qué modificaciones serían necesario introducir.

En EpS son escasos los estándares de calidad existentes, y los que se conocen hacen referencia a programas concretos; en este sentido, donde se ha profundizado más es en el terreno de la diabetes mellitus. Cabe citar los estándares de la American Diabetes Association, incluidos posteriormente en los National Standards for Diabetes Self-Management Education. No obstante, estos últimos pueden ser adaptados para ser utilizados independientemente de la patología o factor de riesgo de que se trate.

La utilización de una lista de verificación pretende reflejar la calidad de los programas y tener utilidad para localizar puntos débiles y orientarnos en la inclusión de modificaciones al programa. A modo de ejemplo podemos utilizar la siguiente lista de verificación:

1. Estructura del programa: en este caso, evaluaremos los recursos humanos disponibles (su categoría y si disponen de formación específica), los recursos materiales (aulas, vídeos, libros...), si la planificación del programa se encuentra escrita o no (incluyendo objetivos, contenidos, metodología) y si es sometido a revisiones periódicas.
2. Proceso que sigue el paciente: es importante saber, para valorar la calidad del proyecto, si se ha realizado una valoración educativa inicial (conocimientos, habilidades y actitudes, situación socio-familiar y cultural, percepción de calidad de vida, adherencia al tratamiento), si la actividad incluye sesiones de grupo y/o individuales y si se realiza un registro de las actividades y de la metodología de cada sesión.
3. Evaluación de resultados: en este caso, el paciente debe realizar una evaluación del programa sobre los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas, su percepción sobre un posible aumento en su calidad de vida y adhesión a un tratamiento concreto. También debe quedar reflejado si se ha usado algún instrumento de evaluación por parte de los organizadores²⁵.

Bibliografía

1. WHA65/6. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Resultados de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y de la Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles [internet]. 65.ª Asamblea Mundial de la Salud. OMS; 2012 [citado 22 abr 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_6-sp.pdf
2. De la Fuente L. Técnicas y estrategias para promover el desarrollo de conductas de salud mental. In: Fornés Vives J, Gómez Salgado J, eds. *Educación para la salud mental*. Madrid: Enfoediciones; 2008:75–95.
3. Marqués Andrés S. La educación sanitaria en el Sistema Nacional de Salud: Bases científicas y psicológicas. In: Fornés Vives J, Gómez Salgado J, eds. *Educación para la salud mental*. Madrid: Enfoediciones; 2008:99–123.
4. Santos Abaunza P. El autocuidado como medida para promover el bienestar humano y la salud mental. In: Fornés Vives J, Gómez Salgado J, eds. *Educación para la salud mental*. Madrid: Enfoediciones; 2008:59–73.
5. Equip Vindes Salut. Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario [internet]. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2001 [citado 1 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/desc>
6. Arroyo, H. Promoción de la salud: acercamiento a los fundamentos y perspectivas institucionales dominantes [internet]. Campus virtual de salud pública. Aula virtual. Cursos regionales. Organización Panamericana de la Salud [citado 22 abr 2014]. Disponible en: <http://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=2256>
7. Gómez Vega O. *Educación para la salud*. 4.ª ed. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia; 2007.
8. Gutiérrez García JJ, coord. Formación en promoción y educación para la salud. Informe del grupo de trabajo de promoción de la salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [citado 30 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/>
9. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(s):88–93.
10. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M. Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gac Sanit*.

- 2013;27(1):72–74.
11. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(2):129–139.
 12. Juvinya-Canal D, Salutogénesis. nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería clínica*. 2013;23(3):87–88.
 13. Hernán M, Morgan A, Mena AL, eds. Formación en salutogénesis y activos para la salud [internet]. Escuela andaluza de salud pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2010 [citado 28 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
 14. Múgica Campos J, Gorostiza Garay E, De la Peña Varona E, Corrales García MH, Urcelay Iñurritegui MI, Grandes Odriozola G, et al. Prescribe vida saludable: lugar de encuentro entre atención primaria y la comunidad. *Comunidad*. 2013;15(1):14–19.
 15. Novoa Pardo AM. Cómo cambiar comportamientos y no morir en el intento: más entornos favorables y menos educación sanitaria. *Gac Sanit*. 2013;27(1):75–76.
 16. Guix J, Bocio A, Ferràs J, Margalef J, Osanz AC, Serrano M, et al. Redes locales de salud pública. *A propósito de una experiencia*. *Gac Sanit*. 2013;27(6):552–554.
 17. Grupo de trabajo guías clínicas y consensos de la Sociedad Española de Diabetes. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Av Diabetol*. 2012;28(2):38–47.
 18. Cañón-Montáñez W, Oróstegui-Arenas M. Educar a los pacientes: un método fácil y económico para el manejo de la falla cardíaca. *Enfer Clin*. 2011;21(6):368–370.
 19. Oñorbe M, Severiano S. Los profesionales de la salud pública y las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. *Rev Adm Sanit*. 2009;7(2):309–312.
 20. Yoldi C. Formación en educación terapéutica en diabetes. ¿Qué tenemos y qué nos falta? *Av Diabetol*. 2011;27(3):100–105.
 21. Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Capella J, De Peray JL, Roma J. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gac Sanit*. 2013;27(5):388–397.
 22. Davó MC, Vives-Cases C, García Benavides F, Álvarez-Dardet C, Degura-Benedicto A, Icart T, et al. Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado. *Gac Sanit*. 2011;25(6):525–534.
 23. Medina JL. Bases fundamentales para la elaboración de programas de salud mental. In: Fornés Vives J, Gómez Salgado J, eds. *Educación para la*

- salud mental*. Madrid: Enfoediciones; 2008:217–244.
24. Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell JJ, Marín Torrens R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten. Primaria*. 2014;46(1):40–47.
 25. Bertan MJ, Jansà M, Santiña M, Prat A, Trilla A. Estándares de calidad de actividades educativas dirigidas a pacientes y familiares en un hospital universitario. *Rev Calid Asist*. 2011;26(1):5–11.

PARTE V

Administración, ética y legislación en salud mental

Capítulo 29: Estructura, organización y administración de los servicios de salud mental. Derechos y deberes de los usuarios. Responsabilidad profesional del personal sanitario

CAPÍTULO 29

Estructura, organización y administración de los servicios de salud mental. Derechos y deberes de los usuarios. Responsabilidad profesional del personal sanitario

Isabel López Arteché

Daniel López Arteché

Pilar Melero Almau

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Introducción 330

Legislación aplicable a los servicios de salud mental, adicciones y
sociosanitarios 330

Legislación sanitaria 330

Legislación basada en garantizar los derechos de
los pacientes mentales 330

Legislación sociosanitaria 331

Legislación relativa a la formación del personal
sanitario 331

Estructura y organización funcional de los servicios de salud mental y
adicciones 331

Unidad/centro/servicio de salud mental (USM) 331

Funciones de la USM 331

Unidad de hospitalización psiquiátrica breve (UHP) 332

Funciones de la UHP 332

Unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ) 332

Funciones de la USMIJ 332

Unidad de hospitalización de infancia y adolescencia (UHIA) 332

Funciones de este dispositivo 332

Hospital de día de salud mental (HDSM) 332

Funciones del HDSM 333

Unidad de rehabilitación de salud mental 333

Comunidad terapéutica, centro de estancia media 333

Administración en salud mental 333

Políticas nacionales en materia de salud mental 333

Políticas europeas en materia de salud mental 333

Ordenación y desarrollo de los servicios de salud mental 333

Ordenación 333

Principios y valores básicos del modelo comunitario de salud mental 333

Desarrollo 334

Derechos y deberes de los usuarios 334

Artículo 10 334

Artículo 11 334

Contenidos fundamentales de la Ley 41/2002 335

Responsabilidad profesional 335

Introducción 335

Responsabilidad penal 335

Responsabilidad civil 336

Responsabilidad patrimonial 336

Responsabilidad disciplinaria 336

Responsabilidad deontológica 337

Introducción

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad»¹.

La primera institución europea dedicada en exclusiva para atender enfermos mentales fue el *Hospital de Ignoscentes* de Valencia fundado por el padre Jofré en 1510. Este modelo de atender a «los perturbados o locos» se extendió por toda Europa y evolucionó poco a poco hasta el modelo asilar de siglo ^{xix}, y ha subsistido durante la mayor parte del siglo ^{xx} y aún es prevalente en muchos lugares del mundo. Durante estos siglos de evolución el objetivo primordial, prestar cuidados a los excluidos sociales, fue evolucionando hacia un objetivo de custodia, de defensa de la sociedad frente a los marginados porque podrían ser peligrosos. La peligrosidad es el principal estigma que acompaña a la enfermedad mental².

La asistencia psiquiátrica es la atención de estos trastornos desde un modelo médico. La psiquiatría se ha definido como la rama de la medicina que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales las enfermedades propiamente psiquiátricas como otras patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de personalidad³.

La salud mental como disciplina científica nace de la aplicación del método epidemiológico, propio de la salud pública, como ciencia social, con idéntico propósito⁴. El campo de la salud mental va más allá de la asistencia psiquiátrica, cuya competencia excede de la medicina y de la psicología y se extiende al terreno de la política y sociología³.

En las últimas décadas, teniendo como objetivo la seguridad al mismo tiempo que respetar los derechos de los pacientes, se ha impuesto en Europa un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental, el llamado *Community-based mental health model*. Numerosos estudios demuestran que el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida, produce una mayor satisfacción en los pacientes y sus familiares que la asistencia en hospitales monográficos psiquiátricos⁵.

En España se ratificó la Ley General de Sanidad en 1986, que incluía un capítulo sobre salud mental. Esta ley promovía la transformación de los hospitales psiquiátricos, la desinstitucionalización, y marcaba las líneas maestras para la salud mental y su desarrollo en la atención primaria, así como programas comunitarios. Se implantaron los centros de salud mental para la atención psiquiátrica ambulatoria, se abrieron unidades para el ingreso de pacientes psiquiátricos en los hospitales generales y se crearon comunidades terapéuticas para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con los trastornos mentales más graves⁶.

Legislación aplicable a los servicios de salud mental, adicciones y sociosanitarios

En España, la atención en salud mental se inició junto a profundos cambios en la organización sanitaria general. En este apartado exponemos el marco legislativo que propició esta transformación. Este marco lo desarrollaremos en cuatro vertientes.

Legislación sanitaria

En España, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por el Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica de 1985⁷ y la Ley General de Sanidad de 1986⁸.

La reforma de la asistencia psiquiátrica se inicia en nuestro país a partir el Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica de 1985, hecho público en abril de 1987, que plasma una serie de pautas para el establecimiento de un modelo moderno de atención que sustituyese el modelo clásico basado en el hospital psiquiátrico.

El capítulo III, «De la salud mental», específicamente en el art. 20 de la Ley General de Sanidad que establece el marco y el horizonte de las políticas en salud mental, dice así:

«Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales.»

En el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, incluyendo las prestaciones tanto en atención primaria como especializada⁹.

Legislación basada en garantizar los derechos de los pacientes mentales

Para salvaguardar los derechos de los pacientes mentales, se diseñaron cambios en las normativas legales que les afectaban. Los aspectos más originales y vanguardistas de la reforma española fue su regulación en el marco de las leyes ordinarias, evitando una legislación específica que pudiera discriminar a estos enfermos¹⁰.

En 1983, se promulgo la Ley 13/1983, que modifica el Código Civil en materia de tutelas e internamiento involuntario, en el artículo 211¹¹. En este artículo se abandona el control administrativo de los internamientos, instaurando el control judicial. A pesar de que fue un avance en materia de derechos, tuvo muchas críticas al no diferenciar ingreso voluntario del involuntario, no poner plazo a la

revisión de la autorización judicial del internamiento. En el año 2000 se aprobó la Ley de Enjuiciamiento Civil¹², la cual deroga el artículo 211, sustituyéndolo por el art. 763 sobre internamiento involuntario actualmente vigente.

En 1995, en la reforma del Código Penal que permite el tratamiento alternativo de la pena, en caso de padecer enfermedad mental y/o drogodependencia, no superando el tiempo del delito¹³.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó en 2004 la recomendación 2004 REC relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales¹⁴.

Legislación sociosanitaria

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 7,1, establece que el catálogo de prestaciones del SNS tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se definen las prestaciones sanitarias como aquellos servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción de mantenimiento dirigidos a los ciudadanos¹⁵.

En el artículo 14 de dicha ley se define *la prestación sociosanitaria* «como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situaciones pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

Asimismo, establece que en el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma decida, comprendiendo los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de régimen local, determina que el ámbito de servicios sociales es el que asumirá las competencias de planificar y gestionar servicios sociales fundamentales comunitarios. Según el artículo 25.2.K de esta ley son los ayuntamientos los que tienen la competencia y funciones reconocidas para la provisión de las prestaciones de servicios sociales y de reinserción social¹⁶.

Los servicios sociales comunitarios tienen como misión la información y orientación domiciliaria, apoyos y cuidados de carácter personal, doméstico y técnico a personas o familias con autonomía limitada, con el fin de posibilitar la permanencia en su medio habitual de convivencia¹⁷.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y de la atención a las personas en situación de dependencia reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España: «el de las personas que no se pueden valer por

sí mismas a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie prestaciones»¹⁸.

Legislación relativa a la formación del personal sanitario

En el campo de la atención especializada en salud mental está regulada la formación de especialistas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental. Es una formación posgrado según el modelo de especialización en ciencias de la salud del Sistema Sanitario Español que utiliza el sistema de residencia. La tendencia actual es que los especialistas de estas tres profesiones se formen conjuntamente en unidades docentes multiprofesionales para la formación de las tres especialidades¹⁹.

Estructura y organización funcional de los servicios de salud mental y adicciones

El surgimiento de los CSM responde a dos principios de actuación marcados por la Ley General de Sanidad: potenciar la atención a la salud mental en el ámbito comunitario (en el entorno habitual del paciente) y dar atención integral al enfermo mental, lo que incluye las tareas de rehabilitación en coordinación con el resto de servicios²⁰.

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se organiza a través de los siguientes dispositivos asistenciales:

- Unidad/centro/servicio de salud mental comunitaria.
- Unidad de hospitalización de salud mental.
- Unidad de salud mental infanto-juvenil.
- Unidad de hospitalización infanto-juvenil.
- Hospital de día de salud mental para adultos y/o adolescentes.
- Unidad de rehabilitación de salud mental.
- Atención a la cronicidad: comunidad terapéutica de salud mental tanto de adultos como de adolescentes, unidades de cuidados prolongados, hospitales de media- larga estancia, viviendas tuteladas.

Los diversos dispositivos asistenciales referidos anteriormente estarán integrados en las áreas de gestión sanitaria correspondiente. Su organización se muestra en la [figura 29-1](#).

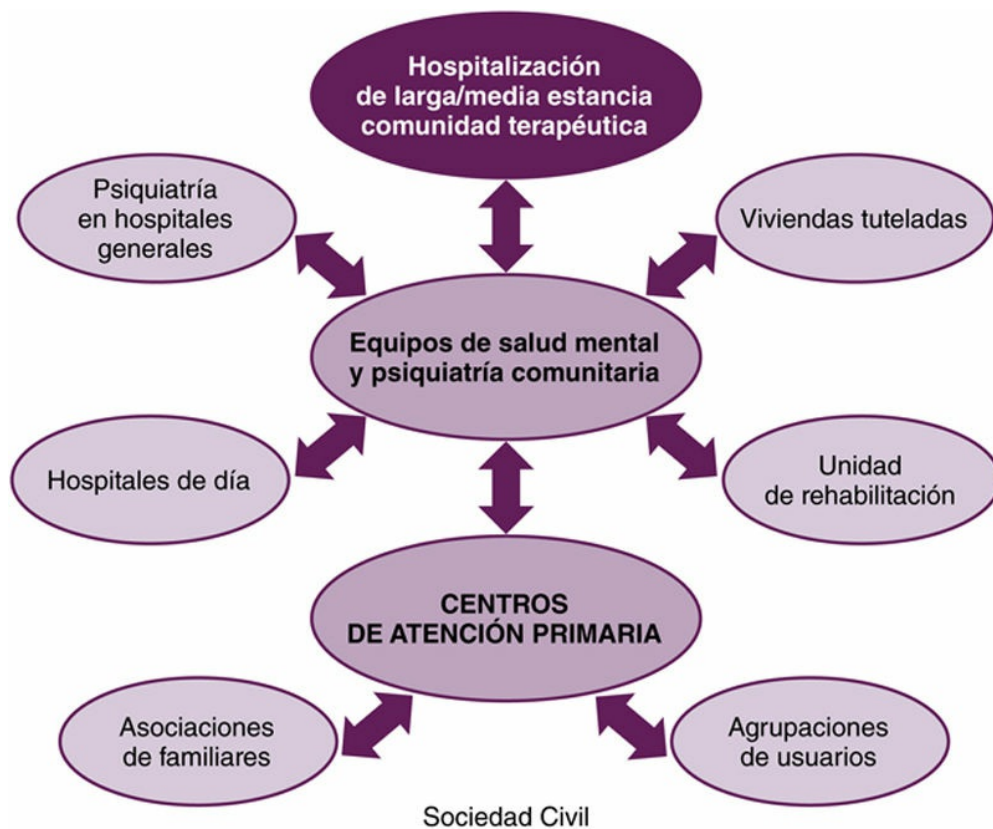


FIGURA 29-1 Organización de salud mental en un área de salud.

El enfermero/a especialista en salud mental es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería. Estos cuidados especializados se llevan a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental), teniendo en cuenta también los factores extrínsecos que intervienen en la aparición de las alteraciones de la salud mental²¹.

Unidad/centro/servicio de salud mental (USM)

La unidad/centro o servicios de salud mental es una estructura clínica, asistencial y de gestión responsable del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares administrativos y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social) recomienden las mejores prácticas disponibles²².

Funciones de la USM

- Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario desarrollando programas que integren actividades de promoción de la salud, prevención, asistenciales y de cuidados.
- Coordinar la derivación de pacientes al resto de estructuras asistenciales cuando sea necesario.

Unidad de hospitalización psiquiátrica breve (UHP)

La unidad de hospitalización psiquiátrica se define como una unidad de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de ingreso hospitalario, con dotación de personal especializado y un tiempo de estancia corto.

Funciones de la UHP

- Prestar atención a los pacientes ingresados y atender las urgencias psiquiátricas, así como a los pacientes ingresados en otros servicios en régimen de interconsultas.
- Tras el alta hospitalaria, derivar e informar a la USM de referencia con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.

Unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ)

Es un dispositivo asistencial destinado a la atención de la población infantil y adolescente del área de salud correspondiente. Las características de este núcleo poblacional (hasta 18 años) apoyan la necesidad de una atención diferenciada efectuada por profesionales con formación específica en estos tramos de edad.

Funciones de la USMIJ

- Prestar atención especializada en salud mental a la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental.
- Coordinarse con otros dispositivos asistenciales para asegurar la continuidad asistencial y de cuidados (educación, protección al menor, servicios sociales).
- Desarrollar programas de prevención, promoción y asistenciales para la atención adecuada a la población infantil y adolescente.

Unidad de hospitalización de infancia y adolescencia (UHIA)

La unidad de hospitalización se considera un recurso para atender a población infantil y juvenil en régimen intensivo cuando sea imprescindible el ingreso hospitalario (menores de 18 años).

Funciones de este dispositivo

- Atender al niño-adolescente en régimen intensivo de 24 horas.
- Estará dotado de aula escolar cuyo objetivo es mantener el nivel de escolarización para que exista una continuidad escolar durante el ingreso en la unidad del niño-adolescente ingresado.
- Coordinación con los recursos implicados en el bienestar y salud mental del niño-adolescente (colegio, bienestar social, protección de menores, justicia...).

Hospital de día de salud mental (HDSM)

Este dispositivo es «un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad». Dirigido por un equipo multidisciplinar, se caracteriza por el tratamiento en el medio habitual del paciente; su objetivo es la utilización del tiempo y espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades dirigidas todas ellas a mejorar su salud²³.

El HDSM se considera un recurso intermedio entre la unidad de hospitalización y la unidad de salud mental.

Funciones del HDSM

- Atender, en régimen de hospitalización parcial, a los pacientes derivados de la unidad de hospitalización. El tratamiento será psicofarmacológico, psicológico y rehabilitador.
- Coordinarse con la unidad de salud mental correspondiente, tras el alta en este dispositivo, con el objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.

Unidad de rehabilitación de salud mental

Es un centro de día, inmerso en la comunidad, cuyo objetivo es la recuperación de habilidades sociales y de reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de las personas afectas de trastorno mental grave. Es un recurso sociosanitario.

Comunidad terapéutica, centro de estancia media

La comunidad terapéutica es un recurso sociosanitario asistencial de salud mental que ofrece cuidados, rehabilitación y recuperación de personas afectas de trastorno mental grave. Está dirigido al tratamiento intensivo de los pacientes, de forma permanente y completa (fig. 29-1).

Administración en salud mental

En España se considera que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y que algo más del 25% lo padecerá a lo largo de su vida²⁴.

La depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas de morbilidad y se prevé que en el año 2020 pase a ser la segunda²⁵. En el marco de la Unión Europea, en la Conferencia de Helsinki, celebrada en enero 2005, acordada por todos los ministerios de salud de la región europea de la OMS, se considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de factores determinantes y de rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y el entorno familiar. (26)

La OMS define las tres estrategias principales para facilitar el desarrollo de una red efectiva de servicios de salud mental: desplazar el eje de atención desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad, desarrollar servicios comunitarios de salud mental e integrar la atención a la salud mental en los servicios de salud²⁷.

Políticas nacionales en materia de salud mental

En España, en el año 2006, se elabora *la estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*, cuyo objetivo es ser herramienta de apoyo para la coordinación de planes y programas de promoción, prevención, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastorno mental¹⁵.

En el año 2008, el comité de seguimiento y evaluación de la estrategia revisó los objetivos y recomendaciones de la misma y elaboró la «propuesta de nuevos objetivos» para la estrategia 2009-2013¹⁹.

Políticas europeas en materia de salud mental

A raíz de la declaración y plan de acción de Helsinki, la Comisión Europea consideró que los estados miembros de la Unión Europea debían emprender líneas de trabajo y de acción conjuntas que permitieran desarrollar los contenidos del plan Helsinki²⁶. Todo ello se plasmó en el proyecto «Libro verde de la salud mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea»²⁵.

Ordenación y desarrollo de los servicios de salud mental

Ordenación

El modelo comunitario descansa en el área de salud como espacio ordenador de la red sanitaria, y la atención primaria como puerta de entrada al sistema¹⁵.

Principios y valores básicos del modelo comunitario de salud mental

1. *Autonomía*: capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
2. *Continuidad*: capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente, a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente entre los servicios que la componen (continuidad transversal).

3. *Accesibilidad*: capacidad de un servicio de prestar asistencia al paciente y sus familiares cuando y donde la necesiten.

4. *Comprensividad*: implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria.

Reconocimiento del derecho de recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental.

5. *Equidad*: distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población, de acuerdo con criterios explícitos y racionales.

6. *Recuperación personal*: incluye la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de la ciudadanía a pesar de la discapacidad causada por el trastorno mental.

7. *Responsabilización*: reconocimiento, por parte de las instituciones sanitarias, de su responsabilidad frente a pacientes, familiares y la comunidad.

8. *Calidad*: Características de los servicios, que buscan aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas.

Desarrollo

El desarrollo de la reforma psiquiátrica ha sido tremendamente desigual debido a las características del Estado de las autonomías y a las propias del subsistema de salud mental. Desigualdad acusada, sobre todo, en los recursos que exigen un mayor soporte sociosanitario, como es la atención a la cronicidad y, en general, los programas comunitarios. Los principales principios de atención a la población con

trastorno mental, contemplados en la LGS, caracterizaron los procesos que iban a poner en marcha las diferentes comunidades autónomas. En primer lugar, se buscó romper la marginación de la asistencia al enfermo mental, integrando todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención primaria (puerta de entrada al sistema) y coordinada con los servicios locales de atención social. La organización de la sanidad en áreas sanitarias va a permitir desarrollar servicios de salud mental en cada área, incorporando en una sola red los recursos hasta entonces dispersos en las distintas administraciones con competencias en salud mental (estatal, provincial, municipal)¹⁰.

El desarrollo de servicios de salud mental comunitarios y psicosociales en las comunidades autónomas es muy diferente tanto en la estructura como en la dotación de los recursos sociales, por lo que hacer una descripción detallada de las 17 comunidades autónomas es una difícil tarea. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y algunas asociaciones científicas, en sus páginas web, aportan información detallada de los indicadores de desarrollo y recursos en salud mental^{28,29} (tabla 29-1).

Tabla 29-1

Recomendaciones recursos profesionales y asistenciales en salud mental

Recomendaciones sociedades científicas	Plazas/100.000 habitantes
Necesidades profesionales, psiquiatras	8
Necesidades profesionales, psicólogos	6
Necesidades profesionales, enfermería	7
Necesidades profesionales, trabajador/a social	3
Estimación de necesidades camas hospitalarias	9
CRIS (incluye CD y reinserción)	55
CEEM	20
Residencias no específicas	20
Pisos tutelados	20
Otras alternativas: pensiones, casas de transición, etc.	5

Derechos y deberes de los usuarios

Los derechos y deberes de los pacientes son, actualmente, el resultado de una serie de transformaciones que constituyen la base de una adecuada relación entre usuarios y profesionales del sistema sanitario. En el desarrollo de esta previsión, el artículo 10 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril⁸, establece los derechos de los ciudadanos en relación con las diferentes administraciones públicas sanitarias. En lo que concierne a los deberes, el artículo 11 de la ley mencionada establece las obligaciones de los ciudadanos en relación con las instituciones y los organismos del sistema sanitario:

Artículo 10

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
4. Al ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
10. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, la o el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.
12. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los centros de salud.

Artículo 11

Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la

población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.

3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica 41/2002, de 14 de noviembre³⁰, modifica este catálogo de derechos de los ciudadanos en su relación con el mundo sanitario.

Se derogan los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10 y el apartado 4 del artículo 11 por la disposición derogatoria única de esta ley.

Dicha ley regula las voluntades anticipadas, el consentimiento informado y la historia clínica, así como otros aspectos relacionados con el derecho del paciente a la información sobre su estado de salud. La mayoría de edad sanitaria es un nuevo concepto jurídico incorporado por la Ley básica de autonomía del paciente.

Contenidos fundamentales de la Ley 41/2002

1. Derecho a la información sanitaria: información clínico asistencial. Derecho a no ser informado. Información epidemiológica. Información sobre el Sistema Nacional de Salud.

2 Derecho a la intimidad.

3 Derecho a la autonomía del paciente: consentimiento informado. Instrucciones previas.

4. Historia clínica: contenido y usos. Acceso a la historia clínica. Custodia y conservación. Informe de alta y otra documentación clínica.

Responsabilidad profesional

Introducción

La responsabilidad profesional (RP) del personal sanitario es un tema de gran interés, que es analizado en congresos, publicaciones y cursos de formación, sobre el que se interesan las sociedades científicas y los colegios profesionales, y que, además, en ocasiones, ocupa las portadas de los medios de comunicación.

La Real Academia de la Lengua (RAE) define la responsabilidad como: «la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado».

En el cuaderno de buena praxis (CBP) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona³¹ se define la responsabilidad profesional del médico, entendemos que aplicable al resto de profesionales de la salud, como la obligación «de reparar las consecuencias de sus actos profesionales y las omisiones que hayan causado un daño o perjuicio, ya sea por no haber puesto los medios necesarios o el cuidado adecuado en la asistencia a un paciente, ya sea por negligencia en su conducta o por incumplimiento de la *lex artis*, entendiendo como tal al conjunto de reglas técnicas a las cuales debe ajustarse el ejercicio de una actividad».

Para Arroyo, Antequera y Pulido³² la responsabilidad profesional en enfermería «es la obligación que toda enfermera o enfermero tiene de responder de sus actos, reparando o satisfaciendo, por sí o por otro, el menoscabo causado voluntaria o involuntariamente en el desempeño de sus funciones profesionales». Al referirse a los «actos» se consideran tanto «las acciones como las omisiones».

De forma breve, expondremos algunas circunstancias que explican la importancia de la responsabilidad profesional.

Según Medina³³, hay que considerar el incremento de la actividad asistencial, los avances tecnológicos y científicos que conllevan la realización de actuaciones más complejas y los cambios experimentados en la relación entre el personal sanitario y los pacientes y usuarios.

Otro aspecto destacado es que la actividad profesional afecta de forma directa a unos bienes altamente valorados por la sociedad como son la vida, la salud³¹ o la integridad física y psíquica, y que gozan de la máxima protección.

Además, el derecho a la protección de la salud, a la asistencia sanitaria y a la autonomía del paciente, entre otros, reconocidos en la Constitución española, leyes y tratados internacionales, han sido interiorizados por la ciudadanía, con el consiguiente incremento del nivel de exigencia y número de las reclamaciones.

Otro aspecto a tener en cuenta es la repercusión sobre la vida personal, familiar, laboral, y en la relación profesional-paciente (práctica defensiva), cuando un profesional sanitario se ve inmerso en un procedimiento de responsabilidad profesional.

Antes de analizar las distintas clases de responsabilidad (penal, civil,

patrimonial, disciplinaria y deontológica) proponemos algunas recomendaciones para prevenir las reclamaciones por responsabilidad profesional.

- Práctica profesional con estricto cumplimiento de la *lex artis*, centrada en el paciente, buscando la excelencia, basada en un enfoque de derechos, desde una perspectiva biopsicosocial y con respeto a los principios éticos.
- Competencia técnica, actualización de conocimientos y habilidades, utilización de protocolos y guías científicas.
- Documentar todas las actuaciones en la historia clínica.

Responsabilidad penal

La responsabilidad penal surge cuando «una acción o una omisión en la práctica del profesional ha causado perjuicios, lesiones o la muerte de un paciente por imprudencia o negligencia, circunstancias que están tipificadas como faltas o delitos en el código penal»³¹.

Para Irastorza³⁴, delito es «todo comportamiento (acción u omisión) típico (descrito en norma penal), doloso (intencional y voluntario), culposo (no voluntario, pero se ha infringido una norma de cuidado), antijurídico (contrario a derecho), culpable (sabe lo que hace y actúa libremente) y punible (castigado con una pena)». Por tanto, «el delito es una conducta no deseada ni permitida y penada por una sanción que el Estado impone a su autor».

Estaremos ante un caso de responsabilidad penal si, tras el proceso judicial, se demuestra que ha habido culpabilidad, que se ha cometido un delito o una falta recogida en el Código Penal.

En el ámbito penal hay dos formas de culpabilidad: dolosa y culposa.

Se considera que hay dolo cuando existe intencionalidad; por tanto, se trata de una situación extraordinaria puesto que, en este caso, el profesional actuaría de forma deliberada, con intención de causar un daño.

En el caso de la responsabilidad culposa, no hay intencionalidad. Se dice que hay culpa cuando el profesional realiza un acto voluntariamente, por ejemplo, proporciona un tratamiento o cuidado, pero lo hace de forma descuidada y, como consecuencia, se produce un daño, pero la intención del sanitario no era causarlo. Hay que diferenciar los conceptos de imprudencia, impericia o negligencia.

La imprudencia profesional es un «tipo delictivo cualificado de la imprudencia» y «puede revestir la forma de homicidio imprudente o lesiones imprudentes»³².

A continuación, incluimos algunas conductas que podrían originar una responsabilidad penal: el abandono del servicio, la omisión del deber de socorro, la divulgación de secretos profesionales, etc. Teniendo en cuenta el daño causado, estas conductas podrían tener la consideración de delito de homicidio, delito de lesiones, delito contra la intimidad, etc.

La responsabilidad penal es individual, es decir, se exige al profesional sanitario.

Caso de condena, podría suponer penas privativas de libertad, inhabilitación

para el ejercicio profesional, sanción económica y, además, una indemnización a la víctima por los daños y perjuicios causados.

Responsabilidad civil

Como indica Gallego, la responsabilidad civil «es una responsabilidad derivada de una conducta incorrecta, no adaptada a la *lex artis*, que pretende la reparación indemnizatoria del daño causado»³⁵.

El Código Civil (CC) establece (art. 1.902) que «el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño».

En el caso de la atención sanitaria, se daría cuando un paciente ha sufrido un daño por la actuación de un profesional (acción y omisión), debido a una imprudencia (culpa) o negligencia, y existe un nexo causal. La culpabilidad sería consecuencia de no actuar con arreglo a la *lex artis*.

En base al Código Civil, podemos considerar diversas formas de responsabilidad: contractual, extracontractual y ex delicto.

La responsabilidad ex delicto se da como consecuencia de la responsabilidad penal.

La responsabilidad contractual se deriva del incumplimiento de las obligaciones propias de un contrato (art. 1.101). Se da en el caso de la asistencia sanitaria privada. El contrato se supone en el arrendamiento de los servicios profesional-paciente. Sería de aplicación caso de que se considerase una obligación de resultados (p. ej., cirugía estética) y no una obligación de medios, lo más común en la asistencia sanitaria.

La responsabilidad extracontractual, regulada por el art. 1.902, es la más frecuente. Se produce caso de un incumplimiento de la *lex artis*, es decir, del «buen hacer profesional, la actuación técnicamente indicada, prudentemente realizada y según los conocimientos actualizados»³⁴. Conviene insistir en que, con carácter general, en la asistencia sanitaria no se establece una obligación de resultados (curación, mejoría). Existe una obligación de medios, es decir, una actuación diligente, utilizando los recursos adecuados, prestando los tratamientos y cuidados según el estado de la ciencia, proporcionando información al paciente, etc.

Responsabilidad patrimonial

La responsabilidad patrimonial de la administración no es una responsabilidad por culpa o negligencia, por lo que se diferencia de la responsabilidad penal, en la que se precisa la existencia de dolo o culpa, y de la que se pudiera exigir desde el punto de vista civil, en la que se exige la existencia de culpa o negligencia.

Se trata del derecho que tienen los particulares a ser indemnizados, por las

administraciones públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Este derecho está contemplado en la Constitución española (art. 106.2) y recogido en la Ley 30/1992, del régimen jurídico de las administraciones públicas y del régimen administrativo común. Su procedimiento se establece en el Real Decreto 429/1993.

Para que exista responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria se deben cumplir unos requisitos generales³⁶:

1. Existencia de una lesión o daño antijurídico (que no existe deber de soportar) en cualquiera de los bienes o derechos del particular afectado.
2. Que el daño sea imputable a la administración y se produzca como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación de causa efecto entre aquel funcionamiento y la lesión, es decir, que exista un nexo causal, sin que la lesión sea debida a causa de fuerza mayor.
3. Que el daño alegado sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado, con relación a una persona o grupo de personas.
4. Que la acción de responsabilidad patrimonial sea ejercitada dentro de plazo. Se fija en un año, desde que se produjo el hecho causante, se manifestó el efecto lesivo, o desde la determinación del alcance de las secuelas.
5. Que no concurra fuerza mayor, o que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos.

Es una responsabilidad objetiva o por el resultado, en la que es indiferente que la actuación de la administración haya sido normal o anormal, bastando para declararla con que se haya producido un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado, y se demuestre la vulneración de la *lex artis*.

Mediante la reclamación patrimonial, un particular exige a la administración pública una indemnización por los daños y perjuicios causados por el personal al servicio de esta administración.

Responsabilidad disciplinaria

Cualquier trabajador por cuenta ajena, tanto si trabaja en la administración o en una empresa privada, puede incurrir en responsabilidad disciplinaria cuando se produce un incumplimiento de las normas, de los deberes y obligaciones, y protagoniza hechos o conductas que tienen la consideración de falta, según la normativa que sea aplicable. En la actividad privada, por ejemplo, el convenio colectivo o el reglamento de la empresa, y en el caso de trabajar en la administración pública (local, autonómica, estatal), la normativa aplicable al

personal funcionario o estatutario.

Los funcionarios públicos y el personal laboral quedan sujetos al régimen disciplinario establecido, siendo de aplicación la siguiente normativa:

1. Ley 55/2003, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.
2. Ley 7/2007, del estatuto básico del empleado público.
3. Ley 30/2002, del régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.
4. Real Decreto 33/1986, del régimen disciplinario de los funcionarios de la administración del Estado.
5. Legislación dictada por las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias.

La exigencia de este tipo de responsabilidad tiene que hacerse a través de un procedimiento disciplinario, con amplias garantías de seguridad jurídica.

El régimen disciplinario responde a los principios de tipicidad, eficacia y proporcionalidad. Su procedimiento, a los de inmediatez, economía procesal y pleno respeto de los derechos y garantías correspondientes.

Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves. Según la gravedad de la falta se impondrá una sanción que puede ser apercibimiento, traslado forzoso, suspensión de funciones por un tiempo determinado o separación del servicio.

Responsabilidad deontológica

La deontología hace referencia a los deberes. La responsabilidad deontológica deriva del incumplimiento del código deontológico o de los estatutos de los colegios profesionales.

En el caso de la enfermería, la regulación se establece por los estatutos generales de la organización colegial de enfermería de España (Real Decreto 1231/2001)³⁷ y por el código deontológico de la enfermería española³⁸, aprobado por el Consejo General de Enfermería en 1998.

El código deontológico es el conjunto de principios y pautas éticas que han de regir la actuación de los profesionales colegiados y su cumplimiento tiene carácter obligatorio.

El código deontológico de la profesión de enfermería³⁸ enfatiza la adquisición de un compromiso profesional serio y responsable, la participación activa en la sociedad, el reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de la ética profesional y la adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

En el capítulo V de los estatutos (Real Decreto 1231/ 2001)³⁷ se establece el régimen disciplinario.

En el artículo 18 se indica que «los colegiados que infrinjan sus deberes profesionales, el código deontológico de la enfermería española, los presentes

estatutos, los del consejo general, los de los consejos autonómicos, los particulares de cada colegio [...] podrán ser sancionados disciplinariamente».

Bibliografía

1. OMS/salud mental: un estado de bienestar. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. Montejo J y Espino, A. Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En: García J, Espino A, Lara L, (eds.). La psiquiatría en la España.
3. Vallejo Ruiloba, J. Intruducción a la psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vallejo, J. 7.^a ed. Elsevier Masson. Barcelona 2011; (1):1-19.
4. Marconi J. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001;39(1):10–11.
5. Hernández LJ. Evaluation of results and impact of the first phase of a Community Based Mental Health Model in localities in Bogotá D.C. *Rev Salud pública (Bogotá)*. 2003;5(3):272–283.
6. Torres-González F. La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis. Disponible en: <http://mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDía/Conferencias> 2012.
7. Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica: «Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención en salud mental». Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1985, n.º 13; 204-222.
8. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. BOE n.º 102 de 29 de abril de 1986.
9. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE n.º 222, de 16 de septiembre, p. 32650-79.
10. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley general de sanidad. Revista Española de Salud Pública, vol, 85 n.º 5, sep-oct 2011; p 427-436. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
11. Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela. BOE n.º 256, p. 28932-35.
12. Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. BOE n.º 7, p. 2000-323.
13. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, BOE n.º 281, del 24 de nov. de 1995.
14. Recommendation REC (2004) 10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum .Strasbourg: Council of Europe;2004. Disponible en: <http://wed.coe.int/ViewDoc.jsp>
15. Estrategias en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de

- Sanidad y Consumo. 2007.
16. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
 17. Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de régimen local.
 18. Ley 39/2006, de 14 diciembre, de promoción de la autonomía personal y de la atención a las personas en situación de dependencia.
 19. Estrategias en salud mental. Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Ministerio Sanidad y Consumo. Sanidad, 2011.
 20. Espino Granado, A. A propósito de los cambios organizativos de los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid. XX Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Boletín AMSM. Junio 2012.
 21. Jimenez, M. Protocolo docente de enfermería de salud mental. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Hospital12octubre> Mayo 2012.
 22. II plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. 2001. Disponible en: <http://www.san.es/cas/inst.homeinst.html>
 23. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Grupo de trabajo de la AEN sobre hospital de día. Cuadernos Técnicos 12. Ed. AEN. Madrid, 2009.
 24. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):442-451.
 25. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en salud mental. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper
 26. Declaración europea de salud mental del plan de acción de Helsinki. Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud>
 27. Política, planes y programas de salud mental. Organización Mundial de la Salud, 2005. Ed. Médicos. EDIMSA, 2006.
 28. Ministerio Sanidad, Consumo e Igualdad. Disponible en: http://www.misssi.gob.es/estaEstudios/Estadisticas/sisInfosanSNS/iclans_c
 29. Observatorio de la Asociación de Neuropsiquiatría. Disponible en: www.observatorio-aen.es
 30. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 de 15 noviembre de 2002.
 31. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Centre d'Estudis Col·legials. Praxi mèdica i reclamacions judicials. Quaderns de la Bona Praxi. 2011 [internet] [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi29.pdf>

32. Arroyo Gordo MP, Antequera Vinagre JM, Pulido Mendoza R. Responsabilidad legal y deontológica de los profesionales de la enfermería (curso), 1.^a ed. Madrid, Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2005 [internet] [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://usuariis.tinet.org/aduspyma/rincondelabogado.htm>
33. Medina Castellano CD. Ética y legislación, 1.^a ed. Madrid, Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2000.
34. Irastorza Eguskiza LJ. Responsabilidad profesional. En: Almenta Hernández, E. Manual sobre cuestiones psiquiátrico-legales. Autor-editor, 2011;73-88.
35. Gallego Riestra S. Responsabilidad profesional y gestión de riesgos. In: Antequera Vinagre JM, ed. *Derecho sanitario y sociedad*. Díaz-Santos: Madrid; 2006:99-172.
36. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Manual de procedimiento para la tramitación de la responsabilidad patrimonial. SESCOAM. 2010.
37. Real Decreto 1231/2001, de los estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo general y de ordenación de la actividad profesional de enfermería. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
38. Código deontológico de la enfermería española. 1998. Consejo general de enfermería española. Disponible en: www.consejogeneralenfermeria.org
39. García J. Modelos de atención comunitaria en salud mental: críticas e insuficiencias. En: García J, Espino A, Lara L. (Eds.) *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid. Díaz de Santos. 1998. 3, p. 41-6.

PARTE VI

Investigación de enfermería en salud mental

Capítulo 30: La investigación y el método científico en las ciencias de enfermería

CAPÍTULO 30

La investigación y el método científico en las ciencias de enfermería

Juan Francisco Roldán Merino

Irma Casas García

M.^a Teresa Lluch Canut

M.^a Mar Lleixà Fortuño

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

Investigación en enfermería: el método científico 341

Fases generales de la investigación 342

Fases generales de la investigación
cuantitativa 342

Fases generales de la investigación
cualitativa 343

Identificación de la pregunta de investigación 343

Selección de la pregunta de investigación 343

Revisión de la literatura 343

Definición de hipótesis y objetivos 344

Diseño del estudio 344

Población de estudio 345

Variables de estudio. Diseño de cuestionarios 345

Aspectos estadísticos 346

Limitaciones del estudio 347

Consideraciones éticas 348

La investigación en enfermería ha sufrido importantes cambios a lo largo de la historia, adquiriendo más relevancia partir de los años 70 del siglo pasado. La enfermería históricamente ha adquirido conocimientos a partir de diversas fuentes de información: de las tradiciones de otras enfermeras, de personas consideradas como una autoridad en el tema, de los conocimientos de otras disciplinas, de la experiencia personal o del razonamiento inductivo o deductivo. Pero todas estas formas de adquirir conocimiento no son las más adecuadas para dar una base científica a la enfermería. Para generar conocimiento a partir de la investigación es necesario utilizar varias metodologías: la cuantitativa y la cualitativa. En este capítulo se explican ambos métodos profundizando en las diferentes fases de la investigación.

Investigación en enfermería: el método científico

Los profesionales de enfermería tienen y deben tener la necesidad de realizar investigación ya que ello repercutirá en unos cuidados a los pacientes más seguros y de mayor calidad y permitirá al mismo tiempo avanzar como profesión.

El conocimiento que genera la investigación provoca cambios, tanto en la práctica como en la educación y también en la política sanitaria. La investigación es fundamental para desarrollar y aumentar el conocimiento que se puede aplicar en mejorar la práctica asistencial.

En el área de la enfermería de salud mental investigar supondría responder a preguntas no resueltas relacionadas con este ámbito. Por ejemplo: ¿cuál es el método más eficaz que puede aplicar el profesional de enfermería para mejorar la contención familiar en pacientes con esquizofrenia? o ¿cuál es el déficit de autocuidado de los pacientes con trastorno mental severo controlados en la comunidad?

Actualmente el método que se utiliza en la mayoría de las disciplinas, incluida la enfermería, es el método científico que tiene tres características básicas: es sistemático, organizado y objetivo. *Sistemático* porque sigue siempre la misma metodología: a partir de la identificación de un problema se plantea una hipótesis y se diseña un estudio, midiéndose las observaciones en los sujetos, el análisis de los resultados y las conclusiones. *Organizado* porque todos los investigadores del estudio siguen los mismos pasos y los mismos criterios al realizarlo; y *objetivo* porque las conclusiones se extraen de los datos medidos y analizados sin interpretaciones subjetivas de los mismos.

Existen dos requisitos indispensables que han de preceder siempre a la realización de todo trabajo de investigación: pensar y planificar el estudio. La investigación se inicia a partir de la identificación de un problema o una idea que se transforma en una pregunta concreta de investigación. El plan de estudio pretende contestar o responder a esta pregunta de la forma más adecuada.

Hasta el siglo xx la metodología cuantitativa era la base del desarrollo científico, pero poco a poco la metodología cualitativa se va incorporando, primero en las ciencias sociales, y posteriormente en las ciencias de la salud. La metodología cuantitativa es aquella en que se miden y analizan datos cuantitativos, mientras que la metodología cualitativa realiza registros narrativos de los fenómenos que se estudian mediante la observación participante y las entrevistas no estructuradas. Ambos tipos de investigación generan diferentes tipos de conocimiento útiles para la enfermería y que se pueden complementar. Cuándo utilizar una u otra metodología dependerá de nuestra pregunta de investigación: ¿queremos saber la magnitud de un determinado fenómeno? o ¿queremos comprender determinados fenómenos humanos?

Los métodos usados en la investigación *cuantitativa* pueden ser descriptivos o analíticos según la finalidad de los mismos. Los métodos *descriptivos* sirven para explorar y describir situaciones; detallan las características del fenómeno estudiado, permiten identificar problemas y/o necesidades y pueden ser muy útiles y fundamentales para generar hipótesis. Un ejemplo de investigación descriptiva sería estimar la capacidad de autocuidado de los pacientes con esquizofrenia. Los *analíticos* permiten contrastar hipótesis para verificar causalidad o evaluar las intervenciones realizadas para mejorar la salud o prevenir la enfermedad. Por ejemplo, un estudio analítico sería analizar la eficacia de una intervención enfermera en el cumplimiento de la medicación en pacientes con trastorno mental severo.

En cuanto a los métodos de investigación *cualitativa*, los más utilizados son la fenomenología, la etnografía y la teoría fundamentada.

La *fenomenología* tiene su origen en la filosofía, y su objetivo es describir y comprender los significados de las experiencias tal como las vive una persona. Es decir, pretende comprender la interpretación subjetiva que tiene la propia persona alrededor de un proceso de salud y/o enfermedad único y cuáles son sus sentimientos. Los datos se obtienen mediante entrevistas o narraciones, donde se indaga sobre un fenómeno concreto, después sobre sus esencias, para en último lugar aprender las relaciones entre esencias. Los resultados se presentan como una narración. Un ejemplo de esta metodología sería abordar la experiencia vivida por las pacientes con depresión posparto.

La investigación *etnográfica* tiene como origen la antropología y su objetivo es describir y entender las características de un contexto social determinado junto con su diversidad cultural. Pretende conocer cómo se sitúan las personas en un entorno o situación concreta y cómo se relacionan con las demás. El principal método de recolección de datos es a través de la observación participante, obteniéndose de la experiencia o situación que se observa. El estudio se lleva a cabo en el contexto natural donde la acción sucede, utilizando múltiples fuentes de datos ya que, además del trabajo de campo intensivo, se pueden examinar datos visuales (documentos, fotos, mapas). La selección de la muestra es por conveniencia, donde se escogen informantes clave o expertos en el entorno social que se estudia. El análisis de datos se centra en buscar categorías y patrones culturales. Un ejemplo de investigación etnográfica sería describir las vivencias y experiencias de los pacientes moribundos y de los profesionales de enfermería que les atienden en una unidad de cuidados paliativos.

La *Teoría fundamentada* tiene su origen en la sociología. El objetivo es desarrollar una teoría sobre cómo los individuos y grupos se relacionan entre sí y cómo se adaptan a los demás y al entorno, a partir de los datos recogidos en contextos naturales. Los datos se recogen mediante entrevistas y observación participante donde se van añadiendo informantes hasta la saturación, que es el punto donde ya no se enriquece ni se aporta nada a la teoría formulada. La fuente

de datos es la interacción humana y el análisis se centra en desvelar los procesos que hay detrás de esa interacción. Este análisis se realiza mediante la codificación y la realización de diagramas para describir categorías. Se pregunta por el proceso, cómo son las experiencias a lo largo del tiempo o cómo varían. Un ejemplo sería desarrollar un modelo teórico de las experiencias de alimentación de pacientes con cáncer.

Fases generales de la investigación

Fases generales de la investigación cuantitativa

Existen tres grandes fases en la *investigación cuantitativa*: a) la planificación, b) la obtención de datos y c) la fase de análisis y comunicación de los resultados. La planificación de un estudio consta a su vez de tres apartados importantes: la conceptualización del problema de investigación, la elección de una metodología de investigación y la planificación operativa de la investigación. La fase de conceptualización incluye la formulación de la pregunta de investigación, el marco teórico y la definición de hipótesis y objetivos. La fase metodológica consiste en la elección del diseño más adecuado para contestar la pregunta formulada. Por último, la fase operativa describe cómo se va a hacer el estudio, definiendo la población de estudio, las variables que se van a medir, cómo se van a medir y cómo se van a analizar. Todas estas fases han de quedar reflejadas en el protocolo de investigación que es la redacción detallada del plan de estudio que describe todas las actividades que se van a realizar durante la implementación del mismo. El objetivo del protocolo es múltiple: discutir entre todo el equipo investigador las fases del estudio; disponer de un manual operativo de todas las fases para que todos los investigadores hagan lo mismo en cada una de ellas; poder pedir la opinión a otros profesionales relacionados con el tema de estudio; solicitar la aprobación por el comité de ética correspondiente, y/o solicitar financiación. La mayoría de las convocatorias para solicitar ayuda económica disponen de formatos predefinidos a los que tendremos que adaptar el protocolo, pero las partes de las que ha de constar el mismo son siempre muy parecidas, aunque puede haber pequeñas variaciones ([cuadro 30-1](#)). En ocasiones, estos formatos solicitan la descripción de un apartado sobre la aplicabilidad del estudio, para qué van a servir los resultados del mismo, quién se va a beneficiar y qué difusión se va a realizar de él. En muchas convocatorias internas o externas también se pide que se redacte un apartado sobre el cronograma del estudio, otro sobre la experiencia del equipo investigador y un apartado esencial que es el presupuesto necesario, detallado y justificado. El protocolo finaliza con un apartado opcional de apéndices donde podemos anexar los cuestionarios u otros instrumentos de medida o la documentación que soporta la aplicación de las consideraciones éticas

Cuadro 30-1 Esquema general de un protocolo de estudio

Título

Resumen

I. Introducción:

- Antecedentes del tema
- Justificación del estudio
- II. Hipótesis (en estudios analíticos)
- III. Objetivos generales y específicos
- IV. Metodología
 - Tipo de diseño
 - Población diana y origen
 - Población de estudio
 - Criterios de inclusión y exclusión
 - Método de muestreo
 - Tamaño de la muestra
 - Variables
 - Definición de las variables
 - Medición de las variables
 - Registro de las variables o fuentes de información
 - Metodología de la recogida de datos: cuestionarios, entrevista, examen físico, procedimientos de laboratorio y otras pruebas complementarias. Quién recogerá los datos, cuándo y dónde. Si habrá seguimiento, cómo se hará y quién lo hará.
 - Estrategia de análisis de los datos
- V. Limitaciones y posibles sesgos del estudio
- VI. Consideraciones éticas
- VII. Aplicabilidad de los resultados
- VIII. Cronograma o plan de trabajo
- IX. Experiencia del equipo investigador
- X. Presupuesto y justificación
- XI. Bibliografía
- XII. Anexos

Fases generales de la investigación cualitativa

Las actividades realizadas para llevar a cabo una investigación cualitativa no difieren mucho de la cuantitativa, pero en este caso el diseño se redefine a la vez que se obtienen y se analizan los datos, siendo un proceso dinámico y flexible.

En la primera fase de planificación se ha de seleccionar el método de investigación (teoría fundamentada, etnografía o fenomenología), y se ha de escoger el instrumento o técnica de recogida de datos (los más frecuentes son la observación participante o la entrevista). En la fase de obtención de datos o trabajo de campo se deben identificar a los informantes claves a los que se observará o entrevistará. Los datos se recogen mediante registros, vídeos, fotografías o grabaciones. Estos soportes permiten recuperar y revisar la información cuando se desee. Los datos obtenidos son situaciones, fenómenos y experiencias, y el análisis

se realiza a partir de la transcripción, que es el texto que describe la grabación. Este texto se examina meticulosamente existiendo programas informáticos para analizarlo.

Identificación de la pregunta de investigación

Selección de la pregunta de investigación

La selección de la pregunta de investigación es uno de los desafíos más importantes en todo proyecto de investigación. Esta pregunta debe tener una serie de características importantes: ha de ser *interesante*, es decir, a partir de las observaciones de los pacientes; también, de la comunicación con otros investigadores se pueden generar interrogantes que nos motiven a realizar una investigación. Ha de ser *novedosa*, debiéndonos asegurar que la pregunta no se haya contestado previamente, o lo haya sido parcialmente, o con estudios contradictorios. Ha de ser *ética*, debiéndose ajustar a los principios de la investigación, y ha de ser *factible*. Debemos disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para su realización y contar con un equipo de investigación para recoger los datos o poder colaborar con otros centros. Por último, ha de ser *relevante*, en el sentido de la aplicabilidad de los resultados de nuestro estudio: para qué van a servir los resultados y quiénes serán los potenciales beneficiarios de los mismos.

Revisión de la literatura

Una vez seleccionada la pregunta o el tema de interés, el paso siguiente es revisar el conocimiento actual sobre el mismo. La búsqueda bibliográfica es una de las cosas que deben hacerse en las primeras fases del diseño del estudio, que va a ser importante en todo el proceso de investigación. Nos va a ser útil para definir mejor nuestra pregunta de investigación y los objetivos e hipótesis del estudio. Servirá también para justificar mejor nuestro trabajo: qué se sabe sobre el tema y qué se puede aportar con el mismo. También será de gran ayuda para el diseño del estudio ya que nos dará información sobre aspectos concretos del mismo, y una vez se tengan los resultados nos permitirá compararlos con trabajos similares.

La estrategia de la búsqueda bibliográfica consta de diferentes fases. Lo primero que debemos hacer es formular la pregunta de investigación que se desea responder y sus componentes principales (población, intervención o factor de estudio, el factor de comparación, si existe, y la variable respuesta).

Posteriormente debemos escoger la base de datos: una de las más utilizadas es Medline, aunque a veces puede haber otras más adecuadas, como la Cochrane library para buscar revisiones sistemáticas, o las específicas de enfermería como Cuiden, Cuidatge y Enfispo a nivel nacional y Cinhal (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) a nivel internacional. En la fase siguiente se han de trasladar los componentes de la pregunta de investigación al lenguaje de la base de datos para seleccionar los términos descriptores, considerando el uso de

restricciones. Finalmente, se ejecuta la búsqueda y se analizan los resultados, revisándose la estrategia de búsqueda si los resultados no son los esperados.

Definición de hipótesis y objetivos

La pregunta de investigación se puede formular en forma de hipótesis u objetivos. Las hipótesis siempre se tienen que definir en los estudios analíticos, y se redactan en paralelo con los objetivos. En los estudios descriptivos no es obligatorio redactar las hipótesis. Éstas son enunciados afirmativos sobre la pregunta de investigación, mientras que los objetivos se redactan en infinitivo. Se aconseja siempre poner, tanto de hipótesis como de objetivos, uno o dos generales acompañados de unos pocos específicos. Los objetivos específicos, tal y como dice la palabra, lo que hacen es especificar o concretar mejor la pregunta de investigación, y suelen ser como máximo 5 o 6. Se pueden ordenar de forma cronológica o del más simple al más complejo. Los verbos que se utilizan para la redacción de los objetivos han de ser los que no indiquen una acción, por ejemplo «describir», «analizar», «comparar» o «estimar». Las características principales de los objetivos es que han de ser claros, concretos, evaluables y han de ser contestados con el trabajo de investigación. Si no se pueden responder con nuestro trabajo no son realmente objetivos.

La redacción de los objetivos dependerá de si nuestro estudio es descriptivo o analítico. En los estudios descriptivos el objetivo tiene tres partes: el fenómeno que se quiere estudiar, el problema de salud y la población de estudio. En los objetivos de estudios analíticos las tres partes que deben constar son: el factor estudio (exposición o intervención), la variable resultado de interés y la población de estudio. Ejemplos de objetivos de estudios descriptivos serían los siguientes: «Estimar la *prevalencia* (fenómeno) de *depresión* (problema de salud) en la *población escolarizada* (población)»; «determinar la incidencia (fenómeno) de *intentos de suicidios* (problema de salud) en la *población de más de 65 años de Barcelona* (población)». Ejemplos de objetivos de estudios analíticos serían los siguientes: «Determinar el efecto de un *programa de atención domiciliaria* (factor) en los *pacientes con trastorno mental severo* (población de estudio) sobre la *contención familiar* (resultado)»; «analizar la relación entre el *desempleo* (factor) y los *problemas de salud mental* (resultado) en la *población activa de más de 50 años* (población)».

Diseño del estudio

Existen diversos diseños de estudios que se pueden utilizar para la investigación. El diseño que seleccionemos debe ser apropiado para los objetivos del estudio, y se pueden clasificar de formas diferentes. Según el tipo de datos analizados se pueden clasificar en estudios *primarios*, *secundarios* o *terciarios*. Los primarios recogen datos nuevos de los individuos que participan en el estudio. Los estudios secundarios utilizan bases de datos ya existentes (un ejemplo serían los estudios ecológicos). Los estudios terciarios realizan una revisión de la literatura de estudios sobre revisiones sistemáticas.

Una clasificación principal es la que depende de la finalidad del estudio: si el estudio es *descriptivo* o *analítico*. Otra clasificación sería, según si existe o no seguimiento de los individuos: estudios *transversales* o *longitudinales*. Los estudios transversales recogen datos de los participantes de estudio en un único momento determinado. Los longitudinales recogen datos de los participantes en diferentes períodos de tiempo. Si son estudios longitudinales, éstos a su vez pueden ser prospectivos (seguimiento hacia delante en el tiempo), retrospectivos (seguimiento en el tiempo hacia atrás) o ambispectivos (en las dos direcciones del tiempo).

Otra clasificación depende de si el investigador manipula o no el factor principal de estudio. Si hay manipulación es de *intervención* o *experimental*. Si no manipula es un estudio *observacional*. Los estudios de intervención siempre son analíticos, mientras que los observacionales pueden ser descriptivos o analíticos.

Un tipo de estudio descriptivo es el de prevalencia, que es uno de los estudios más utilizados por la relativa rapidez de su recolección de datos. Otro tipo de estudios descriptivos son las series de casos cuando en vez de recoger datos de la población se obtienen datos de dos o más pacientes que tienen la misma enfermedad o condición o han estado sometidos al mismo tipo de procedimiento. Los estudios ecológicos (también llamados de correlación) utilizan datos de base poblacional para analizar la relación o asociación entre dos o más características. Los estudios descriptivos se suelen utilizar para generar hipótesis ya que el principal inconveniente es que al no haber secuencia temporal no se puede establecer relación causal.

Los estudios observacionales longitudinales son los de casos y controles y los de cohortes. Un estudio de casos y controles compara la historia de exposición de una población con una determinada enfermedad (caso) y la de una población sin esa enfermedad (control) para analizar los factores de riesgo de la misma. Estos estudios siempre son retrospectivos. Se parte del grupo de enfermos y no enfermos y se recoge retrospectivamente la exposición o no a los factores de estudio. Son útiles cuando la enfermedad a estudiar es poco frecuente o con un período de latencia muy largo, o cuando se quieren analizar varios factores de riesgo o exposición. Su principal inconveniente es la gran posibilidad de realización de sesgos debido a la recogida de la información retrospectiva.

El estudio de cohortes realiza un seguimiento de sus participantes según están expuestos o no a un determinado factor, y calcula la incidencia de la enfermedad en cada grupo para identificar los factores de riesgo de la misma. A diferencia de los estudios de casos y controles, el de cohortes siempre parte de la exposición (expuestos/no expuestos) ya sea de forma prospectiva o retrospectiva. La diferencia de los estudios de cohortes prospectivas y las retrospectivas (también llamadas cohortes históricas) es el momento donde se encuentra el investigador al iniciar el estudio. En las cohortes prospectivas el investigador lo inicia cuando aún no ha ocurrido la enfermedad, y en las retrospectivas cuando la enfermedad ya ha ocurrido. Los estudios de cohortes son útiles cuando se quieren estudiar exposiciones poco frecuentes o cuando se quieren analizar varias enfermedades al mismo tiempo. La posibilidad de cometer sesgos es menor que en los estudios de casos y controles, aunque suelen ser más caros y más largos de duración.

Los estudios experimentales asignan a los participantes a un grupo intervención y a un grupo control para analizar si la intervención produce un efecto determinado. El típico estudio experimental es el ensayo clínico randomizado y controlado donde los participantes son asignados de forma aleatoria a los dos grupos de estudio (grupo intervención y grupo control) y se siguen en el tiempo para ver si aparece un resultado favorable o no. Cuando la intervención se realiza a una comunidad o grupo de individuos se llama ensayo comunitario. En aquellos estudios de intervención donde no existe un grupo control, o se asignan a los participantes de forma no aleatoria a los dos grupos de estudio, se llaman cuasi experimentales.

Las revisiones sistemáticas consisten en la compilación y síntesis de todas las publicaciones relevantes relacionadas con una determinada pregunta de investigación, utilizando una metodología específica y rigurosa. El metanálisis obtiene una estimación ajustada del efecto a partir de todas las publicaciones que han sido identificadas en esa revisión.

Población de estudio

Se han de describir tres tipos de poblaciones: la población diana, la población origen o accesible y la población de estudio. *La población diana* es aquella en la que serían aplicables los resultados de nuestro estudio, y *la población origen* es una parte de la población diana a partir de la cual seleccionaremos a los participantes del mismo. *La población de estudio* son los que finalmente participan en nuestro trabajo.

La principal característica de la población de estudio es que ha de ser representativa de la población de origen y de la población diana y ha de tener un tamaño determinado.

La representatividad se puede garantizar definiendo los criterios de inclusión y de exclusión de la población, y utilizando los métodos de muestreo. La mayoría de las veces, para realizar un estudio es suficiente una muestra de la población origen (no se estudia a toda la población), siendo importante la forma de selección de la misma. Existen diversos métodos para seleccionar una muestra representativa, llamados probabilísticos (aleatorio simple, aleatorio sistemático, estratificado o de conglomerados). En los métodos probabilísticos cada individuo de la población origen tiene la misma probabilidad de ser seleccionado. Algunas veces se utilizan métodos no probabilísticos. El más frecuente y que se parece más a los métodos probabilísticos es el muestro consecutivo donde los participantes se seleccionan de la población origen de forma consecutiva hasta obtener el número necesario. Otro método no probabilístico es el método de conveniencia, donde se selecciona la población de estudio según la facilidad de acceso a los mismos (como, p. ej., un estudio con voluntarios). Este tipo de muestreo no nos garantiza la representatividad de la población diana y por lo tanto los resultados del mismo deben ser interpretados con precaución.

Como ya se ha comentado antes, la mayoría de los estudios se hacen con una muestra de la población origen de un tamaño determinado. Esto es debido a que es mucho más factible y barato realizar el estudio en una muestra que en toda la población. Pero es importante estimar el tamaño de la muestra mínimo necesario para poder detectar diferencias estadísticamente significativas cuando las haya, y para poder descartar el azar como causa probable de las diferencias detectadas. En el caso de los estudios descriptivos, el tamaño de la muestra ha de ser el que nos dé el parámetro estimado de la población con una precisión determinada a priori. Muestras muy pequeñas no nos permitirán detectar diferencias entre grupos aunque las haya. Por el contrario, realizar el estudio con muestras muy grandes no será práctico ya que invertiremos más recursos de los necesarios o realizaremos pruebas a más participantes innecesariamente. El cálculo del tamaño de la muestra siempre debe hacerse en las fases iniciales del estudio. De esta forma si el tamaño estimado para nuestros objetivos es factible podremos seguir adelante con el diseño de nuestro estudio. Por el contrario, si es demasiado grande o no es

factible deberemos redefinir los objetivos del mismo o los criterios de la población de estudio.

Existen muchos programas informáticos que nos calculan directamente el tamaño de la muestra. Estos programas están disponibles *on line*, y la mayoría son gratuitos. Sólo debemos introducir en el programa los valores necesarios para poder calcularlo.

Algunas veces tenemos una muestra predeterminada por diversas razones logísticas. En estas situaciones será importante calcular la potencia que tendrá el estudio para detectar diferencias estadísticamente significativas.

Variables de estudio. diseño de cuestionarios

Una variable es una característica que puede tener asignado más de un valor. Ejemplos de variables son edad, sexo, estado civil, consumo de alcohol y antecedentes familiares de una enfermedad. Es aconsejable recoger las mínimas variables necesarias para los objetivos de nuestro estudio.

De cada variable hay que definir una serie de valores importantes: *Tipo de variable* según la función que hacen en nuestro estudio: variables *dependientes* o *independientes*. La variable dependiente o de resultado es aquella que se espera observar como resultado de las otras variables del estudio. Generalmente, hay 1 o 2 variables dependientes. Las independientes son las que pueden influir o no en el resultado de la variable dependiente. Por ejemplo, en un estudio donde se quiere analizar la relación entre consumo de marihuana y esquizofrenia en adolescentes, la variable dependiente sería la esquizofrenia y la independiente el consumo de marihuana. En los estudios descriptivos no existen variables dependientes ni independientes, sino que serían principales y secundarias. *Definición operativa*: deben utilizarse definiciones estándar para poder comparar los resultados con otros estudios y han de ser claras y sin ambigüedad, de manera que todos los investigadores del estudio las recojan de la misma manera. Por ejemplo, la variable edad del paciente, según quien recoja los datos, se puede entender de distintas maneras: ¿es la edad en el momento del inicio del estudio?, o ¿es la edad en el momento del diagnóstico de la enfermedad?, o ¿es la edad en el momento del inicio del tratamiento? Tipo de variable según *la escala de medida*: si la variable es cualitativa (nominal u ordinal) o si es cuantitativa (discreta o continua). Las variables nominales son aquellas con categorías no numéricas como, por ejemplo, el estado civil (soltero/casado/viudo). Si sólo existen 2 categorías posibles se llaman dicotómicas como, por ejemplo, el sexo (hombre/mujer). Las variables ordinales son aquellas con categorías con cierta gradación. Por ejemplo, el déficit de autocuidado que puede ser leve, moderado o severo. Las variables cuantitativas discretas sólo pueden adoptar números enteros (número de visitas a urgencias). Las variables cuantitativas continuas pueden adoptar cualquier valor dependiendo del instrumento de medida (la edad o nivel de glicemia en plasma). Si una variable puede recogerse en diferentes escalas debe especificarse el tipo de escala en que se medirá. Por ejemplo, el consumo de cannabis se puede expresar como variable nominal (sí/no), ordinal (nunca ha fumado, fumador ocasional/fumador moderado/fumador importante), o cuantitativa (cantidad fumada). En general, es preferible utilizar variables cuantitativas ya que permiten utilizar pruebas estadísticas más potentes y siempre se podrán reagrupar en variables cualitativas. *Fuente de información*: de dónde se obtendrá la información de cada variable.

En los estudios primarios la fuente de información suelen ser *los cuestionarios*. Un cuestionario es un instrumento para obtener información de los participantes del estudio. Pueden ser realizados mediante entrevistas o ser autocontestados. Los cuestionarios autocontestados suelen ser más baratos en tiempo y recursos necesarios. Las entrevistas tienen la ventaja de que podemos obtener la información de forma más detallada y se pueden realizar otras pruebas de exploración, o pasar otros tipos de test. De forma ideal hemos de intentar utilizar cuestionarios que ya estén validados anteriormente. En el caso de que no existan para nuestro estudio, el cuestionario que se diseñe debe ser validado previamente, siendo aconsejable realizar siempre una prueba piloto.

A veces se obtienen los datos de registros previos obtenidos para otro objetivo que no es el de la investigación (p. ej., registros específicos de enfermedades). A estos datos se les llama datos secundarios y tienen la ventaja de que son fuentes de información rápidas y más baratas, aunque su validez puede estar afectada, ya que se pueden haber utilizado diferentes definiciones y suelen haber estado recogidas por diferentes individuos.

Aspectos estadísticos

La estadística en la fase de análisis sirve para cuantificar la variabilidad debida al azar o error aleatorio. El tipo de análisis estadístico dependerá del tipo de estudio (descriptivo/analítico) y del tipo de variables (cualitativas/cuantitativas). En los estudios descriptivos será suficiente un análisis descriptivo de la población de estudio que consistirá en calcular la frecuencia y porcentaje si las variables son cualitativas, o las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y las medidas de dispersión (desviación estándar, varianza) si las variables son cuantitativas. Si las variables son cualitativas debe determinar la prevalencia y/o incidencia de la variable de estudio con su intervalo de confianza del 95%. En los estudios analíticos se parte de la hipótesis de que no existen diferencias entre los dos grupos que estamos comparando. Posteriormente debemos aplicar una prueba de significación estadística o de contraste de hipótesis para rechazar o no la H_0 a favor de la hipótesis alternativa, según la cual si que existen diferencias entre ambos grupos (H_1). Para elegir la prueba estadística adecuada debemos saber, además del tipo de variables (cualitativas o cuantitativas), si los datos son independientes o apareados (medidas repetidas) y si se cumplen o no las condiciones de aplicación para poder aplicar las pruebas paramétricas, y en el caso de que no se cumplan aplicar las no paramétricas. En los estudios con datos independientes, cada individuo participante puede ser asignado sólo a uno de los dos grupos que se están comparando. En los estudios con datos apareados se comparan las variables en el mismo individuo en diferentes momentos. Un ejemplo de análisis con datos independientes sería comparar el consumo de alcohol con la historia de depresión. Si el objetivo del estudio es comparar el nivel de dependencia a las actividades de la vida diaria en cada participante, antes y después de un programa de educación sanitaria, deberíamos aplicar una prueba estadística adecuada para datos apareados. Las pruebas estadísticas se resumen en la [tabla 30-1](#).

Tabla 30-1**Análisis estadístico de los datos**

Datos independientes			
Factor de estudio	Variable respuesta		
	Cualitativa dicotómica	Cualitativa policotómica	Cuantitativa
Cualitativa dicotómica	Chi cuadrado Prueba exacta de Fisher	Chi cuadrado	t de Student Fisher U de Mann-Whitney
Cualitativa policotómica	Chi cuadrado	Chi cuadrado	Análisis de la varianza Prueba de Kruskal-Wallis
Cuantitativa	t de Student Fisher U de Mann-Whitney	Análisis de la varianza Prueba de Kruskal-Wallis	Correlación de Pearson Regresión lineal Correlación de Spearman
Datos apareados			
Factor de estudio	Variable respuesta		
	Cualitativa dicotómica	Cualitativa policotómica	Cuantitativa
Cualitativa dicotómica	Prueba de McNemar Prueba exacta de Fisher	Test de Q de Cochran	t de Student para datos apareados Prueba de Wilcoxon
Cualitativa policotómica	Test de Q de Cochran	Test de Q de Cochran	Análisis de la varianza para datos apareados Prueba de Friedman
Cuantitativa	t de Student para datos apareados Prueba de Wilcoxon	Análisis de la varianza para datos apareados Prueba de Friedman	Correlación de Pearson Regresión lineal Correlación de Spearman

En negrita: pruebas no paramétricas. Cuando la variable respuesta es cualitativa ordinal se aplicarán las pruebas no paramétricas.

Una vez realizadas las pruebas estadísticas de significación, en los estudios analíticos es importante determinar la magnitud mediante una medida de asociación y/o de impacto adecuada. En los estudios de casos y controles se utilizará la *odds ratio* con su intervalo de confianza del 95%, y en los estudios de cohortes y en los experimentales el riesgo relativo y su intervalo de confianza, así como el riesgo atribuible. En los estudios experimentales, además, existen medidas específicas como la eficacia (o reducción relativa del riesgo) y el número de pacientes necesario a tratar.

También se ha de realizar el análisis adecuado para evaluar las posibles variables confusoras y/o modificadoras. Un efecto de confusión se produce cuando la asociación encontrada entre una variable de exposición y una variable de resultado puede ser total o parcialmente explicada por una tercera variable, o cuando la asociación queda enmascarada por esta última. Esta tercera variable se llama *confusora*, ya que confunde o distorsiona la asociación entre dos variables. Para que una variable sea confusora en un estudio debe cumplir tres requisitos: debe estar asociada con la exposición o factor de estudio, debe estar asociada con la variable de resultado y no debe ser un paso intermedio en la relación entre estas

dos variables. Este efecto de confusión se produce cuando estas variables confusoras se distribuyen de forma desigual en los grupos que estamos comparando, siendo necesario corregir estas diferencias. Por ejemplo, en un estudio se ha encontrado que el riesgo de deterioro cognitivo es superior en los consumidores habituales de cannabis. ¿Nos debemos preguntar si significa que el consumo de cannabis es un factor de riesgo de deterioro cognitivo, o, por el contrario, si se puede explicar por la diferente distribución del hábito tabáquico entre consumidores habituales o no de cannabis? La interacción o modificación del efecto se produce cuando los efectos de una exposición son distintos en función del nivel de otra variable. A esta variable se llama *modificadora*. Por ejemplo, puede ser que los efectos del consumo de bebidas energéticas sobre la frecuencia cardíaca sean más evidentes cuando la persona fuma que cuando no fuma. El consumo de tabaco sería una variable modificadora ya que fumar modifica la asociación del consumo de bebidas energéticas con frecuencia cardíaca (hay interacción entre el consumo de tabaco y el consumo de bebidas energéticas).

Para corregir las diferencias entre grupos de las variables confusoras se debe hacer el análisis estratificado, que consiste en analizar la relación entre las dos variables de estudio (exposición y variable resultado) dentro de cada categoría de la tercera variable (potencial confusora).

Cuando se han de analizar varias posibles variables confusoras es más adecuado realizar técnicas estadísticas multivariantes. El análisis multivariante permite estimar el efecto de una exposición sobre una enfermedad ajustado por varias potenciales variables confusoras al mismo tiempo. Existen también diferentes técnicas de análisis multivariante dependiendo del tipo de variable dependiente.

Limitaciones del estudio

En todo trabajo de investigación se pueden cometer errores, siendo importante anticiparse a ellos, identificando las posibles limitaciones del estudio y los posibles errores que se pueden cometer al realizarlo. La presencia de errores se ha de tener en cuenta tanto en la fase de diseño del estudio (donde hay que describir las estrategias que se realizarán para intentar corregirlos o minimizarlos), como en la fase de análisis e interpretación de los resultados, donde hay que comentarlos. Estos errores pueden ser aleatorios o sistemáticos (sesgos). El aleatorio es el error debido al azar y se reduce aumentando el tamaño de la muestra y recogiendo las variables de una forma precisa. La existencia de error aleatorio produce valores tanto por encima como por debajo del valor real, provocando una falta de precisión en el estudio. Este tipo de fallos se pueden cuantificar al final del estudio calculando la precisión con los intervalos de confianza, o determinando el grado de significación o valor de la p en las pruebas estadísticas. La interpretación del valor p es similar en todas las pruebas. Por convenio se fija habitualmente un valor de p del 5% o 0,05. Un valor de p superior al 5% significa que la probabilidad de que las diferencias encontradas sean debidas al azar son grandes, y, por tanto, no se puede rechazar la hipótesis nula. El error sistemático es el que se puede producir en cualquier fase del estudio. En este tipo de error los resultados se desvían de forma sistemática o por encima o por debajo del valor verdadero. Cuando existe este tipo de error se dice que los resultados no son válidos. Se clasifican en errores de selección y de información o clasificación. Los errores de selección se producen cuando el estudio se realiza en una población diferente de la que teóricamente sería elegible para los objetivos del estudio. Por ejemplo, en un estudio de casos y controles donde los casos son sólo los prevalentes (personas enfermas en el momento del estudio) puede ser que no encontremos una relación entre exposición y enfermedad debido a que las personas más expuestas hayan muerto antes de entrar en el estudio (sesgo de supervivencia selectiva). Los errores de información se producen al recoger los valores de las variables más importantes del estudio dando una mala clasificación de la exposición y/o enfermedad. Por ejemplo, en un estudio de casos y controles donde se quiere analizar la relación entre el consumo de un determinado fármaco durante el embarazo y la presencia de un brote psicótico en la adolescencia. Las madres de los adolescentes con brote psicótico (casos) seguramente recordaran mejor, ya sea de forma consciente o inconsciente, la ingesta de fármacos durante el embarazo que las madres de los adolescentes sanos (controles). En este caso la asociación puede estar sobreestimada y a este tipo de error se le llama sesgo de memoria o *recall bias*. Los errores sistemáticos se deben tener en cuenta en la fase de diseño del estudio e intentar disminuirlos, ya que, a diferencia de los errores aleatorios, no se pueden cuantificar en la fase de análisis. A diferencia de los errores aleatorios, los errores sistemáticos no dependen del tamaño de la muestra. En el ejemplo anterior del

sesgo de memoria, aunque aumentemos el tamaño de la muestra, el error continuará estando.

La presencia de sesgos y de factores de confusión puede afectar a la *validez interna* del estudio. Cuando se plantea la posibilidad de generalizar los resultados de la investigación o su aplicación a otras poblaciones distintas de la del estudio se debe valorar la *validez externa* del mismo.

Consideraciones éticas

Existen 3 principios éticos que se deben respetar en toda investigación en ciencias de la salud (según el informe Belmont): beneficencia, autonomía y justicia.

Algunos autores separan también el principio de no maleficencia del de beneficencia. El principio de beneficencia nos indica los potenciales beneficios del estudio, tanto para los participantes en el mismo como a la población. Para la mayoría de los estudios, el hecho de contribuir al conocimiento de la ciencia se puede considerar como un beneficio. Pero algunas veces se deben ofrecer beneficios específicos. Este principio está emparejado con el de no maleficencia. El estudio requiere que se garanticen los mínimos riesgos potenciales a los participantes del estudio, tanto físicos, psíquicos y económicos como sociales. Tiene que haber un equilibrio entre riesgos y beneficios a favor siempre de los beneficios.

El principio de autonomía (o respeto a las personas) se refiere a que la participación en el estudio ha de ser siempre voluntaria. Los participantes deben ser informados del objetivo del estudio, de los potenciales beneficios y de los posibles riesgos, de los procedimientos que se les realizarán, si es el caso, o de cómo se recogerán los datos. Se debe garantizar también que en cualquier momento pueden abandonar el estudio libremente. Este principio también implica garantizar la confidencialidad y la protección de los datos que se recogerán. Para garantizar este principio se requiere la obtención del *consentimiento informado*.

El principio de justicia precisa que los beneficios y las cargas de investigación se han de distribuir de forma objetiva. Se debe proteger a las poblaciones vulnerables a participar en el estudio y se requiere un acceso equitativo a los beneficios de la investigación.

Actualmente todos los proyectos de investigación deben ser aprobados por el Comité ético de investigación clínica (CEIC) correspondiente. El informe de este comité es imprescindible para la realización de ensayos clínicos, aunque cada vez es más frecuente que se pida la aprobación para iniciar cualquier investigación, incluidos los estudios observacionales.

Publicación científica: el artículo original

Toda investigación no concluye hasta que no se haya realizado la difusión de sus resultados y forme parte de la comunidad científica. De esta manera otros investigadores tendrán información de nuestros resultados y podrán interpretarlos, discutirlos o ampliarlos y evitaremos de esta manera estudios redundantes. La forma más habitual de la difusión de una investigación es la elaboración de un artículo original, que consiste en un trabajo publicado por primera vez por los autores del estudio o investigación realizada.

Los artículos originales siguen prácticamente la misma *estructura*: resumen, introducción, métodos, resultados y discusión.

El resumen es un apartado importante del artículo ya que su función más relevante es la de ser un anuncio del artículo, es lo primero que van a leer de él y por lo que van a decidir leer o no todo el manuscrito entero. Por lo tanto tiene que redactarse de forma minuciosa, ser completo y atractivo.

El propósito de la introducción es centrar el tema, justificando la realización del estudio. Se debe explicar qué es lo que se sabe actualmente acerca del motivo del estudio y qué es lo que aún se desconoce. Una característica de este apartado es su brevedad, utilizando pocas citas bibliográficas, que deben de ser actuales y bien seleccionadas. Debe finalizar siempre con la redacción del objetivo del estudio.

En el apartado de metodología se describe el diseño de la investigación y cómo se ha realizado. Debe incluirse toda la información necesaria para que se comprenda todo el proceso de la investigación, de manera que otros investigadores puedan realizar el estudio. Este apartado es el que los revisores de la revista evalúan con mayor detalle.

En los resultados se presentan los hallazgos de la investigación sin interpretarlos. Hay que saber seleccionar la información más importante del trabajo, siguiendo una sucesión lógica y evitando la exposición demasiado detallada de datos numéricos. Se puede complementar el texto con tablas y figuras, pero nunca duplicar la información.

Por último, en la discusión se deben interpretar los resultados, destacando los más importantes o novedosos, comparándolos con los de otros estudios y extrayendo las conclusiones del estudio. En este apartado también se deben exponer sus posibles limitaciones, y las implicaciones prácticas de los resultados y recomendaciones futuras.

En los últimos años se han desarrollado guías de comprobación que contienen listados o *checklists* de preguntas de lo que ha de contener el artículo dependiendo del diseño del estudio: Strobe para los estudios observacionales, Consort para los estudios experimentales, Prisma para las revisiones sistemáticas, Coreq para los estudios cualitativos. Estas guías se encuentran actualizadas en la plataforma Equator (<http://www.espanol.equator-network.org/>) y es aconsejable revisarlas durante y después de la preparación del manuscrito.

Con respecto a la autoría del manuscrito, según el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), sus autores deben cumplir tres requisitos: *a)* haber participado en la concepción o el diseño del estudio y/o el análisis e interpretación de los datos y/o la obtención de ellos; *b)* la redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido; *c)* la aprobación de la versión final del mismo.

Por último, la elección de la revista es también un factor importante para poder hacer la difusión de los resultados de la investigación. Los criterios que debemos tener en cuenta para su selección son varios: el objetivo y alcance de la revista, su audiencia, el factor de impacto, los posibles costos de la publicación y las opciones de acceso *online*.

Bibliografía

- Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
- Burns N, Grove SK. *Investigación en enfermería*. 3.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2004.
- Faus F, Santainés E. *Búsquedas bibliográficas en bases de datos: primeros pasos en investigación en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier España; 2013.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner W, Grady D, Newman T. *Diseño de investigaciones clínicas*. 3.^a ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Lluch MT, Roldán JF. *Diseños de proyectos de investigación en enfermería de salud mental y adicciones*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona; 2007.
- Jacobsen KH. *Introduction to health research methods. A practical guide*. Jones & Bartlett Learning. 2012.
- Jiménez J, Argimón JM, Martín A, Vilardell M. *Publicación científica biomédica: cómo escribir y publicar un artículo de investigación*. Barcelona: Elsevier España; 2010.
- Polit DF, Beck CT. *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M. *Metodología de investigación en epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos; 1996.

APÉNDICE

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 1

1. ¿Qué es un modelo explicativo en salud mental, para qué sirve y cuáles son sus características?
2. ¿Cómo interpretarías el concepto de locura o enfermedad mental?
3. ¿Qué grandes plataformas de interpretación o paradigmas han servido para interpretar el fenómeno de la salud mental a través de la historia y qué interpretación tiene en cada una de ellas?
4. ¿Qué es la unidad funcional y para que sirve en el contexto de la enfermedad mental?
5. ¿Qué utilidad tiene la historia cultural respecto al conocimiento y comprensión histórica de la enfermedad mental?

Capítulo 6

1. Las alteraciones psicopatológicas:
 - a. Son cambios anormales en: conciencia, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, atención, orientación, afectividad y psicomotricidad.
 - b. Son parte de la sintomatología global de los trastornos mentales; los síntomas están relacionados y no se encuentran exclusivamente en un solo trastorno.
 - c. Son parte de la sintomatología de los trastornos mentales; los síntomas no están relacionados y se encuentran exclusivamente en un solo trastorno.
 - d. a) y b) son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.
2. La percepción engañosa sin objeto pero con juicio de realidad por parte de la persona se denomina:
 - a. Alucinosis.
 - b. Alucinación.
 - c. Apercepción.
 - d. Ilusión.
 - e. c) y d) son correctas.
3. La percepción errónea de un estímulo externo real donde el juicio de la realidad está conservado se denomina:
 - a. Ilusión.
 - b. Alucinación.
 - c. Pseudoalucinación.
 - d. Alucinación visual.
 - e. Ninguna es correcta.
4. Si una persona sufre cambios afectivos súbitos pasando de la alegría a la

- tristeza, y viceversa, sin tener necesariamente una estimulación externa que lo provoque hablamos de:
- Distimia.
 - Labilidad afectiva.
 - Ambivalencia afectiva.
 - Paratimia.
 - Distimia y paratimia.
5. Señala la respuesta correcta:
- La amnesia anterógrada o de fijación es la incapacidad para fijar información a partir de un estímulo patógeno. Afecta a la memoria reciente.
 - La amnesia retrógrada o de conservación afecta a la memoria remota.
 - La amnesia lacunar es la pérdida parcial de la memoria que abarca un período concreto.
 - Todas las afirmaciones anteriores son correctas.
 - La amnesia lacunar afecta a la memoria reciente.
6. Cuando una persona utiliza las mismas palabras o frases emitidas por el interlocutor se dice:
- Tics.
 - Ecolalia.
 - Neologismo.
 - Estereotipia.
 - Todas las respuestas son correctas.
7. ¿Qué podemos entender por «delirio»?:
- Sentirse por momentos la persona más feliz del mundo.
 - Creencia no compartida por otros miembros de su entorno y cuyo contenido es calificado de extraño y absurdo.
 - Idea pasajera de suicidio que tienen todas las personas a lo largo de su vida.
 - Creer que quien te mira lo hace por compasión, entre otras cosas.
 - Creencia compartida por otros miembros de su entorno y cuyo contenido es calificado de extraño y absurdo.
8. Cuando una situación nueva es interpretada por la persona como ya conocida hablamos de:
- Fenómeno de «déjà vu».
 - Fenómeno de «jamais vu».
 - Confabulación.
 - Paramnesia.
 - Fenómeno de «déjà vu» y confabulación.
9. Cuando las acciones de una persona son muy lentas, el habla es disártrica, subjetivamente está dormida y, aunque está despierto, enseguida se queda dormido si se le libra de estímulo sensorial, hablamos de:
- Sopor.
 - Coma.

- c. Somnolencia.
 - d. Catatonía.
 - e. Ninguna es correcta.
10. Los trastornos de la conciencia del «yo» se clasifican en:
- a. «Yo» corporal.
 - b. Despersonalización y desrealización.
 - c. «Yo» corporal, «yo» psíquico y mundo circundante.
 - d. Prosopagnosia y asomatognosia.
 - e. Ninguna es correcta.
11. Señale la respuesta correcta en relación con la distimia:
- a. Son las acentuaciones del ánimo a una dirección determinada, suelen ser transitorias y destacan por su intensidad anormal.
 - b. Consiste en la presencia de sentimientos, tendencias o pensamientos opuestos simultáneamente, coexistiendo sentimientos contradictorios.
 - c. Afectividad inadecuada en relación con el contexto en que se produce.
 - d. a) y b) son ciertas.
 - e. b) y d) son ciertas.
12. Los delirios celotípicos se caracterizan:
- a. La persona actúa bajo la creencia de estar poseído o ser la reencarnación de algún personaje importante que, por lo general, tiene una importante relación con la religión.
 - b. La persona cree que está siendo engañada por su pareja e interpreta cualquier indicio o situación como una clara manifestación de infidelidad.
 - c. La persona se cree amada por personas de alto rango o bien cree que se debe proteger del resto de la sociedad desde la perspectiva amorosa.
 - d. La persona tiene la impresión de que la mayoría de las cosas que suceden en su entorno tiene que ver con él.
 - e. Todas las respuestas son correctas.

Capítulo 7

1. Señale la afirmación correcta:
- a. El TMO incluye enfermedades como las demencias.
 - b. La etiología del TMO puede ser debida a causas primarias, como un accidente cerebrovascular, o secundarias, como la degeneración neuronal.
 - c. El TMO tiene una causa biológica nada evidente.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
 - e. Son correctas la b y la c.
2. Una de las características que definen al delirium es que...
- a. Puede coexistir con la demencia.
 - b. El nivel de conciencia no está alterado.
 - c. El electroencefalograma es normal.

- d. Siempre se manifiesta con alteración del comportamiento psicomotor caracterizado por la agitación.
 - e. Todas son correctas.
3. Señala la afirmación correcta respecto a la demencia:
- a. La pérdida de memoria es su primera manifestación.
 - b. La afasia, la apraxia y la agnosia pueden ser su primera manifestación.
 - c. Los cambios en la personalidad aparecen con posterioridad a los trastornos de la memoria.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
 - e. Son correctas la a y la c.
4. Señala la afirmación correcta:
- a. Entre las demencias primarias, la demencia vascular (DV) es la más prevalente.
 - b. Entre las demencias secundarias, la enfermedad de Alzheimer (EA) es la más prevalente.
 - c. Las demencias más prevalentes son la EA y la DV.
 - d. Las demencias no son TMO.
 - e. Todas son correctas.
5. Señala la afirmación correcta respecto a la EA:
- a. En fases iniciales existe alteración de la memoria, pero no presenta otros trastornos cognitivos.
 - b. Los cambios de personalidad aparecen en fases intermedias.
 - c. El curso es progresivo e irreversible.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
 - e. Son correctas la a y la c.
6. Señala la afirmación correcta respecto al trastorno amnésico:
- a. La memoria reciente queda afectada.
 - b. La memoria remota se conserva.
 - c. El nivel de conciencia esta alterado.
 - d. Existe deterioro intelectual.
 - e. Todas son correctas.
7. ¿Qué patrón funcional de salud se afecta más en los TMO?:
- a. La autopercepción-autoconcepto.
 - b. El rol-relaciones y la adaptación-tolerancia al estrés.
 - c. El cognitivo-perceptual.
 - d. Todos los anteriores, especialmente el señalado en c).
 - e. Únicamente el cognitivo-perceptual.
8. En un TMO de larga evolución, ¿qué secuencia de afectación cabe esperar para las actividades de la vida diaria (AVD)?:
- a. Durante las fases iniciales se afectarán las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), seguidas de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y finalmente las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

- b. Durante las fases Intermedias se afectarán las AIVD, y en las finales las ABVD.
 - c. En las fases iniciales se afectarán las AAVD.
 - d. Las opciones b) y c) son correctas.
 - e. Todas son falsas.
9. Señala las escalas que se relacionan de manera correcta con su recomendación:
- a. Minimal State Examination y Peiffer para la valoración cognitiva.
 - b. Katz y Barthel para la valoración funcional y las ABVD.
 - c. Lawton y Brody para la valoración funcional y las AIVD.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
 - e. Todas son falsas.
10. ¿Qué aspectos contribuyen a la sobrecarga del cuidador?:
- a. La falta de soporte social.
 - b. La disminución del tiempo libre.
 - c. La aparición de los síntomas psicológicos y conductuales (SCPD) en los TMO de curso crónico.
 - d. La b y la c son correctas.
 - e. Todas las anteriores son correctas.

Capítulo 8

1. En la demencia tipo Alzheimer se pueden dar diferentes tipos de síntomas. ¿Cuáles son los fundamentales?:
- a. Solo psiquiátricos, neurológicos y cognitivos.
 - b. Solo funcionales, cognitivos y neurológicos.
 - c. Neurológicos, psiquiátricos, cognitivos y funcionales.
 - d. Solo cognitivos y psiquiátricos.
 - e. Funcionales, cognitivos y neurológicos.
2. Según la teoría bifactorial de Horn y Catell, hay dos tipos de inteligencia: la cristalizada y la fluida. Con la edad, ¿cuál de ellas declina?:
- a. La cristalizada.
 - b. Ninguna de las dos.
 - c. La fluida.
 - d. Cuando una declina la otra aumenta.
 - e. Ambas declinan por igual.
3. ¿En qué situaciones especiales debemos estar especialmente atentos cuando proporcionamos cuidados a un paciente que sufre un trastorno cognitivo?:
- a. A la hora de vestir al paciente.
 - b. En una posible impactación fecal.
 - c. Cuando hay muchas visitas en la sala.
 - d. Al hacerle la higiene.
 - e. Si el paciente no se acuerda donde tiene la cama.

4. Respecto a los trastornos por ansiedad en los ancianos, ¿Cuál sería el que se manifiesta con mayor frecuencia?:
 - a. El trastorno por ansiedad generalizada.
 - b. El trastorno obsesivo-compulsivo.
 - c. Estrés postraumático.
 - d. Las fobias.
 - e. El trastorno por angustia.
5. ¿A qué tipo de demencia pertenece la enfermedad de Pick?:
 - a. Demencia tipo Alzheimer.
 - b. Demencia frontotemporal.
 - c. Demencia vascular.
 - d. Demencia mixta.
 - e. Demencia con cuerpos de Lewy.
6. ¿Cuáles son los recursos que se pueden ofrecer a un paciente psicogeriátrico que precisa hospitalización a tiempo total?:
 - a. Camas de media o larga estancia sociosanitaria o unidades de agudos de psiquiatría geriátrica.
 - b. Hospital de día.
 - c. Hospital de noche.
 - d. b) y c) son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.
7. ¿Qué matices atípicos adquiere la manía en los ancianos que sufren un trastorno bipolar?:
 - a. Fuga de ideas + disminución del sueño.
 - b. Conceptos megalomaniacos + hiperactividad.
 - c. Confusión, irritabilidad y agitación.
 - d. Disminución del sueño + megalomanía.
 - e. Fuga de ideas + hiperactividad.
8. Cuando un anciano sufre una esquizofrenia que debuta a una edad muy tardía, acostumbra a tener unas características que sobresalen. Estas son:
 - a. No hay posibilidad de discinesia tardía.
 - b. Mayor posibilidad de alucinaciones olfativas, visuales y táctiles.
 - c. Acostumbra a pasar más en el sexo masculino.
 - d. No existe jamás aislamiento social.
 - e. Delirios místicos.
9. En la demencia con cuerpos de Lewy existe un déficit de memoria al igual que en la enfermedad de Alzheimer. ¿En cuál de ellas está más acentuado este déficit?:
 - a. Enfermedad de Alzheimer.
 - b. Demencia con cuerpos de Lewy.
 - c. A veces en la enfermedad de Alzheimer y otras veces en la demencia con cuerpos de Lewy.

- d. En las dos está igual de acentuado el déficit de memoria.
 - e. No existe déficit de memoria en ninguna de estas patologías.
10. El delirium es un cuadro que se da con mucha frecuencia en los ancianos. ¿Qué circunstancias son más habituales para que se instaure un delirium?:
- a. Deprivación sensorial.
 - b. Deterioro cognitivo.
 - c. Cirugía reciente.
 - d. Todas las anteriores.
 - e. Ninguna de ellas.

Capítulo 9

1. El retraso mental definido por un CI entre 35 y 55 y que suele ir acompañado de deficiencias psicomotrices es:
 - a. Retraso mental leve.
 - b. Retraso mental moderado.
 - c. Retraso mental grave.
 - d. Retraso mental profundo.
 - e. Retraso mental asintomático.
2. Las disfasias se incluyen dentro de:
 - a. Trastornos secundarios debidos a déficits instrumentales.
 - b. Trastornos específicos del desarrollo del habla lenguaje.
 - c. Trastornos psicolingüísticos.
 - d. Trastornos psicolingüísticos debidos a déficits instrumentales.
 - e. Todas son correctas.
3. La enuresis que se puede controlar en los 6 primeros meses y después vuelve a ser recurrente es la:
 - a. Enuresis primaria.
 - b. Enuresis secundaria.
 - c. Enuresis total.
 - d. Enuresis completa.
 - e. Enuresis terciaria.
4. El tratamiento adecuado para un paciente diagnosticado de anorexia nerviosa es:
 - a. Farmacológico.
 - b. Conductual.
 - c. Multimodal.
 - d. Psicológico.
 - e. Farmacológico y psicológico.
5. La sintomatología que presentan los pacientes con trastornos de habilidades motoras es:
 - a. Torpeza y movimientos involuntarios.

- b. Movimientos involuntarios asociados a movimientos voluntarios.
 - c. Torpeza, movimientos involuntarios asociados a movimientos voluntarios.
 - d. Incapacidad para aprender determinados movimientos.
 - e. Incapacidad para aprender movimientos, torpeza y movimientos involuntarios.
6. ¿Cuál es el trastorno por tics más conocido?:
- a. Síndrome de Johansson.
 - b. Síndrome de Gilles de la Tourette.
 - c. Síndrome de Evans.
 - d. Síndrome de Fletcher.
 - e. Agnosia, discalculia, dislexia.
7. Señale los tres síntomas más habituales que se dan en los trastornos de aprendizaje:
- a. Agnosia, discalculia, dislexia.
 - b. Dislexia, disgrafía, amnesia.
 - c. Dislexia, discalculia, disgrafía.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
 - e. Ninguna de las anteriores.
8. ¿Cuál de los siguientes, según la CIE-10, no es un trastorno del desarrollo?:
- a. Trastorno esquizoide.
 - b. Trastorno esquizoafectivo.
 - c. Síndrome de Asperger.
 - d. Síndrome de Rett.
 - e. Ninguno de los anteriores.
9. Señale cuál es el tratamiento farmacológico indicado en el trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador:
- a. Metilfenidato y clonidina.
 - b. Clonidina y olanzapina.
 - c. Clonidina y haloperidol.
 - d. Metilfenidato y azitromicina.
 - e. Clonidina y azitromicina.
10. Señale cuál de los siguientes trastornos no es frecuente en la infancia y/o adolescencia:
- a. Histrionismo.
 - b. Trastorno bipolar.
 - c. Trastorno de ansiedad.
 - d. Esquizofrenia.
 - e. b) y d) son correctos.

Capítulo 10

1. ¿Cuál de estos es un síntoma negativo en el trastorno psicótico?:

- a. Ideas delirantes.
 - b. Alucinaciones.
 - c. Pensamiento desorganizado.
 - d. Abulia.
 - e. Tangencialidad.
2. ¿Cuál de las siguientes alteraciones metabólicas no es propia del síndrome metabólico?:
- a. Diabetes.
 - b. Hipercolesterolemia.
 - c. Hipertermia.
 - d. Hipertrigliceremia.
 - e. Obesidad.
3. Ante un paciente que presenta alteraciones de la percepción, la actuación enfermera debe ser:
- a. Darle la razón en todo.
 - b. Criticar lo que dice y hacerle entrar en razón.
 - c. No prestarle atención, no tiene sentido nada de lo que dice.
 - d. Basarnos en la emoción que siente para lograr un acercamiento.
 - e. Decirle que no se preocupe, que todo pasará.
4. ¿Cuál de las siguientes no es una intervención de enfermería en un paciente post-TEC?:
- a. Iniciar la tolerancia pasadas dos horas.
 - b. Control de tensión arterial.
 - c. Insistir para que recuerde los momentos de antes de la sesión.
 - d. Reposo relativo las dos horas siguientes.
 - e. Observar signos de amnesia.
5. En la administración de fármacos depot, ¿cuál es la correcta?:
- a. Se utiliza en pacientes con buena adherencia al tratamiento.
 - b. Se aplica como pauta de tranquilización por su efecto rápido.
 - c. Se aplica por vía subcutánea.
 - d. Se almacena en el músculo y se libera lentamente.
 - e. Con los fármacos depot resulta difícil mantener la concentración terapéutica.
6. El síndrome de hipertermia maligna es causado principalmente por:
- a. Antipsicóticos de primera generación.
 - b. Antipsicóticos de segunda generación.
 - c. Terapia electroconvulsiva.
 - d. Combinaciones de antipsicóticos con anticonvulsivos.
 - e. Administración de fármacos coadyuvantes.
7. El ambiente terapéutico:
- a. Solo se consigue en un medio hospitalario.
 - b. Es el medio físico donde se desarrollan los cuidados.
 - c. La interrelación con la enfermera ayuda al paciente en su recuperación.

- d. Se consigue con disciplina y normas estrictas.
 - e. Todas son verdaderas.
8. ¿Qué signos precoces se pueden observar en un paciente con riesgo de hipertermia maligna?:
- a. Cambios en el estado mental.
 - b. Rigidez muscular.
 - c. Taquicardia.
 - d. Incontinencia urinaria.
 - e. Todos son signos observables.
9. ¿Cuál de las siguientes intervenciones no debe realizar la enfermera ante un paciente con riesgo autolítico?:
- a. Permitirle la expresión de las emociones.
 - b. Preguntarle si tiene algún plan preestablecido.
 - c. Vigilarle continuamente y retirarle objetos peligrosos.
 - d. Preguntarle por su ideación al realizar la valoración en el ingreso.
 - e. Todas son acciones que debe realizar la enfermera.
10. En la psicoeducación como intervención de enfermería, ¿cuál no es la correcta?:
- a. Es muy útil para mejorar la adherencia al tratamiento.
 - b. Mejora el pronóstico de la enfermedad.
 - c. La información se debe proporcionar al ritmo que marquen la familia o el paciente.
 - d. No es necesario que participe el paciente en las sesiones.
 - e. Es importante que el paciente conozca cómo se autoadministra el tratamiento.

Capítulo 12

1. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la ansiedad es falso?:
- a. Una reacción emocional normal y necesaria.
 - b. En determinadas situaciones una reacción desadaptativa.
 - c. A niveles altos, trastorno mental y físico.
 - d. A niveles altos, trastorno mental pero no físico.
 - e. A niveles altos, trastorno físico.
2. ¿Cuáles son los síntomas de ansiedad más frecuentes?:
- a. A nivel cognitivo.
 - b. A nivel fisiológico.
 - c. A nivel motor.
 - d. Todas las anteriores.
 - e. a), b) y c) son falsas.
3. ¿Cuál de las siguientes opciones es falsa?
- a. La ansiedad elevada afecta a los trastornos cardiovasculares y respiratorios.

- b. La ansiedad elevada afecta al sistema dermatológico.
 - c. La ansiedad elevada afecta a las disfunciones elevadas.
 - d. b) y c) son correctas.
 - e. a) y c) son correctas.
4. ¿Cuáles de las siguientes situaciones no cumple los criterios para el diagnóstico de fobia específica según el DSM-IV TR?:
- a. La persona reconoce que el miedo es irracional o excesivo.
 - b. La exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de ansiedad ante situaciones sociales.
 - c. El temor es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.
 - d. Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
 - e. La combinación de c) y d).
5. ¿Cuáles son las principales situaciones que provocan fobia social?:
- a. Ambiental, alturas.
 - b. Sangre, inyecciones-daño.
 - c. Temor a contraer una enfermedad.
 - d. Situaciones en las que se está expuesto a una posible evaluación.
 - e. b) y c).
6. ¿Cuáles de los siguientes criterios diagnósticos son trastornos por estrés postraumático?:
- a. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 - b. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - c. Irritabilidad o ataques de ira.
 - d. Todas ellas.
 - e. Ninguna de las anteriores.
7. ¿Cuál de los siguientes son criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*)?:
- a. Miedo a perder el control o volverse loco.
 - b. Miedo a morir.
 - c. Sensación de irrealidad.
 - d. Todas ellas.
 - e. Ninguna de las anteriores.
8. ¿Cuál de las siguientes actuaciones de enfermería en los trastornos de ansiedad no será adecuada?:
- a. Procurar seguridad y comodidad al paciente.
 - b. Trivializar la ansiedad del paciente aunque parezca ridícula.
 - c. En un primer momento, aceptar las estrategias de afrontamiento del paciente (reducen la ansiedad) en lugar de intentar modificarlas.
 - d. Dejar que el paciente se aísle si así lo desea.

- e. Animar al paciente a que participe y continúe con los tratamientos prescritos (desensibilización, farmacología, etc.).
- 9. La valoración del paciente que presenta ansiedad debe realizarse de acuerdo los siguientes aspectos:
 - a. El estado de alerta o aprensión de la persona.
 - b. Los posibles desencadenantes.
 - c. Signos y síntomas objetivos.
 - d. Todas ellas.
 - e. Ninguna de las anteriores.

Capítulo 13

1. El proceso de somatización:
 - a. Ha sido empleado como sinónimo de conversión.
 - b. Tradicionalmente se ha considerado a la somatización como el proceso por el cual un
 - c. Malestar psicológico se expresa corporalmente.
 - d. Las opciones a y b son ciertas.
 - e. Las opciones a y b son falsas.
2. El término *descriptivo síntomas somáticos sin explicación médica*:
 - a. Se emplea actualmente sustituyendo al término somatización.
 - b. Se emplea para designar el síntoma precursor de la conversión; es sinónimo de neurosis histérica.
 - c. Se emplea cuando los síntomas somáticos no sugieren un conflicto psicológico previo.
 - d. Todas las respuestas son falsas.
 - e. b) y c) son correctas.
3. La familia de un paciente pregunta al profesional de enfermería qué es la hipocondría con la que han diagnosticado a su familiar. ¿Cuál sería la mejor respuesta?:
 - a. La hipocondría es una enfermedad que se caracteriza por estar preocupado por una enfermedad irrelevante.
 - b. La hipocondría consiste en la presencia de síntomas físicos durante años.
 - c. La hipocondría es el temor a tener una enfermedad grave, pese a que su médico no encuentra una base orgánica a sus síntomas.
 - d. La hipocondría es una preocupación intensa por los hallazgos encontrados en una reciente exploración médica.
 - e. Todas las respuestas son correctas.
4. Si un pintor de fachadas es diagnosticado de trastorno conversivo por presentar visión borrosa y mareo, sin causa médica, después de un conflicto laboral importante, ¿qué se consideraría una ganancia secundaria?
 - a. La visión borrosa le facilita la expresión de la agresividad.

- b. La esperanza de poder ser ingresado en neurología y que le realicen una TAC.
 - c. Debido al mareo, pasa mucho tiempo en la cama o sentado.
 - d. El mareo le facilita la expresión de la agresividad.
 - e. La familia está más atenta y al darle su médico la baja laboral, debido a su estado, no afronta de momento su conflicto laboral.
5. ¿Qué actividades de valoración e intervención deben desarrollarse prioritariamente aprovechando que un paciente con uno de estos diagnósticos está en su consulta acompañado de un familiar (p. ej., su pareja)?
- a. Iniciar una valoración inicial incluyendo problemas físicos, quejas, historia de la enfermedad, tratamiento, intervenciones y hospitalizaciones.
 - b. Educar al paciente, a su familia o a la persona cercana explicándole los síntomas físicos, de estrés y las habilidades para manejo del estrés.
 - c. Valoración de la ganancias secundarias del paciente en el ámbito familiar.
 - d. Trabajar con la familia la exploración de soluciones.
 - e. Las opciones c y d son ciertas.
6. Para que el profesional de enfermería pueda apoyar, con su relación terapéutica, a los pacientes que siguen terapias psicológicas en trastornos somatomorfos:
- a. No debería desarrollar ninguna educación de la enfermedad para evitar que el paciente termine somatizando más.
 - b. Debería animar al paciente únicamente a distraerse y no a expresar emociones.
 - c. Proporcionar al paciente retroalimentación positiva de cómo afrontar dificultades emocionales y de relación, antes que centrarse en los síntomas físicos.
 - d. Fomentar que la familia sea tolerante incondicionalmente con el paciente para aumentar su autoestima.
 - e. Iniciar una valoración inicial incluyendo problemas físicos, quejas, historia de enfermedad, tratamiento, intervenciones y hospitalizaciones. Es útil la obtención de registros de los principales problemas del paciente o entrevistar a miembros de la familia o personas significativas.
7. Ante un paciente con despersonalización, ¿qué aspectos considera menos apropiados?:
- a. El paciente se encuentra como si estuviera en un sueño.
 - b. Se debe ayudar al paciente a expresar y describir los sentimientos y pensamientos.
 - c. El sentido de la realidad está alterado.
 - d. Puede ocurrir si el sujeto tiene fobia social.
 - e. a) y d) son correctas.
8. En la amnesia disociativa:
- a. Los déficits mnésicos suelen asociarse a epilepsia.
 - b. Predomina la amnesia anterógrada, que incapacita para recordar un

- acontecimiento traumático o estresante.
- c. Encontramos diferencias con la amnesia postraumática, en la que se presentan alteraciones de la memoria, a menudo de tipo anterógrado, en las que se olvida qué pasa antes de la lesión.
- d. Se producen deterioros cognitivos y lingüísticos evidentes después de cada episodio.
- e. Se producen deterioros mnésicos y lingüísticos después de cada episodio.
- 9. En los trastornos disociativos, la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, identidad, memoria y de la percepción del entorno sugieren:
 - a. Algunas o todas las conexiones entre los factores de la experiencia de un acontecimiento pueden estar total o parcialmente cortadas.
 - b. Una rotura total o parcial del propio yo, así como una desintegración y desorganización del propio autoconcepto.
 - c. Es comparable a la conducta defensiva de un animal para evitar un ataque (analgesia, entumecimiento emocional y alarma).
 - d. *a)* y *b)* son ciertas.
 - e. Ninguna de las anteriores es cierta.
- 10. Ante un/a paciente con un déficit de autoestima crónica, según el plan expuesto en el [capítulo 13](#), ¿qué aspectos de la relación terapéutica establecerá un profesional de enfermería con el paciente?:
 - a. Confirmar la identidad del paciente.
 - b. Proporcionar medidas de apoyo para reducir el nivel de ansiedad.
 - c. Poner límites a la conducta inadecuada.
 - d. Trabajar con cualquier punto fuerte del yo que tenga el paciente.
 - e. Reforzar la conducta adaptativa.

Capítulo 15

1. Una de las intervenciones enfermeras prioritarias en los trastornos del sueño es:
 - a. Administrar hipnóticos.
 - b. Proporcionar bebidas calientes al paciente.
 - c. Mejorar el sueño.
 - d. Realizar EEG cuando lo precise el paciente.
 - e. Realizar curas de sueño.
2. ¿Cuál es el principal trastorno del sueño?
 - a. Narcolepsia.
 - b. Sonambulismo.
 - c. Pesadillas.
 - d. Insomnio.
 - e. Parasomnias.
3. En la valoración por patrones funcionales, ¿cuál se ve más afectado en los trastornos del sueño?:

- a. Autopercepción.
 - b. Sexualidad.
 - c. Reposo/sueño.
 - d. Eliminación.
 - e. Conocimiento de sí mismo.
4. En el tratamiento del insomnio se deben usar:
- a. Técnicas conductuales.
 - b. Hipnóticos.
 - c. Ninguna de las dos.
 - d. *a* y *b* son correctas.
 - e. Electroshock.
5. Dentro de las parasomnias se encuentran:
- a. Narcolepsia.
 - b. Somniloquio.
 - c. Síndrome de piernas inquietas.
 - d. Insomnio.
 - e. Disomnias.
6. ¿Cuál de estos factores *no* predispone a la aparición de trastornos del sueño?:
- a. Genéticos.
 - b. Psicológicos.
 - c. Status social.
 - d. Género.
 - e. Raza.
7. ¿Cuántas fases componen el sueño de ondas lentas o no-REM?:
- a. 5.
 - b. 2.
 - c. 3.
 - d. Ninguna es correcta.
 - e. 6.
8. ¿Cuál es la prevalencia aproximada del insomnio diagnosticado?:
- a. 65%.
 - b. 25%.
 - c. 5-7%.
 - d. 90%.
 - e. 33%.

Capítulo 16

1. ¿Qué aspectos intervienen en el desarrollo de la sexualidad del sujeto?:
- a. Carga genética.
 - b. Desarrollo emocional, características físicas y capacidad cognitiva.
 - c. Aspecto físico, social y mental.

- d. Cultura y país de origen.
 - e. El padrón de conducta sexual de los padres.
2. ¿Por qué estudiar la sexualidad?:
 - a. Por cultura general.
 - b. Para conocernos mejor.
 - c. Para en el futuro tener relaciones sexuales plenas.
 - d. Para tener una formación específica que nos ayude a identificar las alteraciones del patrón sexual sano.
 - e. Para evitar problemas psicológicos.
 3. ¿Cuáles son las fases de la respuesta sexual, según Masters y Johnson?:
 - a. Excitación, meseta, orgasmo y resolución.
 - b. Fase inicial, segunda fase, orgasmo y relajación.
 - c. Excitación, meseta, eyaculación y resolución.
 - d. Estimulación, cúpula y relajación.
 - e. Estimulación, excitación, orgasmo y relajación.
 4. ¿Cuáles son las dimensiones de la respuesta sexual?:
 - a. Psicológica y social.
 - b. Fisonómica, cognitiva y cultural.
 - c. Fisiológica y emocional.
 - d. Fisiológica, motora y cognitiva.
 - e. Social, psicológica, fisiológica.
 5. ¿Cuántos factores influyen en la existencia de disfunciones sexuales?
 - a. 7.
 - b. 4.
 - c. 6.
 - d. 3.
 - e. 9.
 6. ¿Cuál de las siguientes disfunciones sexuales se dan en la fase de excitación?:
 - a. Aversión a las relaciones sexuales.
 - b. Inhibición sexual.
 - c. Deseo sexual hiperactivo.
 - d. Anorgasmia.
 - e. Disfunción eréctil.
 7. ¿Cuáles de las siguientes son trastornos sexuales por dolor?:
 - a. Dispareunia no debida a enfermedad médica.
 - b. Disfunción no debida a enfermedad médica.
 - c. Neuropatía vaginal.
 - d. Zoofilia.
 - e. Vaginismo.
 8. ¿Cuáles de las siguientes patologías son causa de trastorno sexual?:
 - a. Esclerosis múltiple y lesiones medulares.
 - b. Hipertensión.

- c. Diabetes mellitus.
 - d. Las anteriores son correctas.
 - e. Hipotiroidismo.
9. ¿A qué fase pueden afectar los medicamentos?:
- a. Excitación.
 - b. Orgasmo.
 - c. Resolución.
 - d. Depende del medicamento.
 - e. Afectan siempre a la excitación.
10. ¿Qué etapas se consideran en el proceso de enfermería?:
- a. No existen etapas definidas.
 - b. Valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.
 - c. Evaluación.
 - d. b) y c) son correctas.
 - e. Todas son correctas.

Capítulo 17

1. ¿Cuáles son los trastornos que se incluyen dentro del grupo B?:
- a. Límite, esquizotípico y esquizoide.
 - b. Evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.
 - c. Antisocial, límite, histriónico y narcisista.
 - d. Paranoide, límite e histriónico.
 - e. Obsesivo-compulsivo, narcisista y esquizoide.
2. ¿Cuál es la etiología de los trastornos de la personalidad más aceptada en la actualidad?
- a. La multicausalidad, abarcando aspectos de la genética, biológicos, psicológicos y socioambientales.
 - b. Unicausalidad: factores genéticos.
 - c. Es desconocida.
 - d. Multicausalidad: factores genéticos, biológicos y culturales.
 - e. Unicausalidad: factores psicológicos.
3. ¿De qué tipo de trastorno de la personalidad es característico «conducta teatral, reactiva y expresada con mucha intensidad, además de un comportamiento egocéntrico, vanidoso y exigente, en constante búsqueda de apoyo y con tendencia a amenazas, gestos o intentos de suicidio manipulativos»?:
- a. Paranoide.
 - b. Límite.
 - c. Antisocial.
 - d. Histriónico.
 - e. Narcisista.
4. ¿Con cuál de estas patologías no se relacionan los trastornos de la

- personalidad?:
- Hipercolesterolemia.
 - Abuso de sustancias.
 - Trastornos de la alimentación.
 - Otras enfermedades mentales.
 - Abusos sexuales.
5. ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general?:
- 3%.
 - 10%.
 - 30%.
 - 5%.
 - 1%.
6. ¿Qué característica de las siguientes no es común de los trastornos de la personalidad?
- Conductas inflexibles.
 - Asertividad.
 - Egocentrismo.
 - Incapacidad para tolerar un estrés leve.
 - Falta de responsabilidad individual.
7. ¿Cuál de estos diagnósticos no se presenta con frecuencia en los trastornos de la personalidad?:
- Afrontamiento inefectivo.
 - Desesperanza.
 - Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
 - Duelo disfuncional.
 - Deterioro en el patrón sueño.
8. ¿Qué intervención enfermera sería la más adecuada para el diagnóstico «mantenimiento inefectivo de la salud»?:
- Establecer unas normas estrictas de obligado cumplimiento por el paciente.
 - Aumentar la dosis de medicación prescrita.
 - Determinar los objetivos, realistas, que desea conseguir a corto y largo plazo, ayudándole a examinar los recursos de que dispone para la consecución de esos objetivos.
 - Aplicar técnicas de relajación.
 - Rol *playing*.
9. ¿Qué herramienta se ha mostrado válida en salud mental para la desmitificación y desestigmatización de las enfermedades mentales?:
- Entrenamiento autógeno de Schultz.
 - Habilidades sociales.
 - Psicoeducación.
 - Técnicas de relajación.

- e. Relación terapéutica.
- 10. ¿Cuál es una intervención efectiva en la resolución de conflictos en el ámbito familiar?:
 - a. Potenciación autoestima.
 - b. Contrato terapéutico al ingreso.
 - c. Fomento del autocuidado.
 - d. Rol *playing* o ensayo conductual.
 - e. Farmacoterapia.

Capítulo 18

1. Un impulso es:
 - a. Una reacción a un estímulo.
 - b. Motiva a comportarse de una manera determinada.
 - c. Puede ser provocado por emociones intensas.
 - d. Todas son verdaderas.
 - e. Puede ocasionar reacciones negativas.
2. Dentro del trastorno del control de impulsos están (señalar la falsa):
 - a. Trastorno explosivo recurrente.
 - b. Piromanía.
 - c. Tricotilomanía.
 - d. Trastorno del control de los impulsos no especificado.
 - e. Cleptomanía.
3. La escala de Barratt evalúa:
 - a. La impulsividad motora y de imprevisión.
 - b. La impulsividad cognitiva, motora y de imprevisión.
 - c. La impulsividad motora, conductual y de imprevisión.
 - d. La impulsividad cognitiva y conductual.
 - e. La impulsividad motora y conductual.
4. La característica común de todos los trastornos de control de impulsos es:
 - a. Acción-remordimientos-apatía.
 - b. Planificación-acción-resolución.
 - c. Tensión-acción-satisfacción.
 - d. Evaluación-acción-tensión.
 - e. Acción-tensión- resolución.
5. Si tenemos el NANDA: 00019 Baja autoestima crónica, ¿qué NIC llevaríamos a cabo?:
 - a. 5400 Potenciación de la autoestima.
 - b. Todas son verdaderas.
 - c. 4700 Reestructuración cognitiva.
 - d. 5390 Potenciación de la consciencia sobre sí mismo.
 - e. Todas son falsas.

6. Si tenemos el NOC: 2600 Superación de los problemas familiares, el NANDA sería:
 - a. 00083 Conflicto de decisiones.
 - b. 00060 Interrupción de los procesos familiares.
 - c. 00083 Conflicto de decisiones.
 - d. 00053 Aislamiento social.
 - e. 00069 Afrontamiento inefectivo.
7. Si decimos que son episodios repetidos de comportamiento impulsivo, agresivo o violento estamos hablando de:
 - a. Cleptomanía.
 - b. Tricotilomanía.
 - c. Trastorno explosivo intermitente.
 - d. Síndrome de acaparador compulsivo.
 - e. Juego patológico.
8. Según el DSM-IV, criterios para diagnosticar la tricotilomanía serían (señalar la falsa):
 - a. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible.
 - b. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento del pelo o cuando se intenta resistir la práctica de este comportamiento.
 - c. Malestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento.
 - d. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental ni enfermedad médica.
 - e. La alteración puede llevar al aislamiento social.
9. En el NANDA 00053 Aislamiento social, ¿qué intervenciones de enfermería podemos realizar? (NIC):
 - a. 5270 Apoyo emocional.
 - b. 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.
 - c. 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos.
 - d. *a y b* son correctas.
 - e. 5880 Técnicas de relajación.
10. ¿Qué neurotransmisores están implicados en la impulsividad?:
 - a. Serotonina y dopamina.
 - b. Serotonina y noradrenalina.
 - c. Dopamina y acetilcolina.
 - d. Adrenalina y noradrenalina.
 - e. Acetilcolina y noradrenalina.

Capítulo 22

1. En relación con los principios generales de prescripción de psicofármacos, señale la respuesta incorrecta:

- a. La decisión de instaurar un tratamiento psicofarmacológico debe producirse después de valorar sus potenciales riesgos y beneficios.
 - b. Debe realizarse una completa evaluación de los síntomas del paciente, que incluye un examen del estado mental y físico y test de laboratorios.
 - c. Se debe evitar el uso de las combinaciones de fármacos (polifarmacia) siempre que sea posible.
 - d. Se debe utilizar la dosis mínima efectiva.
 - e. La instauración de un fármaco debe ser gradual, si bien la retirada debe realizarse de forma brusca para introducir el nuevo fármaco lo antes posible.
2. Señale cuál de los siguientes antipsicóticos NO es considerado atípico o de segunda generación:
 - a. Ziprasidona.
 - b. Olanzapina.
 - c. Levomepromazina.
 - d. Aripiprazol.
 - e. Quetiapina.
 3. Los antipsicóticos «sedantes», a diferencia de los «incisivos», tienen una gran afinidad por los receptores:
 - a. Muscarínicos M_1 .
 - b. Dopaminérgicos D_1 .
 - c. Dopaminérgicos D_2 .
 - d. Serotoninérgicos $5-HT_1$.
 - e. Muscarínicos M_3 .
 4. Señale la respuesta falsa en relación con el efecto adverso de los antidepresivos y el neurotransmisor responsable:
 - a. Disfunción sexual por inhibición de la recaptación de serotonina.
 - b. Estreñimiento por inhibición de la recaptación de noradrenalina.
 - c. Sequedad de boca por bloqueo de los receptores colinérgicos.
 - d. Somnolencia por bloqueo de los receptores de la histamina.
 - e. Hipotensión ortostática por bloqueo de receptores α_1 -adrenérgicos.
 5. ¿Qué relación antidepresivo-indicación terapéutica es falsa?:
 - a. Amitriptilina: dolor crónico.
 - b. ISRS: trastorno obsesivo-compulsivo.
 - c. Bupropión: deshabituación tabáquica.
 - d. Agomelatina: enuresis nocturna.
 - e. Duloxetina: dolor asociado a neuropatía diabética.

Capítulo 23

1. Los principales tratamientos en salud mental son:
 - a. Los tratamientos más relevantes en salud mental en la actualidad son los biológicos.

- b. Los tratamientos más relevantes en salud mental en la actualidad son los psicológicos.
 - c. Los tratamientos más relevantes en salud mental en la actualidad son los sociales.
 - d. Todos los anteriores son imprescindibles en salud mental.
 - e. Ninguno de los anteriores es un tratamiento indicado para salud mental.
2. La psicoterapia inespecífica es:
- a. Una forma de relación personal sanitario-paciente terapéutica en sí misma.
 - b. Un tipo de intervención psicoterapéutica utilizada fundamentalmente por los enfermeros en salud mental.
 - c. Está basada en tres pilares fundamentales: la empatía, la escucha activa y el considerar la triple dimensión biológica, psicológica y social de la persona.
 - d. Un tipo de intervención psicoterapéutica de corte psicoanalítico.
 - e. a y c son ciertas.
3. La psicoterapia:
- a. Se está produciendo un proceso de integración de distintas escuelas y técnicas.
 - b. Se está produciendo un proceso de demostrar la evidencia científica que avale su utilización.
 - c. La utilización de unas u otras técnicas debe basarse en dicha evidencia científica recogida en las guías clínicas.
 - d. Los tratamientos psicoterapéuticos más eficaces son de corta duración, centrados en objetivos claros y para solucionar problemas inmediatos.
 - e. Todo lo anterior es cierto.
4. La psicoeducación:
- a. Constituye la base de la educación sanitaria en salud mental, cometido genuino de los enfermeros.
 - b. Es una técnica psicoterapéutica muy específica, realizada por psicólogos clínicos.
 - c. Se realiza única y exclusivamente con los familiares de los enfermos mentales.
 - d. Se realiza única y exclusivamente con los enfermos mentales.
 - e. Todo lo anterior es falso.
5. La valoración familiar:
- a. Solo la deben realizar los terapeutas de familia, pues requiere una formación específica.
 - b. Sirve para determinar si la pareja se separará en un futuro.
 - c. Sirve para determinar si existe conciencia de enfermedad en los distintos miembros de la familia, pero no en el enfermo.
 - d. Todo ello no influye en la evolución de la enfermedad, que es independiente de cómo sea la familia.
 - e. Todo lo anterior es falso.
6. La entrevista motivacional se diferencia de la clásica en que:

- a. No da consejos, estimula la motivación para pasar a la acción.
 - b. Utiliza la escucha activa y la reflexión del propio paciente.
 - c. Ayuda a explorar y resolver las ambivalencias.
 - d. Facilita el deseo de cambio en la persona.
 - e. Todo lo anterior es cierto.
7. Las etapas de la entrevista motivacional son:
- a. Precontemplación, contemplación y acción.
 - b. Precontemplación, contemplación, acción y finalización.
 - c. Precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída.
 - d. Precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y finalización.
 - e. Precontemplación, acción, mantenimiento, recaída y finalización.
8. Una de las siguientes afirmaciones es falsa cuando un paciente está en precontemplación:
- a. No piensa seriamente en cambiar.
 - b. No es consciente de tener un problema.
 - c. Puede existir desinformación.
 - d. Si se le presiona mucho, aparece la resistencia al cambio.
 - e. No merece la pena perder el tiempo en intentar convencerlo para que cambie, ya volverá.
9. Una recaída:
- a. Es el fracaso del proceso de cambio.
 - b. Indica que no se ha realizado adecuadamente la entrevista motivacional.
 - c. El paciente no tiene «fuerza de voluntad» para mantener el cambio.
 - d. Forma parte del proceso de cambio, es un estadio más.
 - e. Indica que el profesional sanitario que lleva el caso no tiene la formación adecuada para hacerlo correctamente.
10. Una queja somática:
- a. Es una de las demandas más frecuentes en el sistema sanitario.
 - b. Es una expresión de ansiedad a través del cuerpo.
 - c. Implica la existencia de algún conflicto no resuelto.
 - d. No se encuentra ningún hallazgo médico (orgánico) que justifique las quejas.
 - e. Todo lo anterior es cierto.

Capítulo 24

1. ¿Cuál de las siguientes alternativas formaría parte de los principios en los que se basan los protocolos de tratamiento psicológicos basados en la evidencia por los que se puede determinar que un tratamiento es eficaz?:
- a. Que el paciente llegue a estar mejor respecto a la sintomatología clínica que experimentaba.
 - b. El método científico es la única forma de establecer si un tratamiento funciona.

- c. Es necesario utilizar instrumentos de evaluación válidos y fiables.
 - d. Es necesario obtener datos por medio de una evaluación rigurosa en distintos momentos a lo largo de todo el proceso de terapia.
 - e. Todas las alternativas son correctas.
2. ¿Cuál de las siguientes tecnologías permite crear ambientes tridimensionales generados por ordenador, siendo capaz de simular la realidad y permitiendo al usuario experimentar la sensación de «estar ahí», en ese ambiente tridimensional e interactuar con los objetos que allí se encuentran?:
- a. Computación ubicua y persuasiva.
 - b. Internet.
 - c. Juegos serios.
 - d. Realidad aumentada.
 - e. Realidad virtual.
3. De las siguientes alternativas, señala la tecnología en la que se integran y superponen objetos virtuales generados por ordenador en el mundo real. Su aspecto más significativo es que los elementos virtuales añaden información relevante y útil al mundo real:
- a. Realidad virtual.
 - b. Realidad aumentada.
 - c. Juegos serios.
 - d. Internet.
 - e. Computación ubicua y persuasiva.
4. ¿Cómo se denomina el paradigma de interacción en el cual dispositivos basados en las tecnologías de la información y la comunicación se distribuyen e integran en el contexto de la persona y permiten la interacción hombre-máquina de forma sencilla?
- a. Computación ubicua y persuasiva.
 - b. Internet.
 - c. Juegos serios.
 - d. Realidad aumentada.
 - e. Realidad virtual.

Capítulo 25

1. El ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica se basa en dos criterios: clínico y pronóstico. Se considera que existe indicación de ingreso (indica la opción falsa):
- a. Presencia de alto riesgo de suicidio (intentos recientes o ideación persistente).
 - b. Presencia de alto riesgo de autoagresión.
 - c. Situación clínica psiquiátrica aguda que impida al paciente cuidarse a sí mismo (cuidados básicos en relación con su estado de salud, alimentación, vivienda, etc.).

- d. Situación clínica psiquiátrica crónica que no afecte a sus relaciones sociales, familiares y de la comunidad.
 - e. Las respuestas anteriores son correctas.
2. En nuestro país, según el art. 763 de la Ley de enjuiciamiento civil, nos podemos encontrar con diferentes tipos de ingreso. ¿Qué tipo de ingreso no existe en nuestro país?:
- a. Ingreso voluntario.
 - b. Ingreso urgente forzoso.
 - c. Ingreso con autorización del Ministerio del Interior.
 - d. Ingreso con orden judicial.
 - e. b) y d) son correctas.
3. Se entiende por unidades de hospitalización psiquiátrica:
- a. Dispositivos para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica (patología dual) que presentan una red social disfuncional, o que no son capaces de desintoxicación ambulatoria.
 - b. Dispositivo para pacientes con patología de alta complejidad, resistentes a tratamientos, o con complicaciones físicas o psicológicas severas, que requieren de un período mayor a 2 meses de hospitalización.
 - c. Dispositivo de atención continuada, durante 24 horas al día, para pacientes con trastorno mental en fase aguda.
 - d. Dispositivo para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo.
 - e. Dispositivos para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica (patología dual), resistentes a tratamientos, que requieren atención ambulatoria.
4. La estancia media de una unidad de hospitalización psiquiátrica es de:
- a. 24 horas.
 - b. Entre 1-15 días.
 - c. 15-21 días de ingreso.
 - d. Más de 21 días.
 - e. De 2 meses.
5. El objetivo principal de una unidad de hospitalización psiquiátrica es:
- a. Facilitar a la persona con dificultades derivadas de un trastorno mental severo la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social posible.
 - b. Estabilizar el estado psíquico individual y restablecer las relaciones familiares y sociales.
 - c. Dotar al usuario de las habilidades sociales para poder relacionarse.
 - d. Entrenar las habilidades instrumentales necesarias para alcanzar el mayor nivel de autonomía en los autocuidados.
 - e. Todas las anteriores son correctas.
6. ¿Cuál de estas características corresponden al tipo de ingreso con autorización judicial?:

- a. El juez no ordena el ingreso sino que lo autoriza; por ello el alta dependerá del criterio del médico.
 - b. El juez deberá realizar una valoración forense previa o bien tendrá acceso a informes médicos que señalen la existencia de un cuadro clínico susceptible de ingreso hospitalario.
 - c. Es el juez quien ordena el internamiento del paciente.
 - d. a) y b) son correctas.
 - e. Ninguna de las anteriores son correctas.
7. En la fase de valoración, el mejor método de obtención de datos es:
- a. La observación.
 - b. La entrevista.
 - c. La exploración.
 - d. No es mejor uno determinado, depende del momento o la situación a valorar.
 - e. b) y c) con correctos.
8. La NOC es la taxonomía empleada para:
- a. Nombrar las intervenciones de enfermería.
 - b. Proporciona indicadores para medir la eficacia de las intervenciones.
 - c. Nombrar las complicaciones potenciales.
 - d. No puede utilizarse si el paciente tiene problemas de salud mental.
 - e. a y c) son correctas.
9. Los lenguajes estandarizados enfermeros son:
- a. NANDA, NOC y NIC:
 - b. Los que utilizan las enfermeras para registrar aspectos psicopatológicos del paciente.
 - c. No pueden formar parte de la historia clínica electrónica.
 - d. Los utilizados para nombrar aquellas situaciones que las enfermeras vigilan, pero no tienen capacidad de intervención.
 - e. b) y d) son correctas.
10. La evaluación de un plan de cuidados individualizado en una unidad de hospitalización psiquiátrica incluye:
- a. Determinar el logro de los resultados.
 - b. Identificar las variables (factores) que afectan el logro de los resultados.
 - c. Decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.
 - d. Todas las anteriores son correctas.
 - e. Todas las anteriores son incorrectas.

Capítulo 26

1. ¿En qué consiste la reforma psiquiátrica que se establece en España a través de la Ley General de Sanidad?:
- a. En la creación de grandes complejos hospitalarios especializados en la

- enfermedad mental.
- b. En la transformación de la asistencia psiquiátrica en un modelo comunitario desinstitucionalizado.
 - c. En la transformación de la asistencia psiquiátrica en un modelo hospitalario institucionalizado.
 - d. En la creación de hospitales psiquiátricos privados y públicos.
 - e. En la transformación de los servicios sociales de las comunidades autónomas.
2. Se considera un proceso de salud mental comunitaria:
- a. Los cuidados hospitalarios especializados.
 - b. La atención a las personas con trastorno mental grave.
 - c. La atención a situaciones de catástrofes y/o emergencias.
 - d. b) y c) son correctas.
 - e. Ninguna de las anteriores.
3. ¿Alrededor de qué dispositivo gira la red de atención de salud mental en España?:
- a. El hospital de día psiquiátrico.
 - b. La unidad de hospitalización breve.
 - c. El centro de salud mental.
 - d. El centro de rehabilitación psicosocial.
 - e. Las minirresidencias.
4. ¿Qué son las unidades de rehabilitación de media y larga estancia?:
- a. Son los antiguos hospitales manicomiales para pacientes sin posibilidad de rehabilitación.
 - b. Son unidades hospitalarias destinadas a la resolución de la patología psiquiátrica aguda.
 - c. Son unidades donde los pacientes acuden todos los días para recibir tratamiento médico y para realizar tareas ocupacionales con el objetivo de vivir en la comunidad.
 - d. Son alternativas residenciales diferentes a la unidad de agudos que se benefician de intervenciones más del ámbito psicoeducativo que de tratamientos médicos o psicológicos.
 - e. Son unidades donde los pacientes son atendidos en una situación de crisis.
5. ¿Cuáles son los procesos clave en enfermería de salud mental comunitaria?:
- a. La consulta de psiquiatría, la visita a domicilio y las intervenciones comunitarias dentro de programas.
 - b. La visita a domicilio, las intervenciones comunitarias dentro de programas y la administración de tratamientos.
 - c. La consulta de enfermería, la visita domiciliaria y las intervenciones intrahospitalarias.
 - d. La consulta de enfermería, la visita a domicilio y las intervenciones dentro de programas comunitarios.
 - e. Ninguna de las anteriores.

6. ¿Cuál de las siguientes actividades se considera una intervención dentro de la consulta de enfermería en salud mental comunitaria?:
 - a. Psicoeducación al paciente y/o familia.
 - b. Adherencia al tratamiento.
 - c. La administración de tratamiento por vía parenteral.
 - d. La *a* y la *b* son correctas.
 - e. Ninguna de las anteriores.
7. ¿Qué significan las siglas TMS dentro de la continuidad de cuidados?:
 - a. Trastorno mental severo.
 - b. Trastorno mental social.
 - c. Trastorno mental sociocomunitario.
 - d. Terapia mental social.
 - e. Terapia mental saludable.
8. De los siguientes psicofármacos, indique cuál de ellos se utiliza frecuentemente como tratamiento depot:
 - a. Antidepresivos tricíclicos.
 - b. Benzodiazepinas.
 - c. Anticomiciales.
 - d. Barbitúricos.
 - e. Antipsicóticos.
9. ¿Puede la enfermera en salud mental comunitaria participar en grupos terapéuticos?:
 - a. No, en ningún caso.
 - b. Sí, como coterapeuta.
 - c. Sí, aunque solo de relajación.
 - d. Sí, como terapeuta y como coterapeuta.
 - e. No, aunque sí de observador.
10. ¿Hacia qué proceso asistencial comunitario dirige más esfuerzos la enfermería de salud mental comunitaria a diario?:
 - a. La población infanto-juvenil.
 - b. El trastorno mental severo.
 - c. La atención del alcoholismo.
 - d. Las emergencias y las catástrofes.
 - e. La atención de la salud mental en el adolescente.

Capítulo 30

1. La variable depresión (ausente, leve, moderada, grave) es una variable:
 - a. Dicotómica.
 - b. Cuantitativa discreta.
 - c. Cuantitativa continua.
 - d. Ordinal.

- e. b) y c) son correctas.
2. ¿Cuál de las siguientes relaciones es correcta?:
- a. Cohortes prospectivas/bajo coste.
 - b. Casos y controles/enfermedades poco frecuentes.
 - c. Cohortes prospectivas/enfermedades de larga latencia.
 - d. Casos y controles/alto coste.
 - e. Casos y controles/bajo coste.
3. ¿En qué tipos de estudios se puede asignar la exposición de forma aleatoria?
- a. Ensayos clínicos.
 - b. Casos y controles.
 - c. Cohortes.
 - d. Transversales.
 - e. a) y d) son correctas.
4. Un objetivo de un estudio analítico tiene que tener en su redacción los siguientes apartados:
- a. Fenómeno, problema de salud y población.
 - b. Fenómeno, factor de exposición y población.
 - c. Factor de exposición, problema de salud y población.
 - d. Factor de exposición, variable de resultado y población.
 - e. Variable de resultado y población.
5. La fenomenología es:
- a. Un método de investigación cuantitativa.
 - b. Un método de investigación cualitativa.
 - c. Un método de análisis estadístico.
 - d. Un método de muestreo.
 - e. Ninguno de los métodos anteriores.
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el error aleatorio y el error sistemático es cierta?:
- a. El error aleatorio no se puede analizar en la fase de análisis.
 - b. El error aleatorio no depende del azar.
 - c. El error aleatorio depende del azar.
 - d. El error sistemático no depende del tamaño de la muestra.
 - e. El error sistemático afecta a la precisión del estudio.
7. ¿Cuál de los siguientes es un muestreo no probabilístico?:
- a. Aleatorio simple.
 - b. Por conglomerados.
 - c. Aleatorio sistemático.
 - d. Consecutivo.
 - e. Simple.
8. Un estudio que quiere analizar los factores de riesgo de esquizofrenia a partir del seguimiento de adolescentes consumidores de cannabis y de adolescentes no consumidores, se trata de un estudio:

- a. Cohortes retrospectivas.
 - b. Casos y controles.
 - c. Intervención.
 - d. Cohortes prospectivas.
 - e. Analítico.
9. Los cuestionarios son la principal fuente de información de los estudios:
- a. Primarios.
 - b. Secundarios.
 - c. Terciarios.
 - d. a) y b).
 - e. Ecológicos.
10. En relación con la confusión es correcto que:
- a. Puede ser un paso intermedio entre exposición y enfermedad.
 - b. Puede afectar a la validez interna del estudio.
 - c. No se puede evaluar en la fase de análisis de los datos.
 - d. Puede evaluarse en la fase de análisis de los datos.
 - e. Tiene que estar únicamente relacionada con la enfermedad de estudio.
11. Un grado de significación o p superior al 5% nos indica de forma más probable que:
- a. Existe relación entre las dos variables que estamos estudiando.
 - b. Podemos rechazar la hipótesis nula.
 - c. Podemos aceptar la hipótesis alternativa.
 - d. No existen diferencias entre los dos grupos que estamos estudiando.
 - e. c) y d).
12. En relación con las hipótesis es cierto que:
- a. Siempre se deben redactar en los estudios descriptivos.
 - b. Se redactan en forma de infinitivo.
 - c. Son enunciados afirmativos.
 - d. Son enunciados negativos.
 - e. No son obligatorias en los estudios analíticos.
13. Un estudio observacional es:
- a. Un estudio descriptivo.
 - b. Un caso control.
 - c. Un estudio de casos y controles.
 - d. Un estudio de cohortes.
 - e. a), c) y d) son correctas.
14. Para ser autor de un artículo original es necesario:
- a. Haber participado únicamente en la fase de diseño del estudio.
 - b. Participar siempre en la fase de análisis de los datos.
 - c. Participar exclusivamente en la fase de análisis de datos.
 - d. Haber participado en la fase de diseño y en la redacción y revisión del manuscrito.

- e. El participar en la fase de diseño y recogida de datos ya es suficiente para ser autor.

APÉNDICE

Respuestas

Capítulo 1

1. Kleinman sostiene que el modelo explicativo consiste en una serie de nociones compartidas socialmente que contribuyen a comprender los procesos de salud/enfermedad mental más sus tratamientos y cuidados. Estos modelos varían histórica y culturalmente.
2. La locura, demencia o alienación ha sido interpretada como un fenómeno caracterizado por una asimetría especialmente impactante respecto a las creencias, valores, sentimientos y, finalmente, conductas dominantes a lo largo de la historia.
3. El paradigma teológico, el racional tecnológico, el hermenéutico y el sociocrítico. En el teológico el enfermo mental es un endemoniado o un pecador o ambas cosas; en el paradigma racional tecnológico la enfermedad mental se debe a un agente físico que interfiere el funcionamiento de la mente (un tumor en el cerebro, por ejemplo); en el hermenéutico el enfermo mental es escuchado y su situación se comprende a través de la comunicación interactiva paciente y enfermero; en el paradigma sociocrítico, además de ser escuchado y comprendido, el enfermo mental y su entorno participan de forma activa en el proceso de planificación de sus cuidados de salud mental.
4. Por unidad funcional entendemos la estructura social básica de convivencia y socialización transmisora de los conocimientos, creencias, valores, sentimientos, prejuicios, etc., que en cada momento histórico han servido de base conceptual y estética para entender la enfermedad mental y conferirle una lógica terapéutica a sus cuidados.
5. La historia cultural permite un acercamiento real al fenómeno de la enfermedad mental y sus cuidados, dado que permite su observación histórica sin caer en el reduccionismo y permitiendo el análisis del complejo entramado de factores incidentales.

Capítulo 6

1. d
2. a
3. a
4. b
5. d
6. b
7. b
8. a

- 9. c
- 10. c
- 11. a
- 12. b

Capítulo 7

- 1. a
- 2. a
- 3. b
- 4. c
- 5. c
- 6. a
- 7. d
- 8. d
- 9. d
- 10. e

Capítulo 8

- 1. c
- 2. c
- 3. b
- 4. a
- 5. b
- 6. a
- 7. c
- 8. b
- 9. a
- 10. d

Capítulo 9

- 1. b
- 2. b
- 3. b
- 4. c
- 5. c
- 6. b
- 7. c
- 8. b
- 9. a
- 10. a

Capítulo 10

1. d
2. c
3. d
4. c
5. d
6. a
7. c
8. e
9. d
10. d

Capítulo 12

1. d
2. d
3. a
4. b
5. d
6. d
7. d
8. a
9. d

Capítulo 13

1. c
2. a
3. c
4. e
5. b
6. d
7. c
8. b
9. d
10. a

Capítulo 15

1. c
2. d
3. c
4. d

- 5. b
- 6. c
- 7. d
- 8. c

Capítulo 16

- 1. c
- 2. d
- 3. a
- 4. d
- 5. b
- 6. e
- 7. a
- 8. d
- 9. d
- 10. d

Capítulo 17

- 1. c
- 2. a
- 3. d
- 4. a
- 5. b
- 6. b
- 7. d
- 8. c
- 9. c
- 10. d

Capítulo 18

- 1. d
- 2. a
- 3. b
- 4. c
- 5. b
- 6. b
- 7. c
- 8. c
- 9. d
- 10. a

Capítulo 22

1. e
2. c
3. a
4. b
5. d

Capítulo 23

1. d
2. e
3. e
4. a
5. e
6. e.
7. c.
8. e.
9. d.
10. e.

Capítulo 24

1. e
2. e
3. b
4. a

Capítulo 25

1. d
2. c
3. c
4. c
5. b
6. d
7. d
8. b
9. a
10. d

Capítulo 26

1. b

2. d
3. c
4. d
5. d
6. d
7. a
8. e
9. d
10. b

Capítulo 30

1. d
2. b
3. a
4. d
5. b
6. d
7. d
8. d
9. a
10. b
11. d
12. c
13. e
14. d



Índice alfabético

A

Actuaciones de enfermería en pacientes

con ansiedad, [89](#)

con depresión, [89](#)

Afectividad, alteraciones de la, [66](#)

alexitimia, [66](#)

ambitimia, [66](#)

anhedonia, [66](#)

ansiedad, [67](#)

disforia, [66](#)

hipertimia, [66](#)

hipotimia, [66](#)

incontinencia afectiva, [66](#)

indiferencia afectiva, [66](#)

irritabilidad, [66](#)

labilidad afectiva, [66](#)

paratimia, [66](#)

Alianza terapéutica, [261](#)

Alteraciones de la conciencia, [60](#)

cuantitativas, [60](#)

coma, [60](#)

delirium, [60](#)

estados crepusculares, [60](#)

hipervigilia, [60](#)

letargia, [60](#)

obnubilación, [60](#)

- somnolencia, [60](#)
- sopor, [60](#)
- del mundo circundante, [61](#)
 - astereognosia, [61](#)
 - desrealización, [61](#)
 - prosopagnosia, [61](#)
- del propio yo, [60](#)
 - anosognosia, [60](#)
 - asomatognosia, [61](#)
 - miembro fantasma, [61](#)
- del yo psíquico, [61](#)
 - despersonalización, [61](#)
- Anciano(s), [255](#)
 - ansiolíticos, [255](#)
 - antidepresivos, [255](#)
 - antipsicóticos, [255](#)
 - eutimizantes, [255](#)
 - trastornos
 - afectivos en el, [86](#)
 - cognitivos, [87](#)
- Ansiedad, [134](#), [254](#)
 - generalizada, [135](#)
 - manifestaciones, [134](#)
 - componente
 - cognitivo, [134](#)
 - fisiológico, [134](#)
 - motor, [134](#)
 - normal, [134](#)
 - patológica, [134](#)
 - secundaria a procesos somáticos, [85](#)

trastorno

de ansiedad inducido por sustancias, [85](#)

por estrés postraumático, [86](#)

flashes, [86](#)

terapéutica farmacológica de la, [254](#)

y demencia, [86](#)

y depresión, [86](#)

Antipsicóticos, [250](#)

Aspectos

éticos y legales, [90](#)

fundamentales de la urgencia psiquiátrica, [233](#)

Atención

especializada en salud mental, [331](#)

primaria, [220](#)

Autoconcepto, [150](#)

plan terapéutico de enfermería para respuestas maladaptativas ante el autoconcepto, [148](#), [150](#)

C

Cleptomanía, [203](#)

consecuencias, [203](#)

factores de riesgo, [203](#)

síntomas, [203](#)

tratamiento, [203](#)

Competencias profesionales del personal de enfermería en rehabilitación, [311](#)

actitudinales, metodológicas y éticas, [311](#)

conocimiento del marco conceptual, [311](#)

formación específica y actualización, [311](#)

habilidades personales, [312](#)

manejo de los instrumentos y técnicas de rehabilitación psicosocial, [311](#)

Comunicación, [32](#)

antes de relacionarme con el paciente, [33](#)

cierre, [40](#)

durante la relación con el paciente, [33](#)

descodificación, [35](#)

emisor, [34](#)

receptor, [34](#), [35](#)

eliminación, [35](#)

generalizaciones, [35](#)

la descodificación, [35](#)

Consumo de sustancias, [215](#)

factores de riesgo, [215](#)

asociados

a la persona, [216](#)

a las drogas, [216](#)

al medio, [216](#)

deshabitación, [219](#)

rehabilitación-reinserción, [219](#)

Cuidados de enfermería, [257](#)

Cuidar, [6](#)

Custodiar, [6](#)

D

Deficiencia mental, [96](#)

disartrias, [97](#)

disglosias, [97](#)

multimodal, [96](#)

psicofármacos, [96](#)

Delirium, [73](#)

alteración de la conciencia, [73](#)

- alteración del ciclo sueño-vigilia, [73](#)
- alteraciones del comportamiento, [73](#)
- psicomotor, [73](#)

Demencia(s), [74](#), [87](#)

- afasia, [74](#)
- agnosia, [74](#)
- apraxia, [74](#)
- de etiología múltiple, [75](#)
- degeneraciones lobulares frontotemporales, [75](#)
- enfermedad
 - de Creutzfeldt-Jakob, [75](#)
 - de Huntington, [75](#)
 - de Parkinson, [74](#)
- primarias o degenerativas, [74](#)
 - con cuerpos de Lewy, [74](#)
 - tipo Alzheimer, [74](#)
- secundarias, [75](#)
- trastorno(s), [75](#)
 - amnésico, [75](#)
 - cognoscitivos, [76](#)
 - síndrome(s), [76](#)
 - posconmocional, [76](#)
 - postencefalítico, [76](#)
 - neurocognitivo leve, [74](#)
- vasculares, [74](#)

Depresión, [122](#), [253](#)

- demencia y pseudodemencia, [87](#)
 - pensamientos depresivos, [87](#)
 - síntomas depresivos, [87](#)
- mayor, [86](#)

depresión grave, [86](#)

terapéutica farmacológica, [253](#)

síndrome de retirada, [253](#)

Derechos

de los pacientes mentales, [330](#)

tutelas e internamiento involuntario, [330](#)

y deberes de los pacientes, [334](#)

consentimiento informado, [335](#)

deberes, [334](#)

derecho del paciente a la información sobre su estado de salud, [335](#)

historia clínica, [335](#)

obligaciones de los ciudadanos, [334](#)

voluntades anticipadas, [334](#)

Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders, [73](#)

IV-TR, definición y criterios diagnósticos, [205](#)

tratamiento

F.63.0 juego patológico, [206](#)

F.63.1 piromanía, [206](#)

F.63.2 cleptomanía, [206](#)

F.63.3 tricotilomanía, [207](#)

F.63.9 trastorno del control de los impulsos no especificado, [207](#)

F63.8 trastorno explosivo intermitente, [205](#)

Disfunciones sexuales, [180](#)

aversión sexual, [180](#)

deseo sexual hipoactivo, [180](#)

diagnósticos relacionados con el diagnóstico principal, [183](#)

disfunción

eréctil, [180](#)

sexual, [183](#)

efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, [181](#)

exhibicionismo, [182](#)

factores que influyen, [179](#)

biológicos, [179](#)

clasificación DSM-IV con códigos CIE-10, [180](#)

psicológicos, [179](#)

psicosexuales, [179](#)

socioeducativos, [179](#)

fetichismo, [182](#)

travestista, [183](#)

frotismo, [182](#)

masoquismo sexual, [182](#)

parafilia no especificada, [183](#)

parafilias, [182](#)

pedofilia, [182](#)

sadismo sexual, [182](#)

trastorno(s)

de excitación sexual en la mujer, [180](#)

de la identidad sexual, [183](#)

sexual inducido por sustancias, [181](#)

sexuales por dolor, [181](#)

orgásmicos, [181](#)

voyeurismo, [183](#)

Distimia, [86](#)

Distorsiones, [61](#)

dismegalopsia, [61](#)

hiperestesias, [61](#)

hipoestesias, [61](#)

macropsia, [61](#)

micropsia, [61](#)

sinestesia, [61](#)

Dominio(s), 45

1: promoción de la salud, 45

disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162), 45

estilo de vida sedentario, 45

gestión ineficaz

de la propia salud, 45

del régimen terapéutico familiar, 47

mantenimiento ineficaz de la salud, 48

tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, 45

2: nutrición, 48

3: eliminación e intercambio, 48

estreñimiento subjetivo, 48

4: actividad/reposo, 48

déficit de autocuidado:

alimentación, 48

vestido, 48

deprivación de sueño, 48

descuido personal, 48

deterioro de la ambulación, 48

fatiga, 48

vagabundeo, 48

5: percepción/cognición, 48

confusión

aguda, 49

crónica, 49

conocimientos deficientes, 49

control de impulsos ineficaz, 49

deterioro

de la comunicación verbal, 49

de la memoria, 49

riesgo de confusión aguda, 49

síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, 48

6: autopercepción, 49

baja autoestima

crónica, 50

situacional, 50

desesperanza, 49

riesgo

de baja autoestima

crónica, 50

situacional, 50

de compromiso de la dignidad humana, 50

de soledad, 50

trastorno

de la identidad personal, 50

de la imagen corporal, 50

7: rol/relaciones, 51

cansancio del rol de cuidador, 51

conflicto del rol parental, 52

desempeño ineficaz del rol, 52

deterioro

de la interacción social, 52

parental, 51

interrupción de los procesos familiares, 51

procesos familiares disfuncionales, 51

relación ineficaz, 52

riesgo

de cansancio del rol de cuidador, 51

de deterioro

de la vinculación, 51

- parental, [51](#)
- de relación ineficaz, [52](#)
- 8: sexualidad, [52](#)
 - disfunción sexual, [52](#)
 - patrón sexual ineficaz, [52](#)
 - proceso de maternidad ineficaz, [52](#)
 - riesgo
 - de alteración de la díada maternofetal, [52](#)
 - de proceso de maternidad ineficaz, [52](#)
- 9: afrontamiento/tolerancia al estrés, [52](#)
 - aflicción crónica, [53](#)
 - afrontamiento
 - defensivo, [53](#)
 - familiar
 - comprometido, [53](#)
 - incapacitante, [53](#)
 - ineficaz, [53](#)
 - de la comunidad, [53](#)
- ansiedad, [54](#)
- ante la muerte, [54](#)
- deterioro
 - de la resiliencia personal, [55](#)
 - generalizado del adulto, [54](#)
- disposición para mejorar, el
 - afrontamiento, [54](#)
 - de la comunidad, [54](#)
 - familiar, [54](#)
 - poder, [55](#)
 - la resiliencia, [55](#)
- duelo, [54](#)

- complicado, 54
 - riesgo de, 54
- estrés por sobrecarga, 54
- impotencia, 54
 - riesgo de, 55
- negación ineficaz, 55
- planificación ineficaz de las actividades, 55
- riesgo
 - de compromiso de la resiliencia, 55
 - de planificación ineficaz de las actividades, 55
 - de síndrome
 - de estrés del traslado, 52
 - postraumático, 53
- síndrome
 - de estrés del traslado, 52
 - del trauma posviolación, 52
 - postraumático, 53
- temor, 55
- 10: principios vitales, 55
 - conflicto de decisiones, 56
 - deterioro de la religiosidad, 56
 - disposición para mejorar
 - bienestar espiritual, 56
 - esperanza, 55
 - religiosidad, 56
 - toma de decisiones, 56
- incumplimiento, 56
- riesgo
 - de deterioro de la religiosidad, 56
 - de sufrimiento espiritual, 56

sufrimiento

espiritual, [56](#)

moral, [56](#)

11: seguridad/protección, [56](#)

automutilación, [56](#)

riesgo de, [57](#)

suicidio, [57](#)

violencia

autodirigida, [57](#)

dirigida a otros, [57](#)

12: confort, [57](#)

aislamiento social, [57](#)

disconfort, [57](#)

disposición para mejorar el confort, [57](#)

dolor crónico, [57](#)

13: crecimiento/desarrollo, [57](#)

Drogas

ilegales o no institucionalizadas, [214](#)

sintéticas o de diseño, [214](#)

heroína, [214](#)

institucionalizadas, [214](#)

alcohol, [214](#)

tabaco, [214](#)

E

Educación para la salud, [317](#)

agentes de actuación, [321](#)

áreas de aplicación de la educación para la salud, [319](#)

determinantes sociales en la salud, [318](#)

diseño de un programa, [322](#)

- planificación participativa, [322](#)
- empowerment* o empoderamiento, [318](#)
- hábitos saludables, [318](#)
- modelos en EpS, [318](#)
 - salutogénico, [319](#)
- promoción de la salud, [317](#)
- Efectos adversos, [257](#)
 - biperideno, [257](#)
 - dependencia, [258](#)
 - disfunción sexual, [257](#)
 - estados confusionales, [257](#)
 - flumazenilo, [258](#)
 - galactorrea, [257](#)
 - ginecomastia, [257](#)
 - hipotensión ortostática, [257](#)
 - tolerancia, [258](#)
- Embarazo y lactancia, [256](#)
 - ansiolíticos, [257](#)
 - antidepresivos, [256](#)
 - antipsicóticos, [256](#)
 - litio, [257](#)
- Empatía, [38](#)
 - nivel para medirla, [38](#)
- Enfermedad(es)
 - de Alzheimer, [90](#)
 - mental, [See Trastorno mental](#)
 - severa, [307](#)
 - modelo de vulnerabilidad-estrés, [308](#)
- Enfermería en salud mental comunitaria, [301](#)
 - procesos clave, [301](#)

actividades

de colaboración médica, [302](#)

actuación enfermera en el tratamiento con, [302](#)

antipsicóticos depot, [302](#)

clozapina, [302](#)

con litio, [302](#)

de prevención y promoción de la salud mental, [302](#)

atención domiciliaria, [301](#)

consulta de enfermería, [301](#)

intervención enfermera, [301](#)

en crisis, [303](#)

en primer brote psicótico, [303](#)

en la continuidad de cuidados, [303](#)

dentro de los programas comunitarios, [301](#)

en salud mental comunitaria, [302](#)

terapias grupales, [304](#)

Entrevista motivacional, [267](#)

etapas de la rueda del cambio, [268](#)

acción, [269](#)

contemplación, [269](#)

mantenimiento, [269](#)

precontemplación, [268](#)

preparación, [269](#)

recaída, [269](#)

Envejecimiento, *See* [Vejez](#)

Epidemiología de la enfermedad mental, [18](#)

American Psychiatric, [18](#)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, [18](#)

abuso del alcohol, [18](#)

ansiedad, [18](#)

- consumo de alcohol, [18](#)
- depresión mayor, [18](#)
- distimia, [18](#)
- ESEMeD, [18](#)
- estado de ánimo, [18](#)
- fobia específica, [18](#)
- metaanálisis, [18](#)
- prevalencia, [18](#)
- sustancias, [18](#)
- Escucha activa, [36](#)
 - actitudes, [36](#)
 - físicas, [36](#)
 - psicológicas, [37](#)
 - clarificación, [36](#)
 - efectos, [37](#)
 - escuchar, [36](#)
- Esquizofrenia, [105](#), [252](#)
 - clasificación, [109](#)
 - cuidados de enfermería, [113](#)
 - intervenciones de enfermería
 - al paciente tratado con TEC, [117](#)
 - fase pre-TEC, [117](#)
 - fase post-TEC, [117](#)
 - ante paciente con alteraciones de la percepción o cognitivas, [117](#)
 - fase aguda, [114](#)
 - fase estable o de mantenimiento, [116](#)
 - fase residual de la enfermedad, [116](#)
 - pacientes con trastorno psicótico, [116](#)
- epidemiología, [108](#)
 - incidencia, [108](#)

- prevalencia, [108](#)
- etiología, [108](#)
 - hipótesis
 - bioquímicas, [109](#)
 - genéticas, [108](#)
 - teoría del neurodesarrollo, [109](#)
- factores de riesgo para el desarrollo de la, [108](#)
- intervenciones familiares, [112](#)
- psicoeducación, [113](#)
- sintomatología, [109](#)
 - síntomas, [109](#)
 - desorganizados, [109](#)
 - negativos, [109](#)
 - positivos, [109](#)
- terapéutica farmacológica, [252](#)
- terapia
 - cognitivo-conductual, [112](#)
 - electroconvulsiva, [112](#)
 - psicológica, psicoeducativa y psicosocial, [112](#)
- tratamientos farmacológicos, [111](#)
 - antipsicóticos atípicos, [112](#)
 - efectos adversos, [112](#)
 - fármacos antipsicóticos, [111](#)
 - síntomas extrapiramidales (SEP), [111](#)
 - acatisia, [112](#)
 - discinesia tardía, [112](#)
 - disonía aguda, [111](#)
 - síndrome neuroléptico maligno, [112](#)
- Etnografía, [342](#)

F

F63.9 trastorno del control de los impulsos no especificado, [205](#)

consecuencias, [205](#)

factores de riesgo, [205](#)

síntomas, [205](#)

tratamiento, [205](#)

Fases de la respuesta sexual humana, [178](#)

excitación, [178](#)

meseta, [178](#)

orgasmo, [178](#)

resolución, [178](#)

Feedback, [38](#)

Fenomenología, [342](#)

Fobias, [136](#)

Formación de especialistas, [331](#)

G

Grupo multifamiliar, [103](#)

H

Hipersomnia no orgánica, [171](#)

Hipnograma, [167](#)

Hipnosedantes, [214](#)

Holístico, [19](#)

cronicidad, [19](#)

duelo, [19](#)

enfermeras comunitarias, [19](#)

I

Impacto social de las enfermedades mentales, [19](#)

- gastos
 - indirectos, [19](#)
 - sociales, [19](#)
- PIB, [19](#)
- productividad laboral, [19](#)
- Impulso(s), [200](#)
- Infancia y adolescencia, [18](#)
 - incidencia y prevalencia de trastornos mentales, [18](#)
- Insomnio, [166](#)
 - género, [166](#)
 - genéticos, [166](#)
 - intervenciones psicológicas, [172](#)
 - manifestaciones clínicas, [168](#)
 - prevalencia, [168](#)
 - psicológicos, [166](#)
 - tratamiento, [172](#)
- Interacciones, [257](#)
 - etanol, [258](#)
 - prolongación del intervalo QT, [257](#)
- Intervención en crisis, [232](#)
 - plan de cuidados, [232](#)
- Intervenciones de enfermería, [207](#)
 - NANDA, [207](#)
 - NOC, [207](#)
- Investigación, [341](#)
 - aspectos estadísticos, [346](#)
 - búsqueda bibliográfica, [343](#)
 - consideraciones éticas, [348](#)
 - cualitativa, [341](#)
 - cuantitativa, [341](#)

- cuestionarios, [345](#)
- diseño del estudio, [344](#)
 - clasificación, [344](#)
- estudio(s)
 - de casos y controles, [344](#)
 - de cohortes, [344](#)
 - experimentales, [345](#)
- limitaciones, [347](#)
 - error, [347](#)
 - aleatorio, [347](#)
 - sistemático, [347](#)
- métodos de muestreo, [345](#)
- población, [345](#)
 - diana, [345](#)
 - muestra, [345](#)
 - origen, [345](#)
- pregunta de investigación, [343](#)
 - hipótesis, [344](#)
 - objetivos, [344](#)
- protocolo, [342](#)
- revisiones sistemáticas, [345](#)
- variables, [345](#)

J

- Juego patológico, [204](#)
 - consecuencias, [204](#)
 - factores de riesgo, [204](#)
 - síntomas, [204](#)
 - tratamiento, [204](#)

L

Historia de los cuidados de salud mental, [3](#)

construcción simbólica, [4](#)

historia cultural, [3](#)

modelos explicativos, [3](#)

paradigma, [4](#)

Lenguaje, [62](#)

alteraciones del, [64](#)

afasia, [65](#)

alteraciones

de la significación, [65](#)

del ritmo, [65](#)

ausencia de lenguaje o mutismo, [64](#)

disartria, [65](#)

dislalia, [65](#)

trastornos iterativos, [65](#)

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente, [90](#), [334](#)

M

Manejo de las quejas somáticas, [269](#)

Memoria, alteraciones de la, [65](#)

amnesia, [66](#)

hipermnesias, [65](#)

hipomnesias, [66](#)

paramnesias, [66](#)

Metaparadigma enfermero, [22](#)

Método científico, [341](#)

Modelos

de enfermería en salud mental, [22](#)

de sistemas de Betty Neuman, [24](#)

- adaptación, [24](#)
- elementos estresantes, [24](#)
- líneas de resistencia, [24](#)
- persona-sistema, [24](#)
- prevención
 - primaria, [24](#)
 - secundaria, [24](#)
 - terciaria, [24](#)
- reconstitución, [24](#)
- sistema abierto, [24](#)
- del sistema conductual de Johnson, [22](#)
 - de la asistencia en enfermería psiquiátrica, [24](#)
 - fuerza reguladora externa, [23](#)
 - modelo de adaptación al estrés, [24](#)
 - tensión, [23](#)
 - adaptativa, [23](#)
 - desadaptativa, [23](#)
 - teoría general de sistemas, [22](#)
 - teorías conductuales, [22](#)
- teoría general del autocuidado de Dorothea Orem, [25](#)
 - autocuidado, [25](#)
 - de los sistemas de enfermería, [25](#)
 - autocuidado, [25](#)
 - déficit de autocuidado, [25](#)
- en psicología y psiquiatría, [15](#)
 - biologicista, [15](#)
 - biomédico, [15](#)
 - cognitivo, [16](#)
 - cogniciones, [16](#)
 - cognitivismo, [16](#)

- pensamientos
 - irracionales, [16](#)
 - racionales, [16](#)
- terapia
 - de Beck, [16](#)
 - racional-emotiva, [16](#)
- terapias cognitivo-conductuales, [16](#)
- conductual, [16](#)
- condicionamiento
 - clásico, [16](#)
 - operante, [16](#)
- conductas
 - adaptativas, [16](#)
 - refuerzos, [16](#)
 - desadaptativas, [16](#)
- conductismo, [16](#)
- desensibilización sistemática, [16](#)
- modelado, [16](#)
- integrador, [17](#)
- factores predisponentes, [17](#)
- precipitantes, [17](#)
- tratamientos combinados, [17](#)
- psicodinámico o psicoanálisis, [15](#)
- ello, [15](#)
- libido, [15](#)
- modelo integrado, [15](#)
- psicoanálisis, [15](#)
- psicoterapia psicoanalítica, [16](#)
- superyó, [15](#)
- sistémico familiar, [16](#)

sistema, [16](#)

familiar disfuncional, [16](#)

terapia familiar, [16](#)

social, [17](#)

antipsiquiatría, [17](#)

autoconcepto, [17](#)

autoconciencia, [17](#)

entorno comunitario, [17](#)

individuos socialmente «indeseables», [17](#)

marco social, [17](#)

movimiento comunitario de salud mental, [17](#)

normas sociales, [17](#)

N

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), [169](#)

Narcolepsia, [172](#)

etiología desconocida, [172](#)

Neurofisiología de la respuesta sexual, [179](#)

NIC (Nursing Interventions Classification), [30](#)

Niños, [255](#)

ansiolíticos, [256](#)

antidepresivos, [256](#)

fluoxetina, [256](#)

antipsicóticos, [256](#)

litio, [256](#)

NOC (Nursing Outcomes Classification), [30](#)

O

Objetivos de la RPS, [308](#)

aspectos metodológicos de la rehabilitación psicosocial, [308](#)

guía de práctica clínica sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave (2009), [308](#)

Ley General de Sanidad (1986), [308](#)

recursos sociosanitarios en la rehabilitación psiquiátrica, [309](#)

centros

de día, [310](#)

de rehabilitación, [310](#)

dispositivos sanitarios, [309](#)

hospital de día de salud mental, [309](#)

residencias de media y larga estancia, [310](#)

tratamiento asertivo comunitario (TAC), [309](#)

Orientación, [62](#)

desorientación, [62](#)

doble orientación, [62](#)

falsa orientación, [62](#)

P

PAE (práctica asistencial de enfermería), [184](#)

diagnóstico, [185](#)

definición de diagnóstico, [185](#)

formulación del diagnóstico PES, [185](#)

ejecución, [186](#)

evaluación, [186](#)

evaluar la efectividad de la intervención de enfermería, [186](#)

planificación, [185](#)

NIC, [185](#)

NOC, [185](#)

valoración, [184](#)

continua, [184](#)

inicial, [184](#)

Paradigma, 4

hermenéutico, 4

racional tecnológico, 4

sociocrítico, 4, 5

teológico, 4

visión estructural, 4

elemento funcional, 4, 5

marco funcional, 4, 5

unidad funcional, 4, 5

Pensamiento, 62

alteraciones del, 62

bloqueo del, 63

bradipsiquia, 62

fuga de ideas, 63

ideas

delirantes, 63

de inserción o imposición, 64

de irradiación o difusión, 64

de lectura, 64

obsesivas, 63

sobrevaloradas, 63

pensamiento

circunstancial, 63

disgregado, 63

incoherente, 63

perseverante, 63

prolijo, 63

robo del pensamiento, 64

taquipsiquia, 62

Percepciones engañosas, 61

alucinaciones, [61](#)

alucinosis, [62](#)

ilusiones, [61](#)

pseudoalucinación, [61](#)

Personalidad, [191](#)

Pesadillas, [172](#)

Piromanía, [203](#)

consecuencias, [203](#)

factores de riesgo, [203](#)

síntomas, [203](#)

tratamiento, [203](#)

Planificación de la intervención en RHS con TMS, [312](#)

elaboración del plan individualizado de rehabilitación (PIR), [313](#)

evaluación inicial, [312](#)

Prestación sociosanitaria, [331](#)

Prestaciones sanitarias, [331](#)

Principales síndromes en urgencias psiquiátricas, [227](#)

pacientes, [227](#)

con agitación psicomotriz, [230](#)

plan de cuidados, [230](#)

con ansiedad, [227](#)

plan de cuidados, [227](#)

con conducta violenta, [228](#)

plan de cuidados, [229](#)

Proceso

de atención de enfermería, [22](#), [25](#)

diagnóstico, [29](#)

ejecución, [30](#)

evaluación, [30](#)

planificación, [30](#)

valoración, [26](#)

antecedentes, [27](#)

datos

objetivos, [26](#)

subjctivos, [26](#)

exploración

del estado mental, [28](#)

física, [27](#)

fuentes colaterales, [26](#)

historia personal, [27](#)

personalidad premórbida, [27](#)

de cuidados en la unidad psiquiátrica, [291](#)

diagnóstico, [292](#)

ejecución, [293](#)

evaluación, [294](#)

planificación, [292](#)

criterios de resultados, [293](#)

intervenciones, [293](#)

prioridades, [292](#)

registro del plan de cuidados, [293](#)

valoración, [291](#)

enfermero, [264](#)

en el trastorno mental orgánico, [76](#)

valoración de enfermería por patrones funcionales de salud, [76](#)

diagnóstico de enfermería, [77](#)

actuación y cuidados de enfermería, [77](#)

intervenciones de enfermería en el ámbito familiar, [77](#)

Programas

calidad de los, [324](#)

lista de verificación, [324](#)

de intervención, [314](#)

entrenamiento en

autonomía personal (AVD), [314](#)

habilidades sociales (HHSS). Competencia social, [314](#)

HHSS

básicas, [314](#)

complejas, [314](#)

intervención familiar, [314](#)

ocio y tiempo libre, [315](#)

psicoeducación familiar, [314](#)

psicomotricidad y cuidado físico, [315](#)

rehabilitación cognitiva, [314](#)

de mantenimiento en la comunidad, [315](#)

Psicoeducación, [264](#)

Psicofármacos, [250](#)

ansiolíticos e hipnóticos, [253](#)

benzodiazepinas, [253](#)

antidepresivos, [252](#)

agonistas selectivos de los receptores MT1 y MT2 de la melatonina, [253](#)

antagonistas de los receptores α_2 presinápticos, [252](#)

inhibidores

de la monoaminoxidasa, [252](#)

selectivos de la recaptación

de noradrenalina, [252](#)

de serotonina, [252](#)

síndrome serotoninérgico, [253](#)

teoría monoaminérgica, [252](#)

terapéutica farmacológica de la depresión, [253](#)

tricíclicos, [252](#)

antipsicóticos, [250](#)

atípicos, [251](#)

clozapina, [251](#)

quetiapina, [251](#)

terapéutica farmacológica de la esquizofrenia, [252](#)

típicos, [250](#)

litio y eutimizantes, [254](#)

otros fármacos usados en el trastorno bipolar, [255](#)

Psicomotricidad, [67](#)

acatisia, [67](#)

bradicinesia, [67](#)

catalepsia, [67](#)

catatonia, [67](#)

estupor, [67](#)

inhibición psicomotriz, [67](#)

tics, [67](#)

Psicopatología de la atención, [62](#)

aprosexia, [62](#)

fatigabilidad, [62](#)

hiperprosexia, [62](#)

hipoprosexia, [62](#)

perplejidad, [62](#)

Psicoterapia, [260](#)

de pareja, [261](#)

familiar, [261](#)

sistémica, [261](#)

individual, [261](#)

inespecífica, [261](#)

terapia

cognitivo-conductual, [263](#)

humanística, [262](#)

psicoanalítica, [262](#)

Publicación científica, [348](#)

R

Recursos tecnológicos, [277](#)

e-TIOBE, [280](#)

el mundo de EMMA, [277](#)

lámpara mágica, [279](#)

mayordomo, [279](#)

sonreír es divertido, [279](#)

terapia emocional *on line*, [279](#)

Red de atención a las drogodependencias, [220](#)

recursos de atención, [220](#)

Reforma de la enfermería mental, [9](#)

Rehabilitación

en personas con trastorno mental grave, [264](#)

gestión por procesos, [264](#)

programas de continuidad de cuidados, [264](#)

terapia asertiva comunitaria, [264](#)

psicosocial (RPS), [306](#)

objeto de la rehabilitación psicosocial (RPS), [307](#)

Relación de ayuda, [261](#)

fases, [261](#)

acogida, [261](#)

despedida, [261](#)

trabajo, [261](#)

Responsabilidad profesional del personal sanitario, [335](#)

responsabilidad

civil, [336](#)

disciplinaria, 336
 patrimonial, 336
 penal, 335

Retraso mental, *See* Deficiencia mental

S

Salud, 13

mental, 13, 330, 333

atención especializada, 331

community-based mental health model, 330

componentes, 13

autoconcepto, 13

autodominio, 13

autoestima, 13

autopercepción, 13

capacidad de adaptación, 13

dominio del entorno, 13

orientación al crecimiento, 13

relaciones sociales, 13

yo, 15

comunidad terapéutica, centro de estancia media, 333

comunitaria, 296

dispositivos de salud mental comunitarios, 297

centros de rehabilitación

laboral, 300

psicosocial, 299

dispositivos residenciales, 300

apoyos residenciales externos, 300

minirresidencias, 300

pisos supervisados, 300

- el centro
 - de día de salud mental, [299](#)
 - de salud mental, [298](#)
- hospital de día, [299](#)
- hospitalización parcial a domicilio, [299](#)
- unidad de hospitalización breve o de corta estancia, [299](#)
 - psiquiatría de enlace o interconsulta, [299](#)
- unidades
 - específicas, [300](#)
 - rehabilitadoras de media y larga estancia, [300](#)
- enfermería
 - comunitaria, [297](#)
 - en salud mental, [297](#)
- modelo comunitario, [296](#)
- principios de la salud mental comunitaria, [298](#)
- procesos en salud mental comunitaria, [298](#)
- programas y procesos, [297](#)
- psiquiatría comunitaria, [297](#)
- reforma psiquiátrica, [296](#)
- desarrollo, [334](#)
- enfermero/a especialista en salud mental, [331](#)
- factores, [14](#)
 - biológicos, [14](#)
 - factores psicológicos, [14](#)
 - individuales, [14](#)
 - socioculturales, [14](#)
 - cultura y costumbres, [14](#)
 - estabilidad familiar, laboral y económica, [14](#)
 - patrones educativos, [14](#)
 - pertenencia a grupos sociales minoritarios, [14](#)

situaciones que afectan al individuo y que son vividas como estresantes, [14](#)

hospital de día de salud mental, [332](#)

ordenación, [333](#)

 principios y valores básicos, [333](#)

Ley General de Sanidad, [330](#)

marco legislativo, [330](#)

prevención

 secundaria, [19](#)

 terciaria, [19](#)

unidad

 de hospitalización

 de infancia y adolescencia, [332](#)

 psiquiátrica, [332](#)

 de rehabilitación de salud mental, [333](#)

 de salud mental infanto-juvenil, [332](#)

 unidad/centro o servicios de salud mental, [331](#)

Salutogénesis, [319](#)

 activos para la salud, [319](#)

 ideal salutogénico, [321](#)

Servicios sociales comunitarios, [331](#)

Síndrome(s) de Kleine-Levin, [171](#)

 polisomnografía, [171](#)

Somatización, [144](#)

 síntoma somático sin explicación médica, [144](#)

 trastorno funcional, [144](#)

Somnolencia y fatiga, [166](#)

Sonambulismo, [171](#)

 criterios diagnósticos, [171](#)

Sueño, [165](#), [167](#)

REM, [167](#)

Suicidio, [235](#)

aspectos éticos, [237](#)

concepto, [236](#)

deseo de morir, [236](#)

idea de suicidio, [236](#)

ideación suicida, [236](#)

representación suicida, [236](#)

cuidados de enfermería, [241](#)

diagnósticos enfermeros, [243](#)

plan de cuidados de enfermería, [243](#)

actividades

encaminadas

a controlar la conducta autolítica, [244](#)

a mejorar en el paciente el afrontamiento de situaciones conflictivas,
[244](#)

generales, [243](#)

planificación al alta del paciente, [244](#)

valoración de enfermería, [241](#)

patrones funcionales, [241](#)

actividad/ejercicio, [241](#)

afrontamiento/tolerancia al estrés, [243](#)

autopercepción/autoconcepto, [242](#)

cognitivo perceptivo, [242](#)

nutricional/metabólico, [241](#)

percepción/mantenimiento de la salud, [241](#)

rol/relaciones, [243](#)

sexualidad/reproducción, [243](#)

sueño/descanso, [242](#)

valores creencias, [243](#)

definición, [236](#)

diferencia entre grupos, [235](#)

edad, [236](#)

evaluación del riesgo suicida, [240](#)

factores

de riesgo, [238](#)

familiares/socioambientales, [240](#)

eventos vitales, [240](#)

factores sociofamiliares y ambientales, [240](#)

historia familiar, [240](#)

individuales, [238](#)

edad, [239](#)

enfermedad física/discapacidad, [239](#)

factores psicológicos, [239](#)

desesperanza, [239](#)

rigidez cognitiva, [239](#)

ideación suicida, [239](#)

sexo, [239](#)

trastornos mentales, [238](#)

otros factores de riesgo, [240](#)

acoso por parte de iguales, [240](#)

facilidad de acceso a armas, [240](#)

maltrato físico y/o abuso sexual, [240](#)

protectores, [240](#)

mitos del suicidio, [237](#)

morbilidad, [235](#)

mortalidad, [235](#)

Sustancia psicoactiva, [214](#)

clasificación, [214](#)

depresoras, [214](#)

estimulantes, [214](#)

sustancias psicodélicas, [214](#)

T

Tecnologías de la información y comunicación, [274](#)

e-therapy, [274](#)

internet, [276](#)

realidad

aumentada, [275](#)

virtual, [275](#)

Teoría(s)

de enfermería, [22](#)

de las relaciones interpersonales de Hildegarde Peplau, [25](#)

fundamentada, [342](#)

Terapias de psicofarmacología, [247](#)

Terrores del sueño (terrores nocturnos), [172](#)

Trastorno(s), [200](#)

adaptativo, [86](#)

afectivos del anciano, [86](#)

síndrome depresivo, [86](#)

EURODEP, [86](#)

suicidio, [86](#)

alimenticios, [156](#)

anorexia nerviosa, [156–158](#)

comorbilidades frecuentes, [158](#)

diagnóstico diferencial, [158](#)

sintomatología, [158](#)

bulimia nerviosa, [156–158](#)

síntomas, [157](#)

sintomatología, [158](#)

- cuidados de enfermería, [161](#)
- factores predisponentes, [159](#)
- síntomas, [157](#)
- tratamiento, [160](#)
- valoración por patrones funcionales, [162](#)
- bipolar, [87](#), [122](#)
 - delirios paranoides no congruentes, [87](#)
 - trastorno cognitivo, [87](#)
- cognitivos del anciano, [87](#)
 - demencia, [87](#)
 - tipo Alzheimer, [87](#)
 - vascular, [87](#)
 - deterioro cognitivo y demencias, [87](#)
 - enfermedad de Alzheimer, [87](#)
- de ansiedad, [134](#)
- de estrés postraumático, [138](#)
 - plan de cuidados, [141](#)
- de la comunicación o del lenguaje, [97](#)
 - alteraciones prosódicas, [97](#)
- de la conducta alimentaria, [156](#)
- de la eliminación, [98](#)
 - craneofaringioma, [98](#)
 - enuresis, [98](#)
 - mielomeningocele, [98](#)
- de la ingestión y de la conducta alimentaria, [99](#)
 - anorexia nerviosa, [99](#)
 - bulimia nerviosa, [99](#)
- de la personalidad, [191](#)
 - comorbilidad, [192](#)
 - abuso de sustancias, [192](#)

- abusos sexuales, [192](#)
- enfermedades mentales, [192](#)
- impulsividad, [193](#)
- inestabilidad afectiva, [193](#)
- trastorno
 - antisocial, [193](#)
 - esquizoide, [193](#)
 - esquizotípico, [193](#)
 - aislamiento, [193](#)
 - histriónico, [193](#)
 - límite, [193](#)
 - narcisista, [193](#)
 - obsesivo-compulsivo, [193](#)
 - paranoide, [193](#)
 - por
 - dependencia, [193](#)
 - evitación, [193](#)
- trastornos de la alimentación, [192](#)
 - impulsividad, [192](#)
- multicausalidad, [192](#)
- patrones funcionales de Marjory Gordon, [195](#)
 - actividad/ejercicio, [195](#)
 - déficit
 - actividades recreativas, [195](#)
 - de autocuidado: vestido/acicalamiento, [195](#)
 - deterioro en el mantenimiento del hogar, [195](#)
- adaptación/tolerancia al estrés, [198](#)
 - afrontamiento inefectivo, [198](#)
 - riesgo de violencia dirigida a otros, [198](#)
- autopercepción/autoconcepto, [197](#)

- ansiedad, [197](#)
- baja autoestima crónica, [197](#)
- desesperanza, [197](#)
- cognitivo/perceptivo, [196](#)
 - alteraciones sensoperceptivas, [196](#)
- percepción/mantenimiento de la salud, [195](#)
 - mantenimiento inefectivo de la salud, [195](#)
 - manejo inefectivo del régimen terapéutico, [195](#)
- rol/relaciones, [197](#)
 - interrupción de los procesos familiares, [197](#)
- sexualidad, [197](#)
 - patrones sexuales inefectivos, [197](#)
- sueño/descanso, [196](#)
 - deterioro del patrón de sueño, [196](#)
- valores/creencias, [198](#)
 - sufrimiento espiritual, [198](#)
- proceso de atención enfermera, [194](#)
 - cuidados enfermeros, [194](#)
 - diagnósticos enfermeros, [195](#)
- teoría
 - biológica, [192](#)
 - genética, [192](#)
 - sobre el entorno, [192](#)
 - sociológica, [191](#)
- de pánico, [136](#)
- del control de los impulsos, [200](#)
 - causas, [201](#)
 - lesiones en el COF, [201](#)
- medida de la impulsividad, [202](#)
 - cuestionarios autoadministrados, [202](#)

- impulsividad motora, [202](#)
- test de Gambling, [202](#)
- toma de decisiones, [202](#)
- del estado de ánimo, [122](#)
 - clínica de los trastornos del estado de ánimo, [124](#)
 - clínica del trastorno bipolar, [124](#)
 - depresión mayor, [124](#)
 - subtipos de trastorno bipolar, [124](#)
 - curso y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo, [125](#)
 - adherencia al tratamiento, [125](#)
 - riesgo de suicidio, [125](#)
 - enfoque de género sobre los trastornos del estado de ánimo, [126](#)
 - epidemiología y factores del riesgo, [122](#)
 - aportaciones desde la
 - neuroimagen, [123](#)
 - neuroquímica, [122](#)
 - etiología de los trastornos depresivos desde la perspectiva psicológica, [123](#)
 - factores
 - de riesgo psicosocial, [123](#)
 - genéticos, [122](#)
 - proceso enfermero de la persona con trastornos del estado de ánimo, [126](#)
 - tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, [125](#)
 - tratamiento
 - con terapia electroconvulsiva, [125](#)
 - farmacológico, [125](#)
 - tratamientos psicológicos, [126](#)
- del sueño
 - clasificación, [169](#)
 - CIE-10, [169](#)
 - criterios diagnósticos, [171](#)

- DSM-IV-TR, [169](#)
- insomnio no orgánico, [170](#)
 - sueño insatisfactorio, [170](#)
- otros trastornos del sueño, [169](#)
 - trastornos
 - extrínsecos del sueño, [169](#)
 - intrínsecos del sueño, [169](#)
- tratamiento farmacológico, [173](#)
 - benzodiazepinas, [174](#)
 - sedantes-hipnóticos, [173](#)
- delirante, [110](#)
 - subtipos, [110](#)
 - celotípico, [110](#)
 - erotomaniaco, [110](#)
 - grandiosidad, [110](#)
 - mixto, [110](#)
 - no especificado, [110](#)
 - persecutorio, [110](#)
 - somático, [110](#)
- disociativos, [148](#)
 - amnesia disociativa, [148](#)
 - BASK, [148](#)
 - fuga disociativa, [148](#)
 - plan de cuidados de enfermería en trastornos disociativos, [149](#)
 - trastorno
 - de despersonalización, [149](#)
 - de desrealización, [149](#)
 - de identidad disociativo, [148](#)
 - tratamiento, [149](#)
- esquizaafectivo, [110](#)

- esquizofreniforme, [110](#)
- explosivo intermitente, [202](#)
 - consecuencias, [202](#)
 - factores de riesgo, [202](#)
 - síntomas, [202](#)
 - tratamiento, [202](#)
- generalizados del desarrollo, [101](#)
 - autismo
 - atípico, [101](#)
 - infantil, [101](#)
 - síndrome
 - de Asperger, [101](#)
 - de Rett, [101](#)
 - trastorno
 - desintegrativo (síndrome de Heller), [101](#)
 - esquizoide, [101](#)
 - hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados, [101](#)
- inducidos por sustancias, [215](#)
 - dependencia, [215](#)
 - desintoxicación, [219](#)
 - intervención, [216](#)
 - intoxicación, [215](#)
- modelo
 - de intervención terapéutica, [217](#)
 - transteórico (MTT) del cambio, [217](#)
- prevención
 - primaria, [216](#)
 - período
 - clínico, [216](#)
 - de latencia, [216](#)

- patogénico, 216
- secundaria, 216
- síndrome de abstinencia, 215
- tolerancia, 215
 - deseo de droga, 215
- mental, 14
 - anormalidad psíquica, 14
 - criterio
 - biomédico, 14
 - puramente estadístico, 14
 - social, 14
 - subjetivo, 14
 - desviación de la normalidad, 14
 - orgánico, 73
- no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano), 171
 - criterios de diagnóstico, 171
 - no especificados, 172
- obsesivo-compulsivos, 137
- por consumo de sustancias, 211, 215
 - abuso, 215
 - dependencia, 215
- por déficit de atención y comportamiento perturbador, 102
- psicótico breve, 111
- psicóticos, 88
- somatomorfos, 143
 - conversión, 143, 145
 - ganancia
 - primaria, 145
 - secundaria, 145
 - mecanismo, 143

- por síntomas funcionales neurológicos en DSM-5, [145](#)
- dismórfico corporal, [146](#)
 - dismorfofobia, [146](#)
- hipocondría, [146](#)
- multisomatomorfo, [145](#)
- plan de cuidados de enfermería en trastornos somatomorfos, [147](#)
- por dolor, [145](#)
 - prevalencia, [146](#)
 - psicógeno, [145](#)
 - somatoforme, [145](#)
 - trastorno(s) de ansiedad por enfermedad, [146](#)
- por síntomas somáticos en DSM5, [144](#)
- prevalencia, [144](#)
- somatización, [145](#)
- somatomorfo indiferenciado, [145](#)
- terapia psicológica de los trastornos somatomorfos, [146](#)

Tratamiento(s)

- adherencia al, [117](#)
- psicológicos, [272](#)
 - basados en la evidencia, [272](#)
- somáticos, [247](#)

Tricolomanía, [204](#)

- consecuencias, [205](#)
- factores de riesgo, [204](#)
- síntomas, [204](#)
- tratamiento, [205](#)

U

- Unidad de hospitalización psiquiátrica, [287](#)
 - características estructurales y funcionales, [289](#)

- físicas y estructurales, [289](#)
- funcionales, [289](#)
- definición y funciones, [287](#)
- equipo asistencial, [289](#)
 - funciones, [290](#)
 - profesionales, [289](#)
- indicación de ingreso, [288](#)
- modalidades de ingreso, [288](#)
 - involuntario, [289](#)
 - voluntario, [289](#)
- Urgencias psiquiátricas, [225](#)

V

Valoración de la familia, [267](#)

- genograma, [267](#)
- subsistemas, [267](#)
 - filial, [267](#)
 - parental, [267](#)

Vejez, [84](#)

- trastornos asociados, [84](#)
 - fobias, [85](#)
 - pánico, [85](#)
 - trastorno(s)
 - de angustia o pánico, [85](#)
 - riesgo de suicidio, [85](#)
 - de ansiedad, [85](#)
 - generalizada (tag), [85](#)
 - generalizada, [85](#)
 - depresivos, [85](#)
 - obsesivo-compulsivo, [85](#)

Índice

Portada	2
Índice de capítulos	4
Página de créditos	17
Colaboradores	20
Prefacio	26
Parte I: Introducción a la enfermería psiquiátrica y salud mental	28
Capítulo 1: Historia de los cuidados de salud mental	30
Introducción	31
De la custodia al cuidado del enfermo mental	39
Custodia y enajenados o poseídos en el marco del paradigma teológico	41
Custodia y cuidados en el marco histórico y cultural del paradigma racional tecnológico	44
Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma hermenéutico	50
Los cuidados de salud mental en el marco histórico y cultural del paradigma sociocrítico	51
Conclusiones	53
Capítulo 2: Concepto de salud mental y epidemiología psiquiátrica	58
Salud mental y enfermedad mental	60
Modelos en psicología y psiquiatría. Etiología de la enfermedad mental	64
Epidemiología de la enfermedad mental	70
Promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental	73
Capítulo 3: El proceso de atención de enfermería en salud mental	82
Principales modelos de enfermería en salud mental	84
Aplicación del proceso de atención de enfermería en los cuidados de enfermería en psiquiatría y salud mental	92
Capítulo 4: La relación de ayuda con el paciente que sufre de enfermedad mental	107
Introducción	109
Principios generales	110
Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente	111
Durante la relación con el paciente	113
Importancia de practicar el resumen	126
Cómo actuar ante las preguntas	127

Saber desconectar y no llevarse consigo los problemas de los pacientes	128
Cierre y despedida	129
Parte II: Enfermería psiquiátrica y principales trastornos de salud mental, psicopatología y clínica psiquiátrica	131
Capítulo 5: Nosografías y sistemas de clasificación enfermeras (NANDA, NIC, NOC, CIPE) aplicadas en la enfermería de salud mental	133
Introducción	135
Diagnósticos NANDA más comunes en personas que presentan trastornos mentales	142
Capítulo 6: Procesos psicopatológicos básicos	169
Introducción	172
Psicopatología de la conciencia	173
Psicopatología de la sensopercepción	176
Psicopatología de la atención y orientación	179
Psicopatología del pensamiento y del lenguaje	181
Psicopatología de la memoria	189
Psicopatología de la afectividad	191
Psicopatología de la psicomotricidad	193
Resumen	196
Sección 2.1: Demencias	199
Capítulo 7: Trastorno mental orgánico	201
Introducción: concepto de trastorno mental orgánico	202
Proceso enfermero en el trastorno mental orgánico	208
Capítulo 8: Psicogeriatría: trastornos mentales en la vejez	221
Introducción	224
Trastornos asociados a la vejez	226
Trastornos mentales más frecuentes en la vejez	227
Ansiedad secundaria a procesos somáticos	229
Ansiedad y depresión	230
Ansiedad y demencia	231
Trastornos afectivos en el anciano	232
Distimia	234
Trastorno adaptativo	235
Trastornos cognitivos	237
Trastornos psicóticos	240
Valoración, atención, intervención de enfermería	241

Aspectos éticos y legales	245
Sección 2.2: Trastornos mentales infanto-juveniles	250
Capítulo 9: Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia	252
Introducción	255
Retraso mental	256
Trastornos de la comunicación	259
Trastornos de la eliminación	262
Trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria	265
Trastornos de las habilidades motoras	267
Trastornos de tics	268
Trastornos del aprendizaje	269
Trastornos generalizados del desarrollo	270
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	272
Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia	274
Plan de cuidados enfermeros en los trastornos mentales infanto-juveniles	275
Sección 2.3: Trastornos psicóticos	281
Capítulo 10: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	283
Etiología, epidemiología, sintomatología y tratamiento. Valoración y cuidados de enfermería	286
Esquizofrenia	287
Subtipos de esquizofrenia	291
Trastorno delirante	293
Síndromes poco usuales	294
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	295
Trastorno inducido por sustancias	296
Trastorno psicótico breve	297
Trastorno psicótico compartido (folie à deux)	298
Tratamientos	299
Intervenciones familiares	303
Terapia integrada para la esquizofrenia (IPT)	304
Marco conceptual de actuación enfermera	305
Ambiente terapéutico	306
Cuidados de enfermería	307
Valoración de la ideación suicida	316
Psicoeducación para aumentar la adherencia al tratamiento	317
Sección 2.4: Trastornos afectivos	321

Capítulo 11: Trastornos del estado de ánimo	323
Introducción	326
Aspectos históricos de los trastornos del estado de ánimo	327
Epidemiología y factores del riesgo de los trastornos del estado de ánimo	328
Clínica de los trastornos del estado de ánimo	333
Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo	336
Enfoque de género sobre los trastornos del estado de ánimo	339
Proceso enfermero de la persona con trastornos del estado de ánimo	340
Sección 2.5: Trastornos neuróticos	348
Capítulo 12: Trastornos de ansiedad	350
Introducción	353
Aspectos generales	354
Tratamientos de los trastornos de ansiedad	364
Plan de cuidados de diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería	369
Ejercicio propuesto	372
Enlaces de interés	373
Capítulo 13: Trastornos somatomorfos y disociativos	377
Preámbulo	380
Trastornos somatomorfos	381
Trastornos disociativos	389
Sección 2.6: Trastornos psicofisiológicos	397
Capítulo 14: Trastornos de la conducta alimentaria	399
Introducción	402
Aspectos generales	403
Manifestaciones de cada trastorno	405
Clasificación	407
Teorías explicativas	410
Tratamiento	413
Plan de cuidados, diseño y evaluación de un programa de tratamiento de enfermería	416
Capítulo 15: Trastornos del sueño	423
Introducción	426
Definición y etiopatogenia	427
Fisiología del sueño	429
Epidemiología	431

Clasificación de los trastornos del sueño	434
Tratamiento	442
Papel de enfermería	447
Capítulo 16: Disfunciones sexuales y trastornos de la identidad sexual	454
Introducción	456
¿Por qué estudiar la sexualidad?	457
Fases de la respuesta sexual humana	458
Dimensiones de la respuesta sexual	460
Neurofisiología de la respuesta sexual	461
Factores que influyen en la existencia de disfunciones sexuales	462
Clasificación de las disfunciones	463
Trastornos sexuales y de la identidad sexual	464
Diagnósticos de enfermería. NANDA	472
Proceso de atención de enfermería en las alteraciones de la sexualidad	474
Sección 2.7: Trastornos de la personalidad y control de impulsos	482
Capítulo 17: Trastornos de la personalidad	484
Etiología	486
Epidemiología	488
Sintomatología	489
Tratamiento	492
Valoración y cuidados de enfermería	493
Capítulo 18: Trastorno del control de los impulsos	509
¿Qué es un trastorno?	512
¿Qué es un impulso?	513
F63.8 Trastorno explosivo intermitente	517
F63.2 Cleptomanía	519
F63.1 Piromanía	521
F63.0 Juego patológico	523
F63.3 Tricolomanía	525
F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado	527
Definición y criterios diagnósticos, según el DSM-IV-TR	529
Sección 2.8: Adicciones	537
Capítulo 19: Trastornos relacionados con el consumo de sustancias	539
Introducción	541
Concepto y clasificación en las drogodependencias	544

Historia natural del consumo de sustancias	547
Actuaciones de enfermería en las intervenciones preventivas y terapéuticas en drogodependencias	549
Recursos asistenciales en drogodependencias	557
Sección 2.9: Urgencias psiquiátricas	562
Capítulo 20: Urgencias psiquiátricas e intervención en crisis	564
Introducción	566
Generalidades de las urgencias psiquiátricas	567
Principales síndromes en urgencias psiquiátricas	571
Intervención en crisis	582
Aspectos fundamentales de la urgencia psiquiátrica	586
Capítulo 21: Comportamientos autolíticos	590
Comportamiento autolítico	592
Factores asociados al riesgo de suicidio	597
Factores protectores	603
Evaluación del riesgo suicida	604
Cuidados de enfermería para el paciente con riesgo de suicidio	607
Parte III: Modalidades de tratamiento terapéutico en salud mental y actuación enfermera	615
Capítulo 22: Terapias de psicofarmacología y otros tratamientos somáticos	617
Conceptos básicos de psicofarmacología	620
Clasificación de psicofármacos	622
Situaciones especiales	634
Cuidados de enfermería en el paciente en tratamiento con psicofármacos: interacciones y efectos adversos	639
Capítulo 23: Cuidados de enfermería y tratamientos psicológicos	646
Introducción. Concepto de psicoterapia y psicoterapia inespecífica	648
Clasificación de las psicoterapias	650
Aspectos psicoterapéuticos en el proceso enfermero	656
Capítulo 24: Tratamientos psicológicos basados en la evidencia y las tecnologías de la información y comunicación	669
Introducción	671
Tratamientos psicológicos basados en la evidencia	673
Tecnologías de la información y comunicación	679
Recursos tecnológicos y aplicaciones	685
Conclusiones y acciones futuras	693

Parte IV: Enfermería de salud mental comunitaria	699
Capítulo 25: Enfermería en la asistencia psiquiátrica hospitalaria	701
Introducción	703
La Unidad de hospitalización psiquiátrica	704
El proceso de cuidados en la Unidad de hospitalización psiquiátrica	710
Capítulo 26: Enfermería psiquiátrica comunitaria	722
Introducción	724
Conceptos básicos de salud mental comunitaria	726
La Enfermería en salud mental comunitaria	734
Conclusiones	742
Capítulo 27: Enfermería psiquiátrica. Rehabilitación e integración social	747
Rehabilitación psicosocial	749
El objeto de la rehabilitación psicosocial (RPS)	750
La persona con enfermedad mental severa	751
Objetivos de la RPS	753
Aspectos metodológicos de la rehabilitación psicosocial	754
Recursos sociosanitarios en la rehabilitación psiquiátrica	756
La atención de enfermería en la RHB	760
Competencias profesionales del personal de enfermería en rehabilitación	761
Planificación de la intervención en RHS con TMS	764
Programas de intervención	768
Programas de mantenimiento en la comunidad	772
Conclusiones	773
Capítulo 28: Educación para la salud. Programas asistenciales en salud mental	777
Introducción	778
Definición y concepto de educación para la salud	779
Áreas de aplicación de la educación para la salud	784
Diseño de un programa de educación para la salud	789
Calidad de los programas de educación para la salud	794
Parte V: Administración, ética y legislación en salud mental	798
Capítulo 29: Estructura, organización y administración de los servicios de salud mental. Derechos y deberes de los usuarios. Responsabilidad profesional del personal sanitario	800
Introducción	803
Legislación aplicable a los servicios de salud mental, adicciones y sociosanitarios	804

Estructura y organización funcional de los servicios de salud mental y adicciones	807
Administración en salud mental	811
Ordenación y desarrollo de los servicios de salud mental	812
Derechos y deberes de los usuarios	814
Responsabilidad profesional	816
Parte VI: Investigación de enfermería en salud mental	825
Capítulo 30: La investigación y el método científico en las ciencias de enfermería	827
Investigación en enfermería: el método científico	829
Fases generales de la investigación	832
Identificación de la pregunta de investigación	835
Diseño del estudio	837
Población de estudio	839
Variables de estudio. diseño de cuestionarios	841
Aspectos estadísticos	843
Limitaciones del estudio	846
Consideraciones éticas	848
Publicación científica: el artículo original	849
Apéndice: Preguntas de autoevaluación	853
Apéndice: Respuestas	885
Índice alfabético	892