

**Primera Edición
Digital
2021**

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Se aborda el tema de la atención enfermera en situaciones de salud mental de forma amplia, desde su inicio en la presentación de las bases conceptuales en el manejo de la psicopatología y la psiquiatría y la evolución de la atención hasta la sociedad actual, para entrar después a plantear los cuadros más importantes de alteración de la salud mental, incluidas las urgencias psiquiátricas y los tratamientos farmacológicos más utilizados.

TAFUR FLORES, Nelly Graciela
CHAVEZ VIDALON DE MORI, Auristela
RAMIREZ CHUMBE, Isabel
TORRES VARGAS, Eldalaine
TAFUR FLORES, Geni Llerme
REYES CHAVEZ, Dirma Aleyda
PAREDES PEREZ, Aida Natividad

TAFUR FLORES, Nelly Graciela
CHAVEZ VIDALON DE MORI, Auristela
RAMIREZ CHUMBE, Isabel
TORRES VARGAS, Eldalaine
TAFUR FLORES, Geni Llerme
REYES CHAVEZ, Dirma Aleyda
PAREDES PEREZ, Aida Natividad

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Editor

TAFUR FLORES, Nelly Graciela

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Autores:

- © TAFUR FLORES, Nelly Graciela
- © CHAVEZ VIDALON DE MORI, Auristela
- © RAMIREZ CHUMBE, Isabel
- © TORRES VARGAS, Eldalaine
- © TAFUR FLORES, Geni Llerme
- © REYES CHAVEZ, Dirma Aleyda
- © PAREDES PEREZ, Aida Natividad

**Hecho el Depósito Legal en La Biblioteca
Nacional del Perú: 2021-11511**

Primera Edición Digital: octubre, 2021

Publicación disponible en:

<https://www.unu.edu.pe>

Editado por:

TAFUR FLORES, Nelly Graciela.

Dirección:

Calle Carmen 2015
Ucayali – Coronel Portillo – Manantay
Perú

ISBN: 978-612-00-6971-4

Derechos Reservados. Prohibida la reproducción de este Libro Virtual por cualquier medio total o parcial, sin permiso expreso de los autores.

DEDICATORIA

A nuestras familias por el apoyo y estímulo brindado para seguir realizándonos como persona y profesional.

A los estudiantes de la escuela profesional de Enfermería y Psicología de la Universidad Nacional de Ucayali en particular a los estudiantes de la Asignatura de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y a los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud que deseen consultar y obtener información del texto.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar nuestras vidas y habernos dado la inteligencia de analizar e interpretar conceptos que hicieron posible desarrollar el texto.

A los autores que fueron guía para recopilar y analizar párrafos que fueron utilizados en el desarrollo del texto.

A las autoridades de la Universidad Nacional Ucayali por las facilidades en la publicación del texto.

INDICE

DEDICATORIA _____	6
AGRADECIMIENTO _____	7
INDICE _____	8
INTRODUCCIÓN _____	14

CAPÍTULO I

BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

SALUD MENTAL _____	16
Definición de Salud Mental _____	16
Factores biológicos y sociales de una buena salud mental _____	17
Importancia de la salud mental _____	18
Características de la persona mentalmente sana _____	18
Evolución de la Enfermedad Mental _____	20
TEORÍA O MODELOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL _____	23
Crítica interna _____	24
SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL CICLO VITAL _____	26
Primera infancia – 1 a 4 años _____	27
Edad del juego - 4 a 6 años _____	28
Edad escolar – 6 a 12 años _____	28
Adolescencia – 12 a 18 años _____	29
Adulto Joven – 18 a 45 años _____	30
Edad Adulta – 45 a 65 años _____	30
Vejez – 65 años a más _____	30
CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA Y LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SE AFRONTAN _____	31
Niñez _____	31
Adolescencia _____	32
Edad adulta media _____	37
Edad adulta tardía _____	40
HABILIDADES PARA LA VIDA O HABILIDADES SOCIALES _____	47
1.- Autoconocimiento _____	47
2.- Empatía _____	47
3.- Comunicación asertiva _____	48

4.- Relaciones interpersonales	48
5.- Toma de decisiones	48
6.- Manejo de problemas y conflictos	49
7.- Pensamiento creativo	49
8.- Pensamiento crítico	50
9.- Manejo de emociones y sentimientos	50
10.- Manejo de tensiones y estrés	51
CONCEPTO Y ESTUDIO DE LAS ESFERAS MENTALES	52
NECESIDADES BÁSICAS DE SALUD MENTAL	55
PERSONALIDAD, TEMPERAMENTO, CARÁCTER	57
Personalidad	57
El Temperamento	58
TIPOS DE TEMPERAMENTO, SEGÚN HIPÓCRATES	60
TIPOS DE TEMPERAMENTO, SEGÚN KRETSHMER	62
El carácter	62
Emociones básicas	62
Elementos del carácter	63
Tipos de carácter	63
Tipología de carácter	64
Tipología de Spranger	65
TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD O CONDUCTA HUMANA	68
Teoría psicoanalítica de Freud	68
Teoría tipológica de Jung	68
Teoría tipológica de kretshmer	69
Teoría del análisis factorial de catell	70
Teoría de los rasgos de Allport	70
Intervención de enfermería en la promoción de la salud mental empleando elementos de la personalidad, el temperamento y carácter	71
CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG	73
Clasificación de las estructuras de personalidad	74
Trastornos de personalidad en las estructuras de personalidad	78

CAPÍTULO II

SEMILOGIA DE LA SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEMIOLOGIA E INTERVENCION DE ENFERMERÍA

SEMILOGÍA DE LA PERCEPCIÓN _____	84
Intervención de enfermería en la atención del paciente con alteración de la percepción _____	86
SEMILOGÍA DEL PENSAMIENTO _____	88
Alteración en cuánto al curso _____	88
Alteraciones en cuanto al contenido _____	90
Los Pensamiento esquizofrénico presenta las siguientes variedades: _____	92
Intervención de enfermería en la atención del paciente con alteración del pensamiento _____	93
La actitud del enfermero _____	94
SEMILOGÍA DEL AFECTO _____	97
Las alteraciones del afecto _____	97
Intervención de enfermería en la atención de pacientes con alteración del afecto _____	99
El enfermero tiene la siguiente responsabilidad _____	100
SEMILOGÍA DE LA VOLUNTAD _____	101
Intervención de enfermería en la atención de la voluntad _____	103
SEMILOGÍA DE LAS TENDENCIAS INSTINTIVAS _____	107
Alteración del instinto de vida _____	107
Alteración del hambre y del apetito _____	107
Alteraciones del sueño _____	108
Alteración de la sexualidad _____	109
Alteraciones cuantitativas o en intensidad _____	109
Alteraciones cualitativas _____	110
Intervención de enfermería en la atención de pacientes con alteración del instinto. _____	111
SEMILOGÍA DE LA CONCIENCIA _____	118
Intervención de enfermería en la atención del paciente con alteraciones de la conciencia. _____	119
SEMILOGÍA DE LA MEMORIA. _____	121
Alteración de la memoria _____	121
SEMILOGÍA DE LA ATENCIÓN _____	123
Alteraciones de la atención _____	123
SEMILOGÍA DE LA INTELIGENCIA _____	125
Precocidad y retardo de la maduración de la inteligencia _____	125
Alteración de la inteligencia _____	125

Intervención de enfermería en alteración de la atención memoria, e inteligencia.	126
ENFERMEDAD MENTAL	127
Causas de la enfermedad mental	128
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEFINIDOS EN EL DSM	129
PERSONALIDAD PARANOIDE DSM-III	130
PERSONALIDAD ESQUIZOIDE DSM III	131
PERSONALIDAD DISOCIAL (ANTISOCIAL) DSM. III	132
PERSONALIDAD INESTABLE	133
PERSONALIDAD INESTABLE - TIPO FRONTERIZA DSM III	133
PERSONALIDAD HISTRIÓNICA (HISTÉRICA) DSM III	135
PERSONALIDAD ANANCASTICA (OBSESIVO-COMPULSIVA) DSM III	135
PERSONALIDAD ANSIOSA (ELUSIVA) DSM-III	136
PERSONALIDAD ASTENICA (DEPENDIENTE) DSM-III	137
PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICA DSM-III.	138
PERSONALIDAD NARCISISTA DSM-III.	139
PERSONALIDAD CICLOTÍMICA (TRASTORNO AFECTIVO DE LA PERSONALIDAD) DSM III.	140
PERSONALIDAD PASIVO – AGRESIVO	141
PERSONALIDAD MÚLTIPLE DSM III	142
ALTERACIONES MENTALES	142
NEUROSIS	143
Causas de los trastornos neuróticos	145
Intervención de enfermería en problemas de salud mental y trastornos de la personalidad	157

CAPÍTULO III

ALTERACIONES MENTALES GRAVES POR CICLO DE VIDA PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL NIÑO _____	161
Clasificación de los trastornos mentales graves _____	166
Intervención de Enfermería en Psiquiatría en niños y adolescentes _	175
TRASTORNOS SEXUALES DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA _____	176
Disfunción sexual presente en todas las circunstancias. _____	181
EMBARAZO: PERSPECTIVAS MATERNALES Y FETALES - EMBARAZO COMO PERIODO FISIOLÓGICO DE TENSIÓN PSÍQUICA. _____	183
Intervención de enfermería en trastornos sexuales de la reproducción humana _____	186
PSIQUIATRIA GERIATRICA _____	187
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA VEJEZ _____	189
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER _____	195
DIFERENCIA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE LAS OTRAS DEMENCIAS _____	196
CAUSAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. _____	198
Intervención de enfermería en psiquiatría geriátrica _____	202
PSICOSIS _____	205
PSIQUIATRÍA _____	206
TIPOS DE ENFERMEDADES PSÍQUICAS _____	206
PSICOSIS ALCOHÓLICO _____	219
Consecuencias del alcoholismo _____	219
Consecuencias físicas _____	219
Consecuencias psíquicas _____	219
Consecuencias sociales _____	220
EL DELIRIUM TREMENS _____	220
Manifestaciones clínicas _____	220
Diagnóstico diferencial _____	222
SÍNDROME DE WERNICKE – KORSAKOFF _____	222
Hematoma subdural _____	222
Tratamiento _____	223
Intervención de enfermería en psicosis o pacientes psiquiátricos ____	223
Intervención de enfermería en pacientes agresivos y suicidas ____	225
Intervención de enfermería en la esquizofrenia _____	226
Intervención de enfermería en conducta inhibida _____	226
Intervención de enfermería en las ideas delirantes _____	229
Intervención de enfermería en las alucinaciones _____	234
Intervención de enfermería en las conductas maniaca _____	238

CAPÍTULO IV

TERAPIAS EN ALTERACIONES MENTALES (PSIQUIÁTRICA)

1.Psicofarmacológica	243
2.Antidepresivos.	245
3.Ansiolíticos e Hipnóticos	247
4.Otros ansiolíticos	248
5.Psicoestimulantes.	250
6.Bloqueadores del canal del Calcio	251
7.Estabilizadores del Ánimo:	252
8.Otros estabilizadores del Ánimo	254
Intervención de enfermería en psicofarmacología	254
TERAPIA PSICOFISICA	256
OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS.	259
Intervención de enfermería en psicofísica	260
TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO O PSICOTERAPIA	261
Variedades de psicoterapias	272
OTRAS PSICOTERAPIAS	275
PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA	275
URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS	277
PACIENTES EN EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS	282
Intervención de enfermería en urgencias y emergencias psiquiátricas	291
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	293
ANEXOS	295


INTRODUCCIÓN

La salud mental de los ciudadanos en las sociedades desarrolladas es uno de los campos más importantes de la atención en salud, tanto desde el punto de vista promocional de la salud y preventivo en situación de enfermedad. Por ello, este texto parte de una concepción de la salud mental como un elemento básico de la acción enfermera a nivel individual y colectivo.

Desde ese enfoque, se aborda el tema de la atención enfermera en situaciones de salud mental de forma amplia, desde su inicio en la presentación de las bases conceptuales en el manejo de la psicopatología y la psiquiatría y la evolución de la atención hasta la sociedad actual, para entrar después a plantear los cuadros más importantes de alteración de la salud mental, incluidas las urgencias psiquiátricas y los tratamientos farmacológicos más utilizados. El papel de la enfermera en la promoción de la salud mental, así como en la prevención y atención a situaciones patológicas, se trata extensamente tanto en los aspectos individuales como, muy especialmente, en los grupales y comunitarios, salud mental equivale a la salud física en general

El texto, contiene temas relacionados a Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría en el que el lector generará la conceptualización y el análisis el mismo que derivará al campo práctico permitiendo abordar la problemática en la persona, familia y comunidad.

El documento consta de IV Capítulos y anexa instrumentos de valoración y diagnóstico que conducirán a evaluar asertivamente el estado mental del individuo en las etapas de vida.



CAPÍTULO I
BASES EPISTEMOLÓGICAS Y
CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL
Y ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA

CAPÍTULO I

BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

SALUD MENTAL

La OMS (2004), describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las exigencias normales de la vida trabajar productivamente y de modo fructífero y a la vez es capaz de contribuir a la comunidad.

Salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo.

Es el equilibrio (Homeostasis) del sistema neurológico con las condiciones del medio ambiente interno y externo.

Homeostasis. - introducido por Cannon en 1931, para describir la constancia del medio interno a nivel fisiológico, con un principio balanceador y estabilizador, capaz de neutralizar la mayor parte de los cambios que los agentes externos intentan ingresar al sistema (organismo).

Definición de Salud Mental

Occidente Hadfield. - dice que la salud mental es el funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad.

Karl Menninger. - menciona que la salud mental es la adaptación de los hombres al mundo y a los demás con un máximo de eficacia y felicidad.

E. Fromm. - define a la salud mental con doble perspectiva; desde el punto de vista social. - una persona será normal si es capaz de desempeñar en la sociedad la función que le atañe. Eje. Participa en el proceso de producción económico y cultural etc.; y desde el punto de vista individual el individuo es normal si tiene el óptimo desarrollo y felicidad.

Ministerio de salud define la salud mental en términos que van más allá de la simple ausencia de enfermedad mental y es mucho más difícil de evaluar que la salud física.

Factores biológicos y sociales de una buena salud mental

Mosby M. (2010) describe:

- ✓ Embarazo deseado.
- ✓ Control prenatal.
- ✓ Los buenos hábitos alimenticios.
- ✓ El ejercicio constante.
- ✓ Dormir un mínimo de ocho horas diarias.
- ✓ Condición predispuesta por los genes de los padres.
- ✓ Familia completa
- ✓ Integración Familiar
- ✓ Familia funcional
- ✓ Programas educativos
- ✓ Trabajo.
- ✓ Evitar los vicios, tales como el consumo excesivo de alcohol y tabaco, o drogas.

- ✓ Necesidades psicoafectivas (de amor y afecto).
- ✓ Capacidad para disfrutar la vida (Equilibrio y Flexibilidad)

Importancia de la salud mental

La salud mental es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social, la plena participación en la comunidad y el desarrollo de la economía.

La salud mental es muy importante porque nos ayuda a:

- Afrontar las presiones normales de la vida.
- Trabajar provechosa y productivamente.
- Hacer una contribución a nuestro entorno.
- La salud mental es trascendental para el mantenimiento de una salud física adecuada.
- También para la recuperación de enfermedades físicas.
- Es básico para el bienestar social.
- Favorece la calidad de vida de ti misma.

La comunicación es uno de los aspectos que marcan y demuestran el grado de salud mental de una familia.

Las relaciones entre los miembros de una familia, roles asignados y asumidos van a pautar también niveles de salud mental tanto de cada uno de sus miembros como de la familia como grupo o sistema.

Características de la persona mentalmente sana

La persona sana, desde el punto de vista mental es aquella que cumple con los siguientes aspectos: OPS (2010).

1. A gusto consigo mismo:

- Tener un concepto equilibrado de sí mismo
- Mira a su pasado positivamente

- Espera el futuro con confianza
- Manifiesta un constante deseo de superación
- Se respeta a sí mismo (autoestima)
- Se ama a sí mismo y a los demás
- Reconoce sus propias aptitudes, así como sus limitaciones personales

2. A gusto con los demás:

- Es capaz de apreciar a los demás y compartir lo que tiene
- Establece relaciones interpersonales duraderas
- Siente un profundo respeto por los demás
- Se siente integrado en su grupo
- Posee un claro sentido de responsabilidad hacia su prójimo

3. Sabe encarar las dificultades:

- Se ajusta a las variaciones que puedan ocurrir
- Afronta los problemas con calma
- Enajena sus conflictos
- Está abierta a nuevas experiencias e ideas
- Es realista al marcarse objetivos
- Realiza sus tareas con esfuerzos y obtiene con ello satisfacción.
- Es capaz de regenerarse

Evolución de la Enfermedad Mental

Rigol, Ugalde (1980)

- Las enfermedades mentales han sido detectadas desde tiempos remotos, así se demuestra en escritos griegos, egipcios en los que se mencionan síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes.

Sin embargo, en esa época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus endemoniados o a otras génesis de carácter mágico-religioso. En el período Greco-romano aparece por primera vez en la Historia la atribución de causas orgánicas al origen y estado patológico.

- Durante el S. XVII se desarrolló como contraposición al período anterior una tendencia a proteger y amparar a los pacientes mentales, lo que generalmente conllevaba un confinamiento de los mismos en diferentes tipos de asilos u hospitales.
- El final del S. XVIII y principios del XIX, es una etapa en la que se desarrolla la era del "tratamiento moral" en el cual estaban continuamente presentes no solamente las cadenas, sino también la guillotina.

Se debe a Philippe PINEL (1793) en Francia, y a Willian TUKE (1796) en Inglaterra el inicio de la tendencia a liberar de las cadenas a los pacientes mentales y la supresión de la angustia por la responsabilidad que supone el tratamiento en libertad de la locura. A finales del S. XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos. Justamente es en ese momento cuando surge la profesión de Enfermería, especialmente de Enfermería Psiquiátrica a pesar de que las funciones de enfermería habían existido desde la antigüedad.

- Theodor y Friederieke FLIEDNER inauguran la primera escuela de enfermería en Alemania en 1836. Esta escuela fue visitada por Florence NIGHTINGALE, antes de inaugurar la Escuela del Hospital Santo Tomas en Londres.

- En 1858 Nightingale indicaba que el objetivo fundamental de la Enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible para que la Naturaleza actuase sobre el mismo. En 1880 surge la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América y dos años más tarde 90 enfermeras fueron graduadas.
- A finales del S. XIX existía personal de enfermería en varios hospitales mentales que se encargaban tanto de la administración de medicación (hidrato de cloral y paraldehído), como la supervisión del uso de hidroterapia, cuidados físicos y nutricionales. En esta época la mayor parte de las funciones eran custodiales, mecánicas y especialmente dirigidas por Psiquiatras.
- Durante el primer cuarto del presente siglo aparecen las teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento del "medio" donde se desarrolla la enfermedad mental, hecho este que ha generado nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo.
- La Enfermería Psiquiátrica podría definirse como una especialidad de las Ciencias de la Salud y Antropológicas, capaz de estudiar no solo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y los condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes.

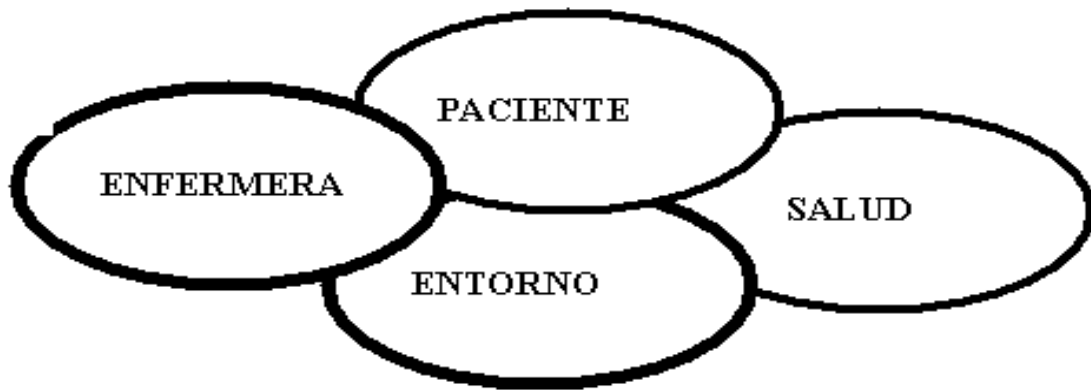


Fuente:

<https://www.google.com.pe/search?q=fotos+de+enfermeras+psiquiatricas&source>

En 1979, se establece una de las definiciones clásicas de Enfermería considerando a estas como el "encuentro" con un paciente y su familia, durante el cual el personal de enfermería observa, ayuda, comunica, atiende y enseña; contribuye además a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidado durante la enfermedad, hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano.

TEORÍA O MODELOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



HILDEGARD PEPLAU



Fuente: Rigol, A.; Ugalde, M., "Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica", Ed. Salvat, Barcelona, 1980

Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931. Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica, aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana, por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas el cual ella define la enfermería psicodinámica.

Papeles de la enfermería; Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera /o paciente:

1. Papel de extraño; Peplau afirma que es debido a que el enfermero /a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal y como es.
2. Papel como persona a quien recurrir; el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.
3. Papel docente; es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo que sea capaz de emplear información”.
4. Papel conductor; el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.
5. Papel de sustituto; el paciente asigna al enfermero /a un papel de sustituto.
6. Papel de asesoramiento; es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente.

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers.

Crítica interna

Persona: Peplau la define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.

Entorno: Peplau no lo define de forma explícita. Según Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.

Salud: La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal.

Enfermería: Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL CICLO VITAL

Según Velez A (2012), el estudio de la salud mental se basa en las siguientes etapas de la vida: infancia, juventud (adolescencia) madurez (edad adulta) y envejecimiento. En cada etapa el individuo se enfrenta a ciertos problemas que debe dominar para poder avanzar hacia la siguiente etapa con vigor y confianza. A estos problemas los denominamos tareas del desarrollo; el individuo debe realizarlas para ser juzgado por sí mismo y por otro como una persona razonablemente feliz y afortunado

EL logro con éxito de estas tareas del desarrollo conduce a felicidad y éxito en tareas posteriores, e influirá en su desarrollo futuro.

El fracaso conduce a infelicidad, desaprobación por la sociedad y dificultad con las tareas posteriores. Si el problema es bien resuelto en el momento en que aparece, está asegurado el progreso de la persona a la siguiente etapa, y adquiere cierto grado de fortaleza para el futuro. Lo que aprende en cada etapa constituye un cimiento firme o débil para el ajuste de la salud.

En cada etapa hay vestigios de etapas anteriores y conjeturas sobre el desarrollo futuro. Crecimiento y desarrollo es una sucesión de picos y mesetas, en vez de un progreso suave y regular.

La madurez de un individuo puede medirse en cualquier etapa de desarrollo; en otras palabras, en cualquier etapa puede medirse en términos de cuán bien a dominado las tareas del desarrollo a que se ha enfrentado, y como se siente acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo en que vive.

Las tareas del desarrollo surgen de una combinación de factores que actúan juntos- crecimiento físico, presiones de la sociedad y necesidades de la nascente personalidad. Si un niño ha recibido el amor, el aliento y la orientación necesarios puede confiarse en su ritmo de desarrollo individual.

Cada persona tiene un cuadro propio, aunque hay cierta analogía en el tipo de crecimiento. Los niños de diferentes sociedades aprenden temprano que respuestas son favorecidas y cuales son rechazadas. También aprenden que se espera de ellos diferentes respuestas en las distintas etapas.

Para dominar las tareas de desarrollo, el niño debe tener adultos maduros interesados en guiarlo. Es importante ofrecer al niño oportunidades apropiadas para practicar las actividades deseadas. De otro modo, puede que trate de salir adelante por sí mismo o recurrir a respuestas indeseables.

La enseñanza es esencial para su supervivencia, su seguridad y su ajuste saludable. Al surgir diferentes necesidades, trata de satisfacerlas por los canales de que dispone. También debe proporcionárseles oportunidades y válvulas de seguridad para aliviarlos sentimientos reprimidos que se acumulan en respuestas a la frustración.

El mismo autor divide a las etapas de vida en las siguientes etapas:

Primera infancia – 1 a 4 años

Al aumentar de tamaño, perfeccionarse e ir desarrollándose. Le es necesario experimentar sentimiento de confianza en sí mismo y de suficiencia para adquirir el segundo sentido esencial, el sentido de autonomía. Aprende a coordinar sus acciones para manipular objetos de su medio ambiente.

En todo este tiempo está aprendiendo que es una persona diferente por derecho propio. Tiene dificultad para comprender que es tolerado, que es prohibido y que es aprobado. Como aprende estas cosas por experimentación, es inevitable la frustración y necesita paciente comprensión por un adulto para ayudarlo a aceptar las restricciones necesarias.

También necesita oportunidades para librarse de la presión que se acumula en su interior como respuesta al fracaso, la frustración y las restricciones. Hay tantos obstáculos a la libertad de acción que no sabe dónde se encuentra y fácilmente duda de su fuerza y capacidad.

Debe tener muchas oportunidades y estímulos para ejercer su independencia permitiéndosele hacer la elección para la que se encuentre dispuesto y capaz de hacer, y respetándosele sus sentimientos y deseos.

Edad del juego - 4 a 6 años

Habiéndose establecido como individuo, el niño comienza a adquirir el sentido de iniciativa. Obtiene satisfacción de poner en acción sus facultades y su imaginación. Se muestra curioso por todo – por su cuerpo, por las relaciones de las personas que le rodean, por la naturaleza de las cosas y por cómo le afectan -, lo que explica el periodo terriblemente molesto de ¿Por qué? Observa lo que hacen los adultos, y luego trata de hacer lo que ha visto. Muchos padres se han sorprendido al verse reflejado en la conducta de su hijo durante el juego, como la niña pequeña que regaña a un niño imaginario o el niño pequeño que fuma una imitación de cigarrillo. El niño necesita muchos escapes para su espíritu creador, con solo la restricción suficiente para ayudarlo a alcanzar la estabilidad social necesaria. Las restricciones innecesarias, arbitrarias o inoportunamente aplicadas pueden obstaculizar su sentido de iniciativa o hacerle que se muestre resentido.

Edad escolar – 6 a 12 años

A los 6 años, la imitación y la imaginación no son suficientes – él niño desea hacer la cosa real. El niño varón pequeño desea usar la sierra real y cortar la tabla. La niña quiere hacer pasteles con harina real y cocerlos en el horno. Así, la persona adquiere el sentido de industria. Este es generalmente un periodo de crecimiento lento y constante en que el niño aprende a jugar y trabajar productivamente con otros ajenos a la familia. Sus experiencias le proporcionan la base de una ciudadanía responsable, esfuerzo cooperativo y productividad de adulto. Es la edad de la competición aguda, actividades de grupo, gran entusiasmo y energía, y el rápido crecimiento en todas direcciones. Vacila entre el lactante y las personas responsables, de modo que por una parte es independiente y razonable, y por el otro desvalido y exigente. Adquiere un vivo interés por relaciones fuera de la familia, experimenta Enamoramientos, y puede transferir su lealtad a otras personas, comienza la lucha por alcanzar la madurez, y puede revelarse contra rutinas establecidas y normas fijadas por los padres.

Adolescencia – 12 a 18 años

Quizás ninguna etapa de la vida esta tan llena de tensión y conflicto para todas las personas como este periodo de transición de la infancia a la edad adulta. Está llena de caídas y peligros, confusión e inestabilidad, progreso y regresión, conducta socialmente inaceptable y aprobada por todos. Es la edad en la que persona trata de establecer su sentido de identidad como persona, como adulto, como hombre o mujer. Todo aquello que nunca había sido un problema para él o para ella le abrumba ahora. Se le hacen grandes demandas, pero no se les dice como hacerles frente. Deja el cómodo y familiar papel de niño por algo nuevo, diferente, temido, y no está seguro si desea alguna parte de él. Es tratado por una parte como niño y por la otra como adulto. Está en una edad de experimentación, investigación y rebelión. No está seguro de quien es, que es lo que desea ser. Necesita orientación de los adultos, pero tiene dificultad para aceptarla, y muchos más para solicitarla. No confía sus secretos más íntimos, sus sentimientos o ideas a los adultos, porque podría ser mal comprendido o quizás ridiculizado. También es el tiempo del rápido cambio físico incluyendo los cambios sexuales. Su necesidad de alimento aumenta y tiene un apetito voraz. El despertar de los impulsos sexuales y las pasiones le confunde y sorprende, y a veces le hace sentir culpable. Pone en duda y contradice a todo el universo las normas sociales, las actitudes básicas hacia la vida, las formas aceptadas de conducta, los valores éticos y morales. Exige una parte en la sociedad, aunque a menudo no sabe qué hacer con ella. Desea estar donde hay acción, como lo expresa la jerga actual. Es muy sensible a la deshonestidad, odia intensamente y sospecha de muchos adultos de practicarla deliberadamente. La jerga de los tiempos refleja este sentimiento y a ella se debe el grito del joven del país de Decirlo como es. Para muchos adultos es difícil de comprender, de relacionarse bien con él o aun de tolerarlo, pero necesita de toda la ayuda que pueda dársele. Para desarrollar su sentido de identidad, necesita sanas experiencias sociales con su grupo. Necesita ayuda para aceptar y comprender sus impulsos sexuales y encontrar formas aceptables de expresarlos. Necesita ayuda para aprender los papeles masculinos y femeninos en la vida. Necesita aliento especialmente por el ejemplo, para formar su código propio de ético o valores. Necesita respeto y ayuda para elegir la clase de preparación más apropiada para desarrollar sus potencialidades físicas, intelectuales y sociales. Necesita diversión, aventura, éxito y mucho amor.

Adulto Joven – 18 a 45 años

Si el individuo ha desarrollado el necesario sentido social de confianza, autonomía, iniciativa, industria e identidad, se encuentra bien preparado para adquirir el sentido de intimidad, productividad e integridad asociado con la madurez. Como adulto se espera que sea principalmente independiente, dadivoso y cooperativo, en contraste con las características que tenía cuando lactante – dependiente, receptor, exigente. Con palabras de Freud, el adulto sano debe ser capaz de Amar y trabajar. En la primera parte de la vida adulta se enfrenta primero al problema de la independencia, responsabilidad hacia sí mismo. Debe ser capaz de satisfacer sus necesidades en forma socialmente aceptable. Generalmente se espera que se mantenga a sí mismo, establezca su hogar y comience su vida familiar. Adquiere el sentido de intimidad por sus interacciones en el matrimonio y la paternidad o maternidad.

Edad Adulta – 45 a 65 años

Para adquirir el sentido de productividad, un individuo debe haber logrado suficiente aprecio de sí mismo. Debe haber alcanzado cierto grado de autosatisfacción y debe creer que lo que ha producido es valioso. Entonces puede desplazarse de la clase de vida egocéntrica, en la que su principal responsabilidad ha sido su familia, a un interés y una participación más amplia en la sociedad y en toda la humanidad. Uno de los principales problemas que se le plantean es el cambio en su aspecto y su capacidad física.

Vejez – 65 años a más

Si se ha vivido con éxito en todas las demás etapas no es demasiado difícil entrar en la última de la vida con el sentido de integridad. Es el sentimiento de que ha hecho uno lo que tenía que hacer y lo ha hecho no demasiado mal, el sentimiento de haber dado la vuelta completa al círculo que proporciona consuelo y paz al final de la vida. El postrer logro en la vida es la autosatisfacción – la aceptación por todas las personas de lo que es uno, de lo que ha hecho y de lo que ha llegado a ser como una experiencia única, excitadora y remuneradora por la cual se siente agradecido. Con tal logro la muerte pierde sus tintes sombríos.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA Y LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SE AFRONTAN

Niñez

Autoconcepto y crisis de dependencia: Los hijos del divorcio. Actualmente una familia divorciada se le conoce como familia binuclear. Esta separación y divorcio representan la primera pérdida del niño. La adaptación de los niños varía entre la esperanza y la desesperanza, lo sano y lo insano. El cambio de una familia nuclear a binuclear produce estrés, generalmente el padre custodio experimenta una sobrecarga con su nuevo rol y es incapaz de cubrir las necesidades emocionales del niño, este estrés que se experimenta da como resultado angustia, ansiedad.

Características

- Conductuales: generalmente los niños responden a la actitud del padre custodio, si está preocupado y ansioso, el niño se vuelve exigente e irritable; si está deprimido él se vuelve apático y disminuye su respuesta a los estímulos del medio. Esto en niños hasta los 2 años. También puede presentarse una regresión, temporal, hablar como bebés, incontinencia, posesión de juguetes, enojo, etc., para ganar control sobre los padres debido a la excesiva ansiedad y depresión pues, creen que su "mala" conducta creó el divorcio; esto niños de 3 a 5 años. En los niños de edad escolar la ansiedad y depresión se manifiesta con problemas académicos algunos tienden a disminuir y otros a aumentar el aprovechamiento. En los pre - adolescentes, algunos participan del conflicto, otros prefieren evitarlo retirándose o fuera de la casa, otros manipulan a los padres poniéndolos en contra.
- Afectivas: puede existir múltiples miedos, se sienten rechazados y abandonados por el padre no custodio, surgen problemas de vivienda de vacaciones, económicos, etc., que llegan a crear un sentimiento de confusión e inseguridad general. El enojo también es una respuesta hacia el padre "responsable" o a ambos, o también hacia ellos mismos cuando creen que son los culpables. También experimentan múltiples pérdidas como a uno de los padres, parientes, amigos hogar, escuela, etc., que puede ser total o parcial.

- **Cognitivas:** los niños se culpan por la separación de los padres generalmente los preescolares creen que su “mala conducta” ocasionó la separación y creen que siendo “buenos” sus padres se reconciliaran y volverá la unidad familiar, unos crean a un padre como el “villano” y al otro como el “héroe”, está dado por la sensación de abandono que tienen. No es raro encontrar que los niños que pasaron por esta etapa tengan miedo al fracaso matrimonial en su propia vida y por esto evitan las relaciones.
- **Psicosociales:** cuando se decide el divorcio los padres deben resolver cómo y cuándo hablarles a los niños, de preferencia ambos padres deben comunicarles la información, se les debe asegurar que ambos padres, aunque estén separados seguirán amándolos y cuidando de ellos. También se debe tener en cuenta a la familia como los abuelos, tíos, primos, etc, que representan un gran apoyo para sus hijos.

Resolución y Consecuencias: la formación de una familia binuclear exige una organización psicológica, social y económica, se debe diseñar una nueva imagen de familia pues ya la anterior ya no existe. Estos niños tienen derecho a una crianza y cuidado, los padres están obligados a cubrir las necesidades y derechos de sus hijos; los padres deben ser capaces de adaptarse a la nueva situación y así ayudar a los niños a esta adaptación, deben recibir mucho apoyo. Generalmente una minoría sufren consecuencias negativas del divorcio esto puede producirse cuando los padres son incapaces de adaptarse, cuando aún hay conflictos, cuando los niños se convierten en instrumento de uno de los padres para castigar al otro, cuando lo distancian totalmente del otro padre, etc., es difícil para ellos encontrar un equilibrio adecuado generalmente suelen presentarse problemas en la adolescencia y luchan contra el miedo traición, abandono, incapaces de mantener cualquier tipo de relación.

Adolescencia

Aquí se produce la individualización y separación de la familia aquí ellos desarrollan su independencia y forman relaciones con su grupo de compañeros.

- Crisis de dependencia, formación del grupo de compañeros. El grupo de compañeros va a ser fuente de aprendizaje y evaluación de las habilidades

conductuales, afectivas, cognitivas y psicosociales, necesarias para la conducta adulta; promueve la adaptación al mundo al mundo adulto, las nuevas personas y sucesos amplían sus expectativas e interacciones, desarrollan habilidades, participan en la sociedad, cimientan su auto concepto, sus valores y la identidad social, la subcultura del grupo ayudará a determinar la conducta valores y creencias. La mayoría de los adolescentes supera la crisis de maduración, un grupo son incapaces de desarrollar relaciones y se quedan aislados, otro grupo se encierran en las Bandas y está les impide su crecimiento como persona.

Características:

- Conductuales: Los adolescentes pasan más tiempo con su grupo interaccionando entre sí y se describen como felices y hay exposición a nuevas situaciones que requieren habilidades, los que son solitarios no poseen estas habilidades por lo cual disminuye su aceptación social y evitan la interacción, incapaces de aprender a manejar sus impulsos como el enojo, la agresión, etc, sus actividades sociales son mínimas. En las Bandas como en los grupos hay normas de conducta, pero aquí es hacia lo delictivo, lo hostil, desafiante, socialmente inadecuados, crean problemas en la casa, escuela y en la comunidad, violan los derechos de los demás, son agresivos entre ellos mismos, existe rivalidad entre otras bandas llegando a enfrentamientos casi siempre desastrosos.
- Afectivas: Los adolescentes solitarios son incapaces de formar amistades duraderas, teniendo miedo a relaciones íntimas, experimentan ansiedad y otros están muy deprimidos para interaccionar con alguien tienen dificultad de ser empáticos, de caer simpáticos o agradable no manifiestan sus emociones ni las manifiestan a los demás esto aumenta la distancia entre sus compañeros y da como resultados adultos incapaces de establecer relaciones de cariño con los demás. Los que se unen a las bandas generalmente son jóvenes muy enojados, frustrados y actúan impulsivamente a sus sentimientos o manera de pensar, protestan por los prototipos o seguir a seguir, el estilo de vida, etc. Sus sentimientos se basan en la lealtad y son muy estrechos y si alguien Falla toma represalias, están en zonas generalmente deprimidas económicamente.

- Cognitivas: los adolescentes que son incapaces de integrar un grupo tienen una autopercepción disminuida, se definen como incompetentes que conlleva al fracaso de una futura relación, son incapaces de explorar y fomentar sus capacidades, tienen dificultad para verse como personas atractivas, se pueden considerar como “menos inteligentes o tener un sentido inflado de sus capacidades”, todos estos conceptos negativos crean distanciamiento entre compañeros. Los que integran bandas tienen un sentido de solidaridad muy elevado, valoran la lealtad, pero no respetan el derecho a los demás dan un valor especial al dinero sin importar como conseguirlo, la mayoría de estos adolescentes tiene una baja autoestima y en muchos casos sus decisiones son autodestructivas y amenazan la vida.
- Psicosociales: es difícil para un adolescente solitario integrarse a un círculo social pues no conoce las técnicas para encontrar un equilibrio con el grupo esto es muy difícil para ellos porque aún no se desligan de la familia tienen una dependencia marcada de sus padres tanto en lo emocional como lo social. En las bandas, la lealtad y la unión son los pilares para que ellos existan. Ellos demuestran su lealtad participando en conflictos y actos delincuenciales. Se debe recordar que estos jóvenes en su mayoría han sufrido frustraciones y su conducta delincuente es solo una respuesta de adaptación. Otros adolescentes que viven en las mismas zonas deprimidas hacen otra elección y no muestran este tipo de conducta.

Resolución y Consecuencias, las enfermeras cumplen un papel muy importante, los ayuda a mejorar sus habilidades y a enfrentar sus problemas. Ellos necesitan ayuda para ampliar su estructura a través de los parientes, actividad extra académica, etc., esto les dará el equilibrio que necesitan al afrontar las situaciones. Ellos deben ser animados capaces de adaptarse a su entorno e ir desligándose poco a poco de la dependencia familiar. Al final se convertirán en adultos responsables capaces de afrontar y resolver situaciones difíciles, su auto confianza y auto concepto mejora y serán capaces de entablar relaciones duraderas.

Dentro de las bandas muchos de sus integrantes que tienen trastornos leves de conducta mejorarán con el tiempo, los trastornos más graves de conducta es probable que continúe en la edad adulta y se convierta en antisocial y criminal.

- Crisis del autoconcepto: Paternidad adolescente, algunos adolescentes son sexualmente activos, pero pocos son responsables para evitar el embarazo. Ya que estos no son planificados y a menudo no son deseados. Los adolescentes no están preparados para exigencias conductuales, afectivas y psicosociales de la paternidad.

La experiencia de ser un adolescente y convertirse en padres son crisis de maduración o cambios de vida esperados. La adolescencia es un crítico para luchar por el desarrollo personal y solidificar la propia identidad. Cuando los roles de la paternidad se superponen puede desarrollarse una Crisis, lo que es un paso perturbado a la edad adulta.

Características

- Conductuales: los adolescentes alcanzan la madurez biológica antes de tener las habilidades conductuales de la edad adulta. El convertirse en padres a esta edad contribuye a cambios inesperados, muchos adolescentes no se casan cuando se produce un embarazo. Si decidió de concluir el embarazo hay posibilidades de que la madre adolescente, como madre soltera crió al niño; es difícil para una chica embarazada quedarse en la escuela, alguna se ven forzadas a pedir ayuda pública para sobrevivir; algunas después de dejar la escuela se encuentran socialmente aislada y es aquí donde necesitan más el apoyo del grupo de amigos. Muchos padres adolescentes están preocupados por implicarse en la paternidad; muchos de ellos asumen el rol de mantener a sus hijos, si un padre deja la escuela para mantener a su hijo por lo general acaban en trabajos de bajos salarios, con las mínimas oportunidades para el ascenso ya que ellos necesitan alimentar al niño, vestirlo y tener otros artículos necesarios. Las orientaciones sobre paternidad ayudan al adolescente a aprender sobre necesidades físicas y emocionales de los niños, la cual, los va a hacer padres con más eficacia.

- **Afectivas:** Las madres adolescentes deben controlar la emoción de la maternidad, algunas que no se criaron bien como niñas van a compensar sentimientos vacíos. Las que han salido de la escuela se ha aislado socialmente y van a experimentar sentimientos sobre el proceso de parto y la expulsión y se preocupan por el dolor.
- **Cognitivas:** los padres y madres adolescentes encuentran el embarazo excitante y atractivo. Los padres están forzados a reorganizar su auto concepto y formular nuevas identidades para acompañar a sus nuevos roles. Ellos necesitan obtener conocimientos sobre el embarazo, el parto y la expulsión para asegurar los mejores resultados posibles, lo cual muchos de ellos tienen ideas inmaduras e irreales por lo cual deben cambiar sus ideas para enfrentarse a la realidad de la paternidad.
- **Psicosociales:** pretender que la crisis no exista o querer que se vaya, exageran el problema. La negación es la realidad de un embarazo o el miedo a decírselo a los padres contribuye a malos cuidados prenatales y a complicaciones en embarazo de alto riesgo. Cuando los adolescentes se convierten en padres dejan su adolescencia libre de cuidados; solo un tercio de ellos se casan y comparando con otros matrimonios tienen mayor posibilidad de acabar en divorcio. El conflicto de rol se puede producir cuando los padres tienen dificultades de reconocer a sus hijos adolescentes como padres responsables. La ventaja para las madres adolescentes es que los padres le proporcionen el apoyo emocional y social.

Resolución y Consecuencia

Los padres adolescentes necesitan el apoyo de los compañeros, familia, profesionales, comunidad, etc. Las enfermeras pueden establecer programas para la prevención del embarazo además de programas para apoyar la unidad familiar. La valoración de la interacción padres - hijos es una responsabilidad de enfermería. Aquellos que están en riesgo de problemas deben ser identificados para que puedan romperse los círculos de frustración inestabilidad laboral, pobreza y abandono o abuso de los niños. A nivel comunitario debe haber más de un esfuerzo para evitar el embarazo, empezando en la escuela y enseñando a los niños sobre reproducción. Los hombres y mujeres adolescentes deben aprender a utilizar los

anticonceptivos, la negación de la conducta sexual adolescente no hará que se aleje el embarazo.

Edad adulta media

La mayoría de las personas en esta edad (40 años) tienen un significado especial, este periodo presenta retos únicos para cada persona generalmente se considera que esta en la cima de la vida y se espera que alcancen la madurez durante este momento. La persona empieza a reconocer los límites de las capacidades físicas y psicológicas y se da cuenta de que no puede lograr todos los objetivos de la vida.

Crisis del autoconcepto: crisis de mitad de la vida.

Las personas se enfrentan a muchas tareas que implican una diversidad de características conductuales, afectivas y psicosociales. Cuando los sucesos inesperados durante este periodo de transición causen conflictos que puedan producir una crisis.

Características

- Conductuales: el adulto de mediana edad se da cuenta de la distancia entre él y el adulto más joven. Esto se puede reflejar en la conducta que refleja una segunda adolescencia. La persona ya no tiene la resistencia física de los jóvenes y debe adaptarse a una disminución del nivel de actividad. Se exploran los efectos de las prácticas dietéticas, del tabaco y del consumo de alcohol y otros hábitos del consumo de la vida. La persona que pasa por una segunda adolescencia recurre a proporcionarse la propia comodidad y adopta la conducta y las tareas del adulto joven.
- Afectivas: no es raro que los individuos con una crisis de mitad de la vida se sientan celosos y resentidos por la juventud de sus propios hijos. Uno de los aspectos más difíciles de la crisis de la mitad de la vida es el control de las emociones conflictivas es un periodo en el que uno lucha entre la decepción y la satisfacción, la desesperanza y la esperanza, el enojo y el amor, así mismo; el resultado final de la crisis depende de cómo resuelve uno este conflicto de sentimientos.

- Cognitivas: Los retos que enfrenta el adulto en las áreas de trabajo, familia y alteraciones físicas, pueden requerir una redefinición de lo que es importante las filosofías de la vida pueden requerir una autorreflexión frecuente. La capacidad de aceptar cambios físicos y de encontrar significado al trabajo desarrolla una identidad positiva de poner la vida en un mayor nivel de funcionamiento después del periodo de crisis, cuando los mecanismos de afrontamiento no tienen éxito puede producirse una desadaptación del desarrollo cognitivo.
- Psicosociales: Las características de la desadaptación psicosocial pueden demostrar inseguridad en las interacciones sociales no es raro aislarse o no responder a las necesidades de los demás. La disponibilidad para los hijos, el cónyuge o los amigos, refleja una incapacidad de cubrir las responsabilidades sociales. Durante este periodo las relaciones sociales son importantes; los más activos socialmente demuestran menos estrés y más autoestima que los adultos aislados. Las personas con déficit social demuestran disminución de la autoestima y conducta distante.

Resolución y Consecuencias

Una persona entra en este periodo con una personalidad única y diferentes recursos internos y externos. Si el adulto puede hacer elecciones basadas en la apreciación del pasado y la anticipación del futuro puede ser capaz de afrontar los trastornos personales durante este periodo sin perder el equilibrio.

La incapacidad de afrontar las limitaciones físicas, las responsables sociales y las valoraciones reflexivas que se necesita describen a una persona que muestra desequilibrio en muchas facetas de la vida.

Crisis de dependencia

Conflicto entre dos generaciones

Producir conflictos dentro de la estructura familiar causa diferencias con la experiencia entre los diferentes grupos de edad de una familia. No sólo hay diferencias en todos los componentes del estilo de vida si no en las tareas del desarrollo.

Típicamente la percepción del adulto de mediana edad del vestido, música, dieta, prácticas sexuales, toma de decisiones y vida diaria difiere de la de los adolescentes. Con el frecuente conflicto entre generaciones, la adolescencia de los hijos puede ser el momento de más estrés en la vida de los padres.

Características

- **Conductuales:** La responsabilidad filial es un sentimiento personal hacia los padres, la protección, cuidados físicos y emocionales, apoyo económico. Se puede producir conflicto a causa de las exigencias que competen a otros miembros de la familia. A menudo se produce conflicto de rol entre los padres ancianos y los hijos adultos, esto puede producir frecuentes luchas de poder dentro de la familia. Puede producirse la inversión del rol, en el cual los hijos adultos hacen de “padres” de sus propios padres la inversión del rol puede ser muy desestabilizante porque ya no se dispone de los padres ancianos como recursos y apoyo para el hijo adulto.
- **Afectivas:** Los cambios emocionales incluyen sentimientos de frustración, ansiedad, desamparo, depresión y baja de la moral. Muchos adultos de mediana edad experimentan sentimientos de estrechos vínculos emocionales con los padres durante este momento de sus vidas. Cuando el adulto de mediana edad se siente abatido puede ser el padre a quien se vulva en busca de apoyo emocional. Estos sentimientos positivos se pueden ver más fácilmente si el padre anciano es aún activo y autosuficiente.
- **Psicosociales:** La adolescencia, la edad media y la edad adulta tardía son periodos de evaluación. Las tres generaciones cuestionan el valor de vida desde una perspectiva espiritual, social; cada generación de sus puntos de vista personales. A veces se produce una alianza entre nietos y abuelos, el adulto de mediana edad se siente aislado. La comprensión es la necesidad de cada generación para contribuir a una respuesta adaptativa.

Resolución y Consecuencias

Al controlar el estrés los adultos pueden utilizar una conducta de afrontamiento precoz para desarrollar resoluciones creativas.

La adaptación implica dejar ir la autoridad paternal, en algunas situaciones encontrar nuevas fuentes de satisfacción para el Yo y adaptarse a la exigencia del cuidador. Es importante para resolver la crisis, darse cuenta de los factores de estrés.

El conflicto entre dos generaciones puede ser una crisis que rete al adulto de mediana edad; tanto la estabilidad como el cambio son componentes de este periodo.

Edad adulta tardía

Una persona empieza a envejecer desde el momento de la concepción generalmente no se hace consciente a efectos del envejecimiento hasta que uno se aproxime hasta la mitad y última etapa de su vida.

Crisis del autoconcepto: envejecimiento

Para entender el envejecimiento y la crisis de desarrollo es necesario definirlo en diversas perspectivas: Edad biológica, que se refiere a los cambios biológicos, inherentes a un individuo en el tiempo acabando con la muerte. Edad Social, se refiere a roles, hábitos y capacidad de la persona de comportarse en una sociedad específica. Edad Psicológica se refiere a respuestas adaptativas que da una persona para cambiar las demandas ambientales. Estos aspectos del envejecimiento ayudan a entender que el envejecimiento no es solo un asunto de sumar un número en cada cumpleaños. Sino que las experiencias que van dejando en la sociedad, es considerado como un proceso de discriminación contra los ancianos simplemente porque son viejos y han sido considerados como innecesarios y una carga.

Características:

- **Conductuales:** Los ancianos prefieren mantener hogares separados de los de sus hijos adultos y otros parientes; sin embargo, la enfermedad y la incapacidad puedan requerir que el individuo modifique o acepte ayuda con las actividades de la vida diaria.
- **Afectivas:** Cuando el anciano se siente positivo sobre la mayor parte de los sucesos vitales se logra una sensación de satisfacción e integridad del ego. Si el individuo ve la vida como oportunidades, pérdidas y fracasos se produce una sensación de desesperación, esta desesperación se asocia a sentimientos de frustración y amargura.
- **Cognitivas:** Los estereotipos incluyen la idea de que con la edad las capacidades de pensar y solucionar problemas se deterioran, se reduce la capacidad de aprendizaje, son frecuentes los lapsos de memoria y es inevitable algo de confusión mental. La tarea cognitiva de los ancianos incluye llegar a un acuerdo con lo inevitable de la mortalidad, aprender a seguir con una vida feliz a pesar de las limitaciones físicas y la enfermedad y aprender a valorar la vida por encima de la paternidad y los roles de trabajo. Aquellos que son incapaces de adaptarse desarrollan una perspectiva rígida y estrecha de la vida además de un enfoque negativo e inaceptable.
- **Psicosociales:** Algunos ancianos solo necesitan modificar sus estilos de vida; otros son forzados a hacer cambios drásticos.

Las personas ancianas y sus familias se enfrentan a la decisión de donde y como vivirá el anciano los años que le quedan. Es importante que los ancianos y sus familias establezcan afiliaciones con sus propios grupos de edad, además de mantener relaciones con los hijos, los nietos, los hermanos, parientes y amigos.

Resolución y Consecuencias:

Dependerá de la adaptación de los muchos retos físicos, emocionales y sociales. Las enfermeras tienen la responsabilidad de ayudar a modificar sus expectativas, creencias, actitudes y sentimientos hacia el anciano en nuestra cultura.

Crisis de dependencia: tratar con múltiples pérdidas.

Junto con la crisis de Autoconcepto asociada al envejecimiento hay todavía otra situación de crisis a la que se le denomina como “La estación de la pérdida”:

- La pérdida de los roles de trabajo como la jubilación.
- La pérdida de imagen corporal.
- La pérdida asociada a la mortalidad.

El ocuparse de la inmortalidad y la muerte es quizá el factor de estrés psicosocial de la edad adulta tardía. La pérdida de personas allegadas da como resultado sentimientos de abatimiento, aislamiento. La muerte del conyugue se le considera la causa de estrés más alta. Otro factor de estrés es que el anciano enfrenta su propia muerte. Según Parkes y Brown dijeron:

“El dolor del duelo es tanto parte de la alegría como la vida del amor”.

Según Kubler - Ross los estadios de duelo son 5:

- El primer estadio es la negación cuando la persona rehúsa creer en la realidad de la muerte inminente.
- El segundo estadio es el enojo y la ira por la injusticia y la no equidad por el final de la vida.
- El tercer estadio, la negociación, se produce cuando la persona agónica intenta hacer un trato con Dios o el destino para intercambiarlo por una vida más larga.
- El cuarto estadio de la agonía, la depresión, el duelo preparatorio para el final de la vida.
- El quinto estadio es la aceptación que incluye soltarse de la vida y una expectativa tranquila de la muerte.

Características:

- Conductuales: Cuando uno es viudo hay cambios drásticos en la vida. Las mujeres tienen más probabilidades de enviudar que los hombres, entre las

edades de 65 a 74 años el 40% de las mujeres y el 10% de los varones. Cada fase del proceso de duelo requiere ciertas adaptaciones y alteraciones de la conducta. Pueden aparecer síntomas de ansiedad. En la fase de shock se produce debilidad, dificultad respiratoria, hiperventilación, anorexia, diarrea, náuseas, opresión del pecho, incredulidad y confusión, pueden durar unos minutos o varios días. En el segundo estado, la fase de retraimiento defensivo, se produce la introversión y el aislamiento del YO y de las emociones. La fase de reconocimiento, comienza la admisión y aceptación de la pérdida.

- **Afectivas:** Las características del proceso de duelo están estrechamente entrelazadas. Los sentimientos de enojo, culpa, depresión, desesperanza, impotencia y los sentimientos de querer volver a las experiencias pasadas se producen con diferentes intensidades. Según Erickson: “La integridad del ego es la tarea final para el anciano y el éxito implica la mezcla de todas las facetas de las fases previas al ciclo vital”. Cuando los anhelos y metas no se resuelven hay un deseo continuo de revivir las experiencias pasadas. Hay una incapacidad de encontrar el placer en el presente y una sensación de desesperanza es la que preside.
- **Cognitivas:** La preparación para la muerte es una importante tarea cognitiva para el anciano, esto implica la revisión de la vida, hablar sobre las oportunidades, relaciones, errores y éxitos del pasado. El anciano que es capaz de poner un valor en las esperanzas pasadas tiene más probabilidades de afrontar la muerte con menos dificultad. Está persona encuentra significado y comprensión de la última tarea del desarrollo de su vida.
- **Psicosociales:** El miedo de la muerte conduce a la institucionalización de este estado final de crecimiento. No es raro que los ancianos pasen sus últimos días en los hospitales y residencias.

En general la gente ya no muere en casa rodeada por los familiares y amigos la familia y profesionales evitan hablar abiertamente con la persona agónica; así muchas personas experimentan solos el proceso de la agonía. El valor cultural de la negación de la muerte esconde la aceptación de está. Pelletier (1990).

Intervención de enfermería en la promoción de la salud mental por ciclo de vida

Polleti (1980), propone.

Lactancia

- ✓ Promoción a la familia sobre la lactancia materna, no prohibir al lactante llevar los dedos u otros objetos limpios a la boca, porque en la fase oral el niño(a) aprende sobre sí mismo y su entorno
- ✓ Promocionar a la familia el arrullo, el gorjeo, la sonrisa, la mirada alegre, satisfacción física, biológica, mantenerle limpio, seco y agradablemente caliente, y concederle libertad de expresión y movimiento para desarrollar amor consigo mismo, con el entorno familiar y social.
- ✓ Promocionar a aprender a confiar en sí mismo por su capacidad en rápido desarrollo para comer, coger objetos, sentarse, ponerse de pie, andar, etc. Adquiere cierta fe básica en sí mismo y en las personas que están con él.

Primera infancia – 1 a 4 años

- ✓ Promocionar tantos obstáculos a la libertad de acción para evitar dudas de su fortaleza y capacidad.
- ✓ Promocionar las oportunidades y estímulos para ejercer su independencia permitiéndole hacer la elección para la que se encuentre dispuesto y capaz de hacer, y respetándosele sus sentimientos y deseos.

Edad del juego- 4 a 6 años

- ✓ Promocionar a la familia incentivar al niño de poner en acción sus facultades y su imaginación.
- ✓ Promocionar a la familia a tener paciencia y tolerancia por que el niño muestra curioso por todo: por su cuerpo, por las relaciones de las personas que le rodean, por la naturaleza de las cosas y por cómo le afectan
- ✓ Promoción de la identificación sexual, a través de la orientación sexual
- ✓ Promocionar a las familias conductas positivas porque el niño observa lo que hacen los adultos, y luego trata de hacer lo que ha visto.

- ✓ Prevención de lesiones, bullying, maltrato, violencia, violaciones, accidentes.

Edad escolar – 6 a 12 años.

- ✓ Promocionar a las familias conductas positivas porque ellos son el reflejo conductual en el niño.
- ✓ Promocionar al niño juegos y trabajos cooperativos y productivos de adulto con otros ajenos a la familia.
- ✓ Promoción de la orientación sexual por que en esta edad adquieren interés por las relaciones fuera de la familia, experimentando Enamoramientos, y puede transferir su lealtad a otras personas.
- ✓ Promocionar conductas de aceptación de rutinas y normas fijados por los padres, para evitar revelarse

Adolescencia – 12 a 18 años.

- ✓ Promocionar conductas socialmente aceptable y aprobada por todos.
- ✓ Promocionar la identificación de Género
- ✓ Promocionar prácticas sexuales seguras ya que, a esta edad, las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH constituyen riesgos especiales
- ✓ Promocionar campañas educativas dirigidas a la comunidad con el propósito de informar del consumo de sustancias: tabaco, alcohol y otras drogas y consecuencias de su consumo y ayudar a su abandono.
- ✓ Promocionar sobre dieta y ejercicio; promover una alimentación saludable

Adulto joven – 18 a 45 años.

- ✓ Promocionar el amor y trabajo
- ✓ Promocionar la capacidad de satisfacer sus necesidades en forma socialmente aceptable.
- ✓ Promocionar a establecer su hogar y comience su vida familiar.
- ✓ Promocionar a adquirir el sentido de intimidad por sus interacciones en el matrimonio y la paternidad o maternidad

Edad madura – 45 a 65 años

- ✓ Promocionar su autosuficiencia y productividad,
- ✓ Promocionar los cambios físicos y psicológicos y lograr la aceptación con felicidad.

Vejez – 65 años a más

- ✓ Promocionar la felicidad y paz consigo misma y con la familia
- ✓ Promocionar la autosatisfacción
- ✓ Promocionar la relación e integración familiar y social.

HABILIDADES PARA LA VIDA O HABILIDADES SOCIALES

Las Habilidades para la Vida, la propuesta de la OMS (2004) ha logrado un reconocimiento amplio porque es bastante flexible y tiene aplicabilidad universal. Son 10 los más importantes:

1.- Autoconocimiento

Conocerse es el soporte y el motor de la identidad y de la autonomía. Captar mejor nuestro ser, personalidad, fortalezas, debilidades, actitudes, valores, aficiones Construir sentidos acerca de nosotros mismos, de las demás personas y del mundo que compartimos. Conocerse no es solo mirar hacia dentro, sino que también es saber de qué redes sociales se forma parte, con qué recursos personales y sociales contamos para celebrar la vida y para afrontar los momentos de adversidad. En definitiva, saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo.



2.- Empatía

La empatía es una capacidad innata de las personas que permite tender puentes hacia universos distintos al propio, para imaginar y sentir cómo es el mundo desde la perspectiva de la otra persona. Poder sentir con la otra persona facilita comprender mejor las reacciones, emociones y opiniones ajenas, e ir más allá de las diferencias, lo que nos hace más tolerantes en las interacciones sociales. “Ponerse en la piel” de la otra persona para comprenderla mejor y responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias.



3.- Comunicación asertiva

La persona que se comunica asertivamente expresa con claridad lo que piensa, siente o necesita, teniendo en cuenta los derechos, sentimientos y valores de sus interlocutores. Para esto, al comunicarse da a conocer y hace valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas. La comunicación asertiva se fundamenta en el derecho inalienable de todo ser humano a expresarse, a afirmar su ser y a establecer límites en las relaciones sociales.



4.- Relaciones interpersonales

Establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal (relaciones tóxicas). Esta destreza incluye dos aspectos claves. El primero es aprender a iniciar, mantener o terminar una relación; el segundo aspecto clave es aprender a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa a diario (en el trabajo, en la escuela, etc.)



5.- Toma de decisiones



Decidir significa actuar proactivamente para hacer que las cosas sucedan en vez de limitarse a dejar que ocurran como consecuencia del azar o de otros factores externos. Continuamente estamos tomando decisiones, escogiendo qué hacer tras considerar distintas alternativas. Esta habilidad ofrece

herramientas para evaluar las diferentes posibilidades en juego, teniendo en cuenta necesidades, valores, motivaciones, influencias y posibles consecuencias presentes y futuras, tanto en la propia vida como en la de otras personas.

6.- Manejo de problemas y conflictos

No es posible ni deseable evitar los conflictos. Gracias a ellos, renovamos las oportunidades de cambiar y crecer. Pueden ser una fuente de sinsabores, pero también una oportunidad de crecimiento. Podemos aceptar los conflictos como motor de la existencia humana, dirigiendo nuestros esfuerzos a desarrollar estrategias y herramientas que permitan manejarlos de forma creativa y flexible, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.



7.- Pensamiento creativo

Usar la razón y la “pasión” (emociones, sentimientos, intuiciones, fantasías, etc.) para ver la realidad desde perspectivas diferentes que permitan inventar, crear y emprender con originalidad. Pensar creativamente hace referencia a la capacidad para idear algo nuevo, relacionar algo conocido de forma innovadora o apartarse de esquemas de pensamiento o conducta habituales (pensar “fuera de la caja”). Esto permite cuestionar hábitos, abandonar inercias y abordar la realidad de formas novedosas.



8.- Pensamiento crítico

Analizar experiencias e información y ser capaz de llegar a conclusiones propias sobre la realidad. La persona crítica no acepta la realidad de manera pasiva “*porque siempre ha sido así*”. Por el contrario, se hace preguntas, se cuestiona rutinas, investiga. El pensamiento crítico requiere la puesta en acción tanto de habilidades cognitivas (un proceso activo de pensamiento que permite llegar a conclusiones alternativas), como de competencias emocionales (relacionadas con las actitudes personales, ya que es necesario también querer pensar).



9.- Manejo de emociones y sentimientos

Esta habilidad propone aprender a navegar en el mundo de las emociones y sentimientos, logrando mayor sintonía con el propio mundo afectivo y el de las demás personas. Las emociones y sentimientos nos envían señales constantes que no siempre escuchamos. A veces pensamos que no tenemos derecho a sentir miedo, tristeza o ira. Este es un ejemplo de cómo el mundo afectivo se puede ver distorsionado por prejuicios, temores y racionalizaciones. Comprender mejor lo que sentimos implica tanto escuchar lo que nos pasa por dentro, como atender al contexto en el que nos sucede.



10.- Manejo de tensiones y estrés

Las tensiones son inevitables en la vida de todas las personas. El reto que representan no consiste en evadir las tensiones, sino en aprender a afrontarlas de manera constructiva, sin instalarse en un estado crónico de estrés. Esta habilidad permite identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.



CONCEPTO Y ESTUDIO DE LAS ESFERAS MENTALES

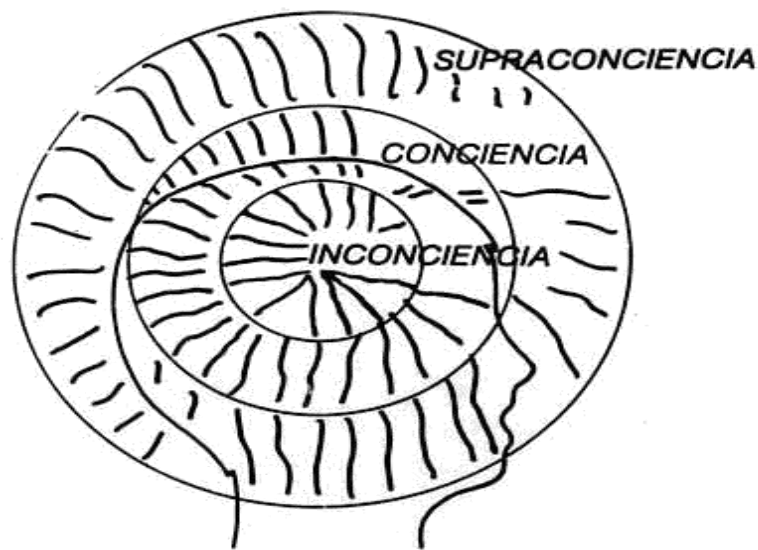


FIGURA 8-B
CONSCIENTE, INCONSCIENTE Y SUPRACONSCIENTE

Leal C, Leal MI (2001), sostienen al respecto:

Cuerpo mental

La mente trabaja de 2 maneras, como un poder y como un instrumento:

- Como poder. Tiene la capacidad de hacer muchas cosas, hay que saber qué hacer con ese poder
- Como instrumento. Es como si fuera una computadora, tiene sus funciones y su propio lenguaje.

Eres creativo

Todo lo que has vivido es resultado de lo que has pensado, somos seres creadores. Pero al tener conciencia las manifestaciones de lo que pensamos se vuelven más precisas y más rápidas, por eso hay que tener mucho cuidado con lo que pensamos, decimos y observamos. Debemos crear el hábito de la atención, para cuidar lo que pensamos y decimos, auto-observarnos.

Si vamos cambiando nuestros pensamientos para que sean siempre positivos la mente se va acostumbrando a eso, hasta que finalmente lo hace automáticamente. Es muy importante entender que en el lenguaje de la mente él no es inexistente, no lo entiende. Si piensas algo como “no quiero estar enfermo”, la mente solamente entiende “quiero estar enfermo”, por lo tanto, eso es lo que atraes a tu experiencia. Debemos pensar siempre con frases afirmativas, ejemplo: “soy saludable”, “experimento una salud perfecta aquí y ahora”. Puedes atraer también lo que deseas del futuro al presente, para que se lleve a cabo, y lo que no quieres del presente llevarlo al pasado, para que ya no exista.

Explicación de las esferas mentales.

La mente

La mente es el nombre más común del fenómeno emergente que es responsable del entendimiento, la capacidad de crear pensamientos, el raciocinio, la percepción, la emoción, la memoria, la imaginación y la voluntad, y otras habilidades cognitivas.

La mente tiene dos tipos de procesos, los conscientes y los inconscientes. También abarca funciones no intelectuales, funciones afectivas. Estudios de laboratorio, sugieren la idea de que la mente es un resultado de la actividad del cerebro, por poder localizar la actividad pensante del individuo en regiones concretas, tales como el hipocampo. Los neurólogos confirman que, al interaccionar las diferentes regiones, el individuo puede manifestar estados polarizados de su personalidad.

La mente está formada por las siguientes esferas: cada cual con sus membranas y niveles

Esfera 1. Pre-consciente. Tiene 2 membranas, por lo que se divide en 3 niveles mentales. Es la encargada de recibir y regular la corriente de fuente vital (que llega por el cordón de plata). La envía a todas las células y es lo que permite a todo el cuerpo tener la energía para moverse y que todos sus sistemas funcionen. También es la encargada de cortar la energía, esto es la muerte clínica. La esfera 1 es como el chofer del cuerpo, siendo tú el que da las órdenes para que se ejecuten. Esto quiere decir que no somos el cuerpo, éste es solamente un vehículo por medio del cual experimentamos esta tercera dimensión.

Además de ejecutar tus órdenes realiza también gran número de funciones involuntarias (respirar, mover la sangre por las venas, la palpitación del corazón, etc.)

Esfera 2. Sub-consciente. Contiene toda la información que no pasa por la atención, también se encuentra toda la información que no quiere que esté en el consciente, es decir, lo que me da pena o vergüenza, mis defectos, cosas que he hecho mal. Para funcionar correctamente necesitas sentirte bien, por eso se envían estas cosas al subconsciente, cuando estoy bien siempre sale lo mejor de mí. Nuestro verdadero ser surge cuando estamos contentos. Pero no se puede quedar ahí, uno de los objetivos de la vida es trabajar precisamente eso que vamos dejando en el subconsciente, para esto hay 3 maneras:

1. Auto-observación. Analizarme, ver mis debilidades y modificarlas.
2. En sueños. Se enfrentan los miedos.
3. Por efecto de espejo. La vida es el espejo de uno mismo, lo que criticamos en los demás es lo que realmente no nos gusta de nosotros. Así que realmente esa persona que considero mi enemigo es realmente el “maestro” que me enseña mis defectos.

Esfera 3. Consciente. Aquellos de nuestros pensamientos de los que nos damos cuenta y de los que tenemos percepción. El consciente es el área que nos pone en contacto con el medio exterior, a través de la observación, experiencia que pasamos, informaciones, o sea todo lo que pueda pasar por los cinco sentidos. Cuanto mayor la impresión en el consciente, mayor será la penetración y realización en el subconsciente, el cual se encargará de transformar la información en realidad. El consciente funciona durante la impresión de los cinco sentidos, o sea en lo cotidiano, y para de funcionar durante el sueño; pero el subconsciente continúa en acción. Cuando entramos en el sueño, el subconsciente entra directo en las impresiones captadas durante el día, impregnando la mente.

NECESIDADES BÁSICAS DE SALUD MENTAL

Hay muchas explicaciones que toda conducta está encaminada a satisfacer las necesidades básicas. Cuando un individuo alcanza satisfacer sus necesidades se dice que esta mentalmente sano, pero cuando se comporta en forma insatisfecho, esta mentalmente enfermo.

1. Necesidades Físicas: se considera innatas, con las que todos nacemos, las más comunes son: alimentación, agua, oxígeno, eliminación, vestido, albergue, actividad o estimulación sensorial y motora, incluso placer sexual, ejercicio, reposo, etc. ejemplo:

- a) Ciertas necesidades físicas u orgánicas se sienten directamente, ejem. El organismo necesita agua, sentimos sed.
- b) Algunas necesidades físicas se sienten en determinadas circunstancias como interferencia de alguna cosa, Ejem. Anhelamos aire cuando se corta el suministro de oxígeno.

2. Necesidades Emocionales: las necesidades más comunes son las necesidades de amor que tiene una persona, ser amada y amar a otros. Incluye las necesidades de estimación, importancia que comprende reconocimiento y respeto necesidad de educación que incluye autosuficiencia, la necesidad de ser necesitado y deseada; necesidad de productividad que abarca trabajos y tareas, investigación, iniciativa, necesidad de reproducción o procrear incluye planificación familiar y paternidad responsable. El individuo desde niño debe aprender a enfrentar con éxito los problemas, debe ser capaz de dominar las tareas que realice, sentirse capaz de enfrentarse a los cambios e incertidumbre del futuro. Si no aprende a enfrentar estas cosas, será capaz de adquirir tipos de conducta ineficaz, puede adquirir sentimientos abrumadores de aprensión, pánico, desesperanza.

3. Necesidades Sociales: las necesidades sociales y las formas de satisfacer surgen de la cultura o de la sociedad al que pertenece, no puede separarse las necesidades físicas y emocionales. La madre es la primera maestra de costumbres

sociales; el niño también puede aprender del padre, familia, amigos y otros miembros de su grupo social.

Las necesidades sociales comunes son:

- a) La necesidad de identificación o pertenencia. - dentro de esta tenemos: la identificación de sexo, forma de vestir, hablar.
- b) Necesidad de educación o aprendizaje. - comienza al nacer, la actitud de una persona hacia el aprendizaje, se establece en su vida. Si el niño es desalentado, regañado o ridiculizado en su intento de aprendizaje, puede sufrir trastornos de conducta, adquirir conocimientos erróneos sobre el conocimiento, educación y el aprendizaje.
- c) Necesidades de religión o culto. - desde lactante el individuo aprende que hay fuerzas y poderes superiores más fuertes que él.
- d) Necesidades de recreo, juego o diversión. - esta necesidad se asocia con relajación, diversión, disfrute y es un aspecto esencial de la vida de toda persona. si no se permite jugar al niño, puede llegar a ser un adulto demasiado serio y que no tenga amigos. Si se le permite jugar demasiado no llegara a ser un adulto en el trabajo, hogar, etc. si se le castiga al niño por que juega, puede tener sentimientos de culpabilidad o mostrarse ansioso cuando trata de disfrutar la vida.

Intervención de enfermería en la promoción de la salud mental empleando las habilidades para la vida

- ✓ Promocionar el autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos.
- ✓ Promocionar las necesidades físicas y orgánicas, emocionales, sociales.

PERSONALIDAD, TEMPERAMENTO, CARÁCTER

Personalidad

La personalidad es la estructura interior, constante y propia de cada uno, conforme a la cual se origina todo ser, es el término con el que se suele designar lo que, de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias. Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. Una de las teorías más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud, quien sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como el estadounidense B. F. Skinner, quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas -hay castigo- la probabilidad de repetirse será menor. El conjunto de las actividades internas del ser humano y de su experiencia exterior. Se constituye sobre la base del temperamento y el carácter.

Formación y desarrollo

Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra cómo las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos

parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales. Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen periodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental. Durante uno de estos periodos, por ejemplo, la capacidad de manejar el lenguaje cambia muy rápidamente, mientras que en otros es más fácil desarrollar la capacidad de entender y culpabilizarse.

El Temperamento

Desde el momento de nacer, cada ser humano tiene ciertas actitudes distintivas que predominan en su actividad. A estas características biológicas, se les conoce como temperamento y, a través de ellas, es como el individuo se relaciona e interactúa en la familia, el trabajo y la sociedad. El Temperamento es innato a la persona, fruto de la herencia psico-social que ha recibido y no se altera. Se lleva como el color de la piel o la estatura del cuerpo. No se puede decir que el temperamento, en sí mismo, sea bueno o malo, simplemente está ahí, es el compañero de toda la vida. Toda persona nace y muere con su temperamento, sin embargo, el temperamento puede ser un potencial que debe aprovecharse al máximo o puede convertirse en un enorme obstáculo que impida a la persona a desarrollarse. Por eso es necesario conocerlo, aceptarlo, educarlo, guiarlo y convertirlo en la mayor riqueza de la persona. Es la manera natural con que un ser humano interactúa con el entorno. Está relacionado con la influencia endocrina (que se debe a los genes, y que se manifiesta en determinados rasgos físicos y psicológicos). Está relacionado con:

Intensidad: se refiere a "qué tanto..." se experimenta una emoción o un sentimiento. El grado de emotividad y de apasionamiento de las personas. Por ejemplo: si la persona se alegra mucho o casi no reacciona; si salta de alegría o apenas sonrío; si al hacerlo suda, se pone colorado, le tiembla la voz o se pone pálido, frío, etc.

La percepción subjetiva e interna, además de las respuestas psicofisiológicas asociadas a la emoción, nos da una idea de la intensidad de la respuesta y del tipo

de temperamento. Las respuestas intensas son comunes en los temperamentos inestables o fuertes. Las respuestas poco intensas en los débiles.

Otros indicadores de intensidad (fortaleza o debilidad) son el volumen de la voz, la energía al apretarla mano de otro, la fuerza de la presión al escribir, etc. La energía e intensidad se dejan traslucir en esos y otros aspectos conductuales.

Duración: se refiere a "cuánto" dura una vivencia afectiva. Durante cuánto tiempo la persona vivencia la respuesta emocional generada por una situación. Por ejemplo: cuando siente cólera, ¿ésta se mantiene por muchos días o apenas le dura unas horas o unos minutos? ¿Es una persona rencorosa, que no puede olvidar?, ¿Sus emociones varían fácilmente? ¿Pasa de una a otra según las circunstancias, o un enojo puede malograrle el día, incluso los momentos buenos? Hay gente que se emociona mucho, muchísimo incluso, pero, así como fácil vino, fácil se va la emoción. Otros lo hacen con poca intensidad, pero su vivencia persiste bastante.

Latencia: tiene que ver con la "velocidad" con la que se responde. Es decir, el tiempo que transcurre entre la presencia del estímulo y la emisión de la respuesta.

Por ejemplo: una persona tendría una latencia corta si responde de inmediato a un insulto, un chiste o una situación peligrosa. Por el contrario, la latencia sería larga si la respuesta requiere más tiempo, y la reacción parece incluso desconectada o no asociada con el estímulo.

Umbral: es "cuánta..." estimulación necesita una persona para emitir una respuesta. Es decir, cuánta cantidad de estímulo requiere para responder. Las personas con umbral bajo, más sensibles, requieren estímulos relativamente poco intensos para reaccionar, incluso para reacciones intensas. Por ejemplo: hablarles en tono moderado puede ser asumido como que se les grita y generar malestar o miedo en ellas. Ante un temblor pueden sentir pánico y desorganizar su conducta. Las personas con umbral alto requieren de estímulos fuertes para reaccionar. Son menos sensibles. La apariencia que dan es de estabilidad, tranquilidad e incluso frialdad. Sus reacciones son más bien moderadas y pueden llegar al extremo de la monotonía y el aplanamiento afectivo. Muchas veces para sentir buscan situaciones de riesgo o intensas, pues de lo contrario se aburren.

TIPOS DE TEMPERAMENTO, SEGÚN HIPÓCRATES

Los sanguíneos: implica predominio de la sangre. Son personas vivaces, alegres, dinámico, seductor, adaptable, democrático, deseo de ayudar, diplomático, diligente, y poco detallista, a quienes les encanta ser los reyes de la fiesta. Tienen un sistema nervioso rápido que se caracteriza por la alta sensibilidad y suelen ser personas muy extrovertidas.

Para ser efectivo requiere: Múltiples contactos con la gente, una guía democrática, mucha variedad y reconocimiento público.

Cuando se le estimula: Es líder inspirado, promotor de ánimo y entusiasmo, diplomático.

El colérico: con el predominio de la bilis amarilla. Es determinado y no se rinde ante cualquier obstáculo, es emprendedor, impaciente, poderoso, persistente, exasperante, impredecible, el sigue adelante. Demuestra poco aprecio por la música y el arte, y prefiere los valores utilitarios y productivos de la vida, puede ser profundamente hostil. Su explosividad puede ser muy peligrosa. Para ser efectivo necesita: Muchos estímulos, corrección cuando sea necesario, que se le demuestre que es apreciado, algo de prestigio, oportunidades para aprender nuevas habilidades, sentimiento de competencia. Cuando se le estimula es: Arriesgado, toma decisiones, trabajador independiente, agente de cambio, persona orientada a resultados.

El melancólico: predomina la bilis negra, tiene un sistema nervioso débil y una alta sensibilidad. Es muy sensible emocionalmente y es introvertido (aunque puede comportarse de manera extravertida) la debilidad del melancólico es que suele ser muy depresivo. Es sensible, sistemático, comprensivo, supervisar, resignado, trabaja con orden de interés, es concreto, se desalienta ante las dificultades, es desconfiado y pasivo. Para ser efectivo le gusta: Crear armonía, que se le diga el peor que de las cosas; observar detalladamente, evitar la crítica, que se le alabe en privado y tener tiempo para procesar la información. Cuando se le estimula proporciona: Habilidades especializadas; detalles. Niveles altos, decisiones cuidadosas, alto nivel de precisión.

El flemático: tiene un sistema nervioso lento y equilibrado, es conservadora, ecuánime, cordial, consistente, cuidadoso, calmada, cooperativa, concisa, convencional, ordenada, posee buena memoria y concentración, nunca pierde la compostura y nunca se enfada; por lo cual suele ser el temperamento más agradable de todos. Para ser efectiva necesita: un ambiente estable, que se le indique lo que debe hacer, se estimula su talento analítico, saber con anterioridad los cambios que puede ocurrir, demostrar sus verdaderos sentimientos, seguridad económica. Cuando se le estimula: Contribuye al trabajo pesado, a la perspectiva paciente, es leal, sigue las instrucciones y se orienta a la tarea a realizar.

Ejemplos:

Es una persona que muestra reacciones emocionales intensas, aunque de corta duración, es decir es lábil emocionalmente pues pasa de una emoción a otra con mucha facilidad, transformando muchas de esas emociones en sentimientos egos destructores. Es decir, cuando experimenta sentimientos que la embargan, estos llegan incluso a aturdirle y aunque en alguna ocasión llega a expresarlos, la mayoría de las veces los suprime, convirtiéndolos en resentimiento. Es muy sensible y necesita estimulación poco intensa y corto tiempo para reaccionar. Sujeto que presenta reacciones emocionales dentro de lo esperado, las cuales se mantienen durante gran parte del tiempo con poca variabilidad en ellas. Está permanentemente buscando situaciones en las que logre expresar sus ideas o que le faciliten el poder experimentar estímulos fuertes, pues necesita un lapso de tiempo más o menos largo para emitir una respuesta.

TIPOS DE TEMPERAMENTO, SEGÚN KRETSHMER

Kretshmer basó su clasificación de los temperamentos de acuerdo a la estructura corporal.

Tipos somáticos	Características
Atlético (Persona Musculoso y fuerte)	Lacónico, equilibrado
Pícnico (Personas Obesa)	Comunicativo muy sociable
Asténico (Persona Delgada)	Incomunicativo, insociable.

El carácter

El carácter es una combinación de valores, sentimientos y actitudes. Es decir, hace referencia a como una persona percibe a los demás, a las cosas y a los conceptos. El carácter, es algo que necesitamos desarrollar y cultivar. El carácter no se logra en un momento, es un trabajo continuo de los padres hacia los hijos y va hacer determinante en su vida. El carácter de una persona se forma día con día y es necesario tener dominio sobre nuestra persona, mediante pequeñas, pero continuas acciones que hagan más fuerte nuestra voluntad. “Nuestro carácter es el resultado de nuestra conducta”

Dos aspectos importantes:

- Conocer nuestras emociones.
- Controlar las emociones.

Emociones básicas

Cólera. - Enojo, resentimiento, ira, irritabilidad, violencia.

Alegría. - Sentimiento de placer originado por una viva satisfacción del alma

Miedo. - Ansiedad, desconfianza, nerviosismo.

Tristeza. - autocompasión, desaliento, desesperanza.

Elementos del carácter

Emotivo: Reacción ante un acontecimiento.

La persona emotiva es aquella que vibra intensamente por todo. La vibración de la persona no emotiva es menor; esto no significa que no sienta las cosas, sino que su capacidad emocional es poco intensa.

Actividad: El obstáculo refuerza la acción.

Una persona activa es aquella que acaba de decidir algo y lo lleva a cabo inmediatamente. No se desanima ni se desespera ante un obstáculo: más bien, goza las dificultades y actúa con mayor energía. Además, tiene un gran espíritu de lucha, es optimista e inteligente. La persona no activa es aquella que puede estar plenamente convencida de que tiene que actuar, pero no pasa a la realización concreta. Finalmente encuentra pretexto para posponer la acción. Tiene buenas intenciones, pero le falta fuerza de voluntad para llevarle a cabo.

Resonancia: Impresión que puede producir.

La resonancia es un efecto fugaz o duradero de una impresión. Esta puede ser primaria o secundaria:

Primario: vive apasionadamente el momento presente.

Secundario: vive en el pasado

Tipos de carácter

El nervioso. - Cambia continuamente de intereses y de ocupación. La persona de carácter nerviosa se entusiasma con lo nuevo, pero solo busca de ello lo que es práctico.

El sentimental. - Es muy sensible, tímida, pesimista. Es rencoroso, difícil de reconciliar, se precipita, despilfarra energía y cae en la dispersión. Abandona las cosas cuando aparece algún peligro. Es un extrovertido que tensiona fácilmente. Cambia frecuentemente de actividad y no termina lo que empezó.

El sanguíneo. - Es muy poco sensible. Tiene tendencia a mentir para conseguir lo que quiere. Es optimista, social y extrovertido. Es curioso.

El flemático. - Es reposado y tranquilo. Es reflexivo y callado. Es muy ordenado. Le gusta trabajar solo.

El amorfo. - Es perezoso. Su vida es dormir y comer, carece de entusiasmo. Es social y extrovertido.

EL apático. - Es cerrado en sí mismo, es melancólico, es irreconocible, testarudo, es perezoso, rutinario, pasivo e indiferente, carece de estímulo y actividad poco interesado en actividades.

Tipología de carácter

Tipología de carácter de Jung

Lo define como la manera de mostrarse al mundo planteando dos polos presentes en cada individuo y la predominancia de cualquiera determina si pertenece a uno de ellos. Estos dos tipos (polos) son:

Extrovertido.

Es sociable, gusta de los contactos humanos, busca oportunidades para la actividad, actúa un tanto impulsivamente. Le agrada el cambio, es optimista, desenvuelto: prefiere la actividad, tiende a la agresividad, pierde fácilmente el dominio o control de sus emociones. En general no es confiable.

El introvertido

Es una persona quieta, retraída, introspectiva, reservada y distante, en general es confiable y otorga gran valor a las normas éticas. Tiende a planificar su actividad y desconfía de la improvisación. No gusta de la excitación, toma con seriedad los asuntos de la vida cotidiana. Le agrada la vida ordenada. Mantiene sus emociones bajo control, rara vez se comporta de modo agresivo y no pierde fácilmente el control.

Tipología de Spranger

Define al carácter como la inclinación hacia los valores morales ya que ellos regulan la conducta, considera 6 tipos

El teórico: Inclinado hacia la verdad o ciencia

El Político: Inclinado hacia el poder.

El Económico: Inclinado hacia el utilitarismo

El social: Inclinado hacia el altruismo (amor a los demás)

El estético: Inclinado hacia el arte o de belleza

El religioso: Inclinado hacia Dios o cualquier valor absoluto.

El carácter en el trabajo. La forma en que cada individuo se desarrolla en su trabajo depende mucho de su tipo de carácter. Los mejores tipos de carácter para trabajar son los coléricos, apasionados y el sanguíneo. El colérico posee iniciativa, es disciplinado, pero prefiere el trabajo individual agrupa, evita socializar con las personas. El tipo apasionado le encanta su trabajo, le gusta la mejora continua a base del estudio, forma buenas relaciones sociales. Los sanguíneos son buenos trabajadores les encanta trabajar en base a metas, trabajan mejor bajo presión, creen que fin justifica los medios. Son fácilmente adaptables, aunque son insensibles ante lo que los rodea. Los más difíciles para trabajar son: el flemático, nervioso, sentimental, amorfo y apático, este tipo de personas se muestran con un perfil muy bajo en las áreas en la que se desempeñan, no son recomendados para formar equipos. El flemático no le gusta trabajar en equipo, es puntual, pero es demasiado tranquilo y callado. Fácilmente influenciable. El nervioso no sabe lo que quiere lo que representa un problema en el trabajo, continuamente sé está cambiando de trabajo, no es disciplinado lo que le crea problemas en trabajo. Fácilmente influenciable. El sentimental no cree en que se puedan dar las cosas es muy pesimista por lo que es difícil asignarle proyectos, no se adapta a las cosas nuevas, ni le gusta innovar. El amorfo es perezoso. Su vida es dormir y comer, no le gusta innovar es fácilmente manejable, no le importa nada no tiene disciplina.

No le gusta realizar ningún tipo de esfuerzo. El tipo apático es cerrado, no le gusta los cambios, y no le interesan las actividades que se puedan estar desarrollando en la oficina.

Carácter y liderazgo

Santos define el liderazgo como el proceso de influir sobre un grupo para obtener un resultado. Esto dependerá también del tipo de carácter que posea cada persona. En los diferentes tipos de carácter se tienen a aquellos que pueden ser líderes todo depende de cómo los tres componentes de la estructura del carácter que plantea Santos (2004): la emotividad, la actividad, y la resonancia. Las personas emotivas y activas son influenciadas e influyen en los mandos medios, son buenos líderes por ejemplo los tipos coléricos y apasionados. Las emotivas no activas, son aquellas que se impresionan fácilmente, pero estas impresiones no son canalizadas, no forman un buen líder como por ejemplo los nerviosos. Los no emotivos activos, son fríos sentimentalmente, pero por otro lado son de acción, inteligencia y vivacidad, consiguen lo que quieren aun a costa de otras cosas, influyen en el medio, por ejemplo, los sanguíneos. Los no emotivos no activos son personas no motivadas y que tampoco motivan a los demás, son fácilmente influenciables por lo que no constituyen a un líder. Para ser un líder no solamente es necesario convencer y conmover a la gente si no que debe de conocer la forma correcta de proceder y debe de tener la capacidad de poder actuar ante las circunstancias que se presenten.

Desordenes del carácter

Actualmente no se conocen trastornos del carácter lo que se tiene es una gama de diferentes tipos de carácter en donde se describen las características de cada individuo y todos los seres humanos caemos en uno de esos tipos.

Recomendaciones para formar el carácter

Gaitán señala que para formar el carácter es necesario tener dominio sobre nuestra persona, mediante pequeñas, pero continuas acciones que hagan más fuerte nuestra voluntad. Esto nos dice que es posible cambiar nuestro carácter,

esto a través de la disciplina y la férrea voluntad de querer hacerlo. Escuela de la fé (2013)

Comparación de temperamento y carácter

Temperamento	Carácter
Se hereda	Se adquiere y se forma
Forma la personalidad	Forma de la personalidad
Depende de la constitución bioquímica, entre otros factores	Depende de las experiencias del aprendizaje y ambiente social.

TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD O CONDUCTA HUMANA

Paivan (2010), describe:

Teoría psicoanalítica de Freud

Esta teoría fue formulada por el psiquiatra austriaco Sigmund Freud (1856-1939), quien atribuyó a los factores inconscientes una importancia decisiva en la determinación de la conducta humana. Según esta teoría en la personalidad se distinguen tres planos que interactúan dinámicamente entre ellos. Tales son:

El Inconsciente, es también llamado "Ello" o "Id" constituido por los impulsos instintivos cuya fuerza fundamental es la libido o impulso al placer (satisfacción de las necesidades biológicas y de evitación del dolor).

El Consciente, Es también llamado "Yo" o "Ego", donde imperan la razón, el lenguaje y la lógica. Se va desarrollando en contacto con el ambiente social, representando en primer lugar por los padres. Aquí actúa el "Principio de realidad", es decir la acción del ambiente sobre la mente del sujeto.

El yo ideal, es llamado "Súper Ego", constituido por la moral, las leyes, los modelos, los consejos y también las represiones, las prohibiciones, los castigos, etc.

La estructura de la personalidad está formada, pues, por el inconsciente (Id o Ello), el consciente (Yo o Ego); y el Yo Ideal (Super Ego).

Teoría tipológica de Jung

Esta teoría fue formulada por G. Jung (1875- 1961) tomando en cuenta la dirección de la actividad personal, presentan dos tipos.

Extrovertido, es el que vive predominantemente orientado hacia fuera, es decir, hacia el mundo exterior u objetivo. Le gusta la vida social y la compañía de los demás.

Su manera de pensar, sus sentimientos y sus determinaciones se hallan influenciadas por lo que predomina en el mundo social y lo que el sujeto ha percibido por la enseñanza y la tradición. La vaporización o apreciación de las

personas y de las cosas se encuentran igualmente influenciadas por lo que aprecia la mayoría de la gente.

Introverso, Es el que vive orientado hacia adentro, es decir, hacia su propio Yo. Es reservado y prefiere la soledad, apareciendo a veces como egoísta su comportamiento es enteramente personal y, a menudo, original. Sus decisiones se guían por sus propias ideas, y por este camino, hasta puede llegar a la arbitrariedad. Sus sentimientos y su valoración de las personas y de las cosas también son eminentemente subjetivos, muy propios, sin influencia externa.

Jung considera que la introversión y la extroversión son disposiciones que existen en todos los individuos y cuando se presentan dominantes, determinan el respectivo tipo psicológico.

Teoría tipológica de Kretschmer

Esta teoría fue formulada por el psiquiatra alemán E. Kretschmer (1888- 1964), quien afirma que existe una relación entre la manera de ser y la organización corporal; es decir, el comportamiento se relaciona con determinadas características somáticas, distingue tipos corporales básicos:

El Pícnico, es aquella persona caracterizada por presentar rostro ancho de rostro y de cuerpo. A él corresponde el temperamento ciclotímico.

El ciclotímico, se caracteriza por ser: bondadoso, afectuoso, activo, entusiasta, rápido; alegre y risueño, pero con súbitos apagamientos; explosivamente colérico, pero sin rencor, adaptable; franco; expresivo, hablador, sociable, voluble, práctico, realista; objetivo; con tendencia hacia las generalizaciones.

El leptosómico, se presentan en las personas con apariencia delgada y lineal. Le corresponde el temperamento esquizotímico.

El esquizotímico, es sensible, capaz de grandes pasiones, pero con pocas personas, prudente, tímido, reflexivo; serio, de humos parejo, pesimista, irritable, rencoroso, negativo, inadaptable, reservado, retraído, de poco hablar, insociable, perseverante, idealista, soñador, subjetivo, analítico, ve los detalles. Se presentan

en las personas con espaldas amplias, esqueleto recio y musculatura desarrollada. Le corresponde el temperamento viscoso.

El viscoso, se distingue por ser: reposado, pasivo; de afectividad estable; tenaz; tranquilo; de poco hablar; de escasa imaginación; de fuerza segura.

Teoría del análisis factorial de catell

Esta teoría fue formulada por Raymond B. Catell. La teoría se formuló a base de usar una técnica de análisis de la personalidad. La técnica era la de analizar y determinar los factores y rasgos primarios del comportamiento de cada personalidad a fin de describirla.

El procedimiento consistió en lo siguiente partió de una lista de 4000 palabras que designan rasgos personalidades, la que se redujo 171 al eliminar los sinónimos o las que se referían a rasgos muy raros. Dicha lista, luego de un estudio, se redujo a 35 rasgos. Sobre esta base elaboró escalas de evaluación adecuadas a las medidas de dichos rasgos y con tales escalas evaluó a muchos adultos mediante cuestionarios de personalidad y de tesis de conducta obteniendo valiosos datos que fueron también medidos.

Teoría de los rasgos de Allport

Esta teoría fue formulada por el psicólogo Gordon W. Allport. Esta teoría se señala que la personalidad (estructura psicobio-espiritual) posee rasgos o características en número ilimitado, las cuales, se supone, son en su mayor parte comunes en todas las personas.

Allport clasifica los rasgos en características comunes y disposiciones personales. Las características comunes, son los rasgos que aparecen en mayor o menor cantidad en muchas personas, debido a su naturaleza humana y al hecho de vivir en el mismo ambiente social y cultural. Las disposiciones personales, en cambio, son rasgos individuales, es decir propios de un individuo determinado. Aparecen como únicas y muchas más constantes que las comunes. Se necesitan varias palabras para designar (o decidir) una disposición personal.

La disposición Cardinal, es la disposición personal sobresaliente respecto de las demás disposiciones en un individuo, por lo cual se puede advertir su conducta

Intervención de enfermería en la promoción de la salud mental empleando elementos de la personalidad, el temperamento y carácter

- ✓ Promocionar actitudes positivas en modificar el carácter y tener dominio sobre nuestra persona, mediante pequeñas, pero continuas sesiones que hagan más fuerte nuestra voluntad.
- ✓ Promocionar los tipos de carácter en donde se describen las características de cada uno incentivando a los seres humanos evitar en caer en uno de esos tipos
- ✓ Promocionar que el temperamento es necesario conocerlo, aceptarlo, educarlo, guiarlo y convertirlo en la mayor riqueza de la persona. Es la manera natural con que un ser humano interactúa con el entorno.
- ✓ La intervención enfermera en aquellos problemas de comportamiento en los que se valore una falta de conocimientos, actitudes o habilidades por parte de los padres, se puede abordar desde dos perspectivas, no siendo excluyentes entre sí:
- ✓ Intervención independiente: a través de un plan de cuidados individualizado (en este caso consideramos el diagnóstico de enfermería “deterioro parental” como más adecuado).
- ✓ Intervención interdependiente: desde dispositivos de tratamiento psicoeducativo como la Escuela de Padres. Es posible cambiar nuestro carácter, esto a través de la disciplina y la férrea voluntad de querer hacerlo.
- ✓ Proponerse varios retos personales: como trabajar mejor, aprender algo nuevo, mejorar nuestro trato hacia los demás, etc.
- ✓ Para esto también puede plantearse un ciclo de acción para reestructurar a aquellos caracteres que son disfuncionales en las distintas áreas laborales en que se desarrollan, esto a través de la alineación de la emoción y la acción, teniendo como resultado el carácter que nos lleve a la poder tener un carácter

funcional lo que nos hará dignos de confianza para poder desarrollar cualquier tipo de proyectos dentro de nuestro trabajo.

- ✓ Proponerse varios retos personales: como trabajar mejor, aprender algo nuevo, mejorar nuestro trato hacia los demás, etc.
- ✓ Para esto también puede plantearse un ciclo de acción para reestructurar a aquellos caracteres que son disfuncionales en las distintas áreas laborales en que se desarrollan, esto a través de la alineación de la emoción y la acción, teniendo como resultado el carácter que nos lleve a la poder tener un carácter funcional lo que nos hará dignos de confianza para poder desarrollar cualquier tipo de proyectos dentro de nuestro trabajo.
- ✓ Recomendar a los padres como se puede formar el carácter; es necesario tener dominio sobre nuestra persona, mediante pequeñas, pero continuas acciones que hagan más fuerte nuestra voluntad.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN KERNBERG



<http://zaragozalinguistica.wordpress.com/2013/10/25/linguistica-cognitiva-de-la-buena>

Otto Friedemann Kernberg define los trastornos de personalidad como "constelaciones de rasgos de carácter anormales o patológicos de suficiente intensidad como para conducir a una alteración significativa en el funcionamiento intrapsíquico y/o interpersonal". Kernberg, acentúa de esta manera los factores intrapsíquicos en la definición de estos trastornos.

Para comprender mejor la clasificación de los trastornos de personalidad propuestos por Kernberg se deben considerar lo que él entiende por Temperamento, Carácter y Personalidad.

- Temperamento: Disposición innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente. Específica la intensidad, ritmo y umbral de las respuestas emocionales. El aspecto temperamental más importante para la clasificación de los trastornos de Kernberg es la Introversión / Extroversión
- Carácter: Organización dinámica de los patrones conductuales del individuo; manifestación conductual de la identidad del yo, determinada por la integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos

- Personalidad: Integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados (súper yo). A la estructura de personalidad de un individuo subyacen dos precondiciones: Estructurales y Dinámicas.
- Precondiciones estructurales: grado en que se hayan integrado y internalizado, a través de las relaciones tempranas, el sí mismo y las relaciones objetales; llegando en el caso de la personalidad normal (y neurótica).
- Precondiciones dinámicas: se refiere a la organización de los impulsos (libido y agresión) que se van activando en las relaciones objetales tempranas. En la estructura de personalidad normal se da una integración de la agresión y la libido bajo la dominancia de los impulsos libidinales.

Otro aspecto importante a considerar es que Kernberg propone una clasificación de los trastornos de personalidad que combina criterios dimensionales de clasificación (diferencias cuantitativas dentro de dimensiones generales: Identidad del yo, prueba de realidad, mecanismos defensivos) y categoriales (diferencias cualitativas entre los tipos de trastorno de personalidad dentro de un grado dimensional).

Clasificación de las estructuras de personalidad

De acuerdo a los planteamientos de Kernberg, se distinguirían diferentes estructuras de personalidad en un continuo de gravedad (Kernberg, 1988, 1999; Gomeroff, 1999):

- Estructura de personalidad normal: donde no se encuentran trastornos de personalidad
- Estructura de personalidad de tipo neurótico: donde se encuentran los trastornos de personalidad menos graves
- Estructura de personalidad de tipo limítrofe: donde se ubican los trastornos de personalidad más severos; dividida a su vez en limítrofe superior y bajo

- Estructura de personalidad de tipo psicótico: que es un criterio de exclusión para los trastornos de personalidad.
- Criterios de clasificación y evaluación clínica:

La clasificación de estructuras de personalidad de Kernberg se basa en tres criterios básicos (Kernberg, 1988; Gomberoff, 1999):

- identidad del yo
- juicio de realidad
- mecanismos de defensa primitivos v/s avanzados

Identidad del yo

Incluye dos puntos esenciales. -

- 1).- Concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones,
- 2).- El concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto. La identidad del yo está presente sólo en las estructuras neuróticas, por lo tanto, es un criterio diferenciador con las estructuras limítrofes y psicóticas. La evaluación clínica de este criterio no se debe realizar en personas que presenten cuadros psicóticos y/u orgánicos (Kernberg, 1988; Gomberoff, 1999).

Para explorar la integración del sí mismo a través del tiempo y en distintas situaciones las preguntas que se hacen son: "ahora que me ha contado por qué vino y cuáles son sus problemas, me gustaría que se describiera a sí mismo en unas pocas palabras ¿cuáles son las cosas que lo diferencian a usted de las demás personas?".

Se espera que una persona normal o con estructura neurótica pueda dar una descripción donde se integren aspectos negativos y positivos, identificar sus características estables sin desconocer que en ciertas circunstancias puede salirse de esos patrones; además el entrevistador puede formarse una imagen relativamente clara de la persona a partir del relato del paciente.

Las personas con estructuras limítrofes relatan aspectos contradictorios de sí mismos, pero sin darse cuenta de la contradicción de su relato, el entrevistador puede tener la sensación de que el paciente está hablando de distintas personas por lo que no puede percibir en forma clara la descripción del paciente y tener la sensación de caos.

Las personas con estructuras psicóticas no pueden responder esta pregunta porque es poco estructurada y requiere mantener empatía con el entrevistador. Las personas con problemas orgánicos (delirio, demencia, alteraciones del sensorio) tampoco logran estructurar una respuesta pues implica concentración, introspección y relaciones abstractas (Kernberg, 1988; Gomberoff, 1999).

Para explorar el concepto integrado de las personas importantes o significativas en la vida del sujeto, primero se debe captar cuáles serían esas personas y luego preguntar "¿por qué no me describe la personalidad de su mamá y de su hermano? Cuénteme ¿cómo son ellos?".

Los pacientes con estructura limítrofe dan una descripción superficial que impide conocer los aspectos más profundos de esas personas, además muchas veces caen en profundas contradicciones cuando describen características sin que se percaten de ello. En pacientes con estructura neurótica la descripción incluye aspectos relevantes, integración de aspectos negativos y positivos que permiten que el entrevistador se haga una imagen más o menos clara de esas personas. En el caso de estructuras psicóticas o con problemas orgánicos no se continúa con la exploración de la Identidad del yo y se pasa a indagar más en la sintomatología específica).

Juicio de realidad

Este segundo criterio de clasificación y evaluación clínica, implica la capacidad de:

- diferenciar el yo del no-yo
- diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico
- mantener criterios de realidad socialmente aceptados.

El juicio de realidad esta mantenida en las estructuras neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras psicóticas y limítrofes.

La evaluación de este criterio se hace en tres etapas (Gomberoff, 1999):

- Presencia / ausencia de alucinaciones o ideas delirantes: si en ese momento las tiene significa que el juicio de realidad está perdido. Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas "¿qué le parece lo que le pasó?" si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que se recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras limítrofes), por el contrario, si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún no está perdido.
- Mantenición de criterios sociales: si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos. Después de tener claro esto se le pregunta "yo quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene sorprendido, que no entiendo? yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío?"

Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.

- Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos: este paso es el más difícil. Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador. Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras limítrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural ante las defensas del

paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este. Los pacientes limítrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran

Trastornos de personalidad en las estructuras de personalidad

Uno de los principales aportes de Kernberg a la comprensión de los trastornos de personalidad es haber explicitado la configuración estructural y dinámica subyacente que los hace tanto similares como distintos entre sí. Se analizarán los trastornos de personalidad comenzando desde la menor a mayor severidad:

- *Trastornos de personalidad en estructura neurótica*, incluye a los trastornos depresivo masoquista, obsesivo compulsivo e histérico. Se caracterizan por una identidad del yo y capacidad de relaciones profundas, control de impulsos y tolerancia a la ansiedad; creatividad en el trabajo por la capacidad de sublimación.

Poseen capacidad para amar sexualmente e intimar, pero esta está afectada por sentimientos de culpa inconscientes que se reflejan en patrones patológicos de interacción; de hecho, el conflicto dinámico (impulsos) consiste en la patología de la libido.

En el caso del trastorno depresivo masoquista existe un conflicto oral que se ha llevado (relativamente inmodificado) al plano edípico. En el obsesivo compulsivo una constelación de conflicto anal es llevada al plano edípico. La personalidad histérica es un ejemplo de conflicto edípico que se refleja en una inhibición sexual.

- *Trastornos de personalidad en estructura limítrofe superior*, incluye los trastornos de personalidad ciclotímico, sadomasoquista, infantil o histriónico, dependiente y narcisismo de buen funcionamiento. Estos trastornos se caracterizan por presentar el síndrome de difusión de identidad, pero conservan algunas funciones egoicas con buen funcionamiento, tienen un súper yo integrado, se adaptan mejor al trabajo, pueden establecer relaciones íntimas benignas, integrar impulsos sexuales y de ternura. Se consideran en transición entre los trastornos de personalidad neuróticos y limítrofes

- *Trastornos de personalidad en estructura limítrofe inferior*, incluye el trastorno de personalidad limítrofe (en sentido estricto), esquizoide, esquizotípico, paranoico, hipomaniaco, hipocondríaco, narcisismo maligno y antisocial.

Estos trastornos se caracterizan por la difusión de identidad, no se ha logrado la constancia objetal, no se perciben objetos totales sino que idealizados (tanto buenos como malos); un desarrollo desproporcionado del impulso agresivo ligado al uso masivo de la escisión (rompimiento) como mecanismo defensivo para poder contar con objetos buenos que protejan de los malos para escapar de la agresión atemorizante; también se observan problemas en las relaciones íntimas; el súper yo es arcaico, no integrado. Todo esto se traduce en problemas para establecer relaciones íntimas duraderas, falta de metas en la vida, incapacidad de sublimar ligada a poca persistencia y creatividad en el trabajo; patología de la vida sexual por estar contaminada la libido con la agresión, incluyendo tendencias polimorfas.

Así como existen similitudes entre los trastornos de personalidad en un tipo de estructura, también existen similitudes o líneas de trastornos (sobre todo con respecto a características conflictivas y dinámicas) dentro de las estructuras y también a través de ellas. Es aquí donde se aprecia la característica dimensional y categorial del sistema clasificatorio de Kernberg. Una primera línea es la del trastorno limítrofe y esquizoide que reflejan una fijación en la separación / individuación, existe una escisión de las relaciones objétales internalizadas, que en el esquizoide, por una tendencia temperamental introvertida, se expresa en empobrecimiento de las relaciones objétales (empobrecimiento social) con poca expresión afectiva debido a la escisión de los afectos, e hipertrofia de la vida fantasiosa; en el caso del limítrofe, con tendencia temperamental extrovertida, se expresa en relaciones impulsivas en el plano interpersonal, que remplazan su autoconciencia.

- *La personalidad esquizotípica* es una forma más severa de la personalidad esquizoide; la personalidad paranoide se caracteriza por un aumento de agresión y proyección (del tipo identificación proyectiva) en relación al esquizoide, unida a una auto idealización defensiva.

La personalidad hipocondríaca también está unida a la línea esquizoide, en este caso los objetos persecutorios (producto de la escisión esquizoide) se proyectan al interior del cuerpo, lo que las asemeja al trastorno paranoide (proyecta fuera de sí los objetos persecutorios).


Otra línea de trastornos es la que cruza los trastornos hipomaniaco, ciclotímico y depresivo masoquista. Estos trastornos están unidos por una disposición temperamental de activación afectiva; el estado más grave es el hipomaniaco, que puede evolucionar a ciclotímico si hay mejor funcionamiento yoico, y a depresivo masoquista si hay una identidad del yo y súper yo integrado, pero extremadamente punitivo (lleva a la culpa y a la necesidad de sufrir para obtener placer sexual).

La línea depresivo masoquista tiene otra rama que la liga al trastorno sado masoquista (que a su vez viene de la paranoia); la evolución de personalidad paranoide a sado masoquista y de esta a depresiva masoquista es equivalente a la transición hipomaniaco-ciclotímico-depresivo masoquista. También es posible observar la línea narcisista que se caracteriza por un sí mismo integrado, pero patológico y grandioso; dentro de esta línea se encuentran de menor a mayor gravedad: el trastorno narcisista, narcisismo maligno y trastorno antisocial.

Lo que diferencia a estos trastornos es el nivel de agresión e integración del súper yo. En el narcisismo se observa un sí mismo irreal e idealizado con algún grado de conducta antisocial; se transforma a narcisismo maligno cuando se agrega agresión egosintónica (crueldad, sadismo u odio) y un súper yo desintegrado que genera tendencias paranoides por la re-proyección de la agresión; el estado más grave es el trastorno antisocial donde no existe la capacidad de sentir culpa o preocupación por otros, ya no existe un súper yo ni tampoco una capacidad de proyectarse en un futuro personal. Siguiendo la línea limítrofe se encuentra la personalidad infantil o histriónica y la histérica. En la personalidad infantil (estructura limítrofe) no hay capacidad de establecer relaciones personales maduras, se observan tendencias sexuales polimorfas y conflicto indiferenciado con hombres y mujeres; en la personalidad histérica (estructura neurótica) los conflictos se restringen al ámbito sexual, con

seudohipersexualidad e inhibición sexual, mayores conflictos con las mujeres que con los hombres, que son por competir por los hombres.

- *Personalidad obsesiva compulsiva*, este trastorno sigue la línea esquizoide paranoide y es su representante mejor integrado, con estructura neurótica. En ese caso la agresión es neutralizada por un súper yo integrado y sádico, lo que lleva al perfeccionismo, necesidad de control y auto dudas.



CAPÍTULO II
SEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL Y
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
SEMIOLOGÍA E INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA

CAPÍTULO II

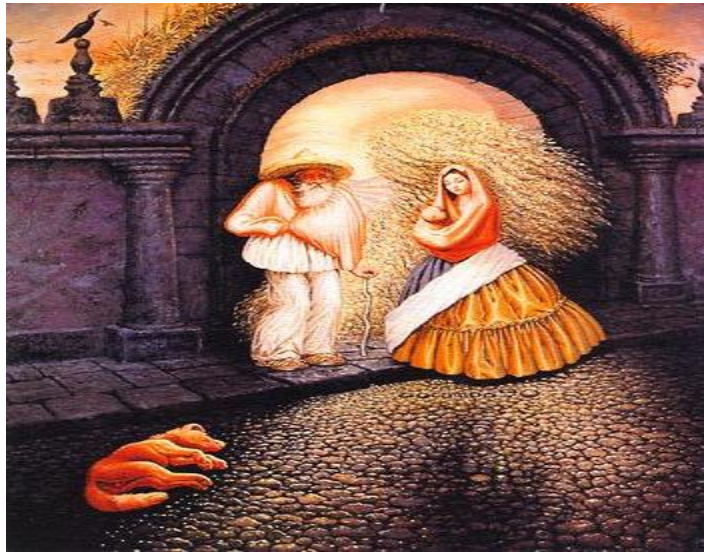
SEMILOGIA DE LA SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SEMILOGIA E INTERVENCION DE ENFERMERÍA

Para Hales (1996) la Semiología - Llamada psicopatología. - Es el conjunto de conocimientos relativos a las anomalías de la vida mental en todos sus aspectos; considerando causas y consecuencias, se consideran los signos y síntomas que manifiestan trastorno en salud mental.



<http://www.google.com.pe/imgres?imgurl=http%3A%2F%2F3.bp.blogspot.com%2F>

SEMIOLÓGÍA DE LA PERCEPCIÓN



Fuente Gestalt e ilusiones ópticas: Octavio Ocampo: La familia del general

Es la relación entre la vida interior del individuo y su realidad circundante, a través de la función sensorial (los 5 sentidos). La anormalidad de la percepción se debe a la pérdida de relación física interno y medio externo. Comprende:

Agnosia. - Pérdida de la capacidad de reconocer los objetos por medio de los sentidos, Ej. se le da a un paciente un objeto para que diga que cosa es, el paciente describe las características externas del objeto, pero no da el nombre del objeto. Se presenta en pacientes con síndromes orgánicos cerebral y desordenes del pensamiento de la palabra y la acción.

Seudopercepción. - Llamado equivocación de los sentidos, las alteraciones son:

Ilusión (con objeto). - Es la percepción deformada del objeto, el objeto existe, pero percibe cambiado, Ej. una sábana en la oscuridad puede ser percibido como un hombre sospechoso, puede presentarse en personas normales en estado de tensión emocional, con sentimientos de culpa. La perturbación de la conciencia favorece a la abundancia de ilusiones.

Las ilusiones más frecuentes son las visuales y auditivas, Ej. Un paciente delirante confundía el estetoscopio del médico con un revolver; los fideos de la sopa como culebra.

Alucinación (sin objeto). - Es la percepción de un objeto que en la realidad no existe. La percepción sin objeto se presenta en las alteraciones mentales como: emociones intensas, sugestibilidad patológica (histeria), fatiga, problemas bioquímicos del organismo; alterando las neurotransmisoras especialmente la serótina. Pueden ser:

Visuales. - El paciente ve objetos que no existen. Si ve objetos aumentado de tamaño (se llama macropsia). Si ve objetos más pequeños de lo normal (se llama micropsia), si observa objetos sufriendo modificaciones de tamaño y forma (se llama metamorfosis). Se presenta en la Psicosis alcohólica: delirium tremens.

Auditivas. - El paciente escucha voces, pueden ser suaves (murmullos) o fuertes agradables o desagradables. El paciente cumple las órdenes de las voces que escucha sucediendo suicidio, crímenes, Ej. un paciente mató a su amigo por que escucho voces que le decía mávalo antes que él te mate. Se presente en la psicosis alcohólica delirium tremens.

Táctiles. - El paciente refiere que le andan animales por su cuerpo. Se presenta en paciente con delirium tremens, fármaco dependencia, drogas alucinógenas estimulantes; cocaína.

Gustativas y Olfativas. - Son menos frecuentes se presenta en alteraciones orgánicas cerebrales como epilepsia del lóbulo temporal, y tumores cerebrales. Las alucinaciones se presentan en la esquizofrenia especialmente las auditivas y visuales.

Intervención de enfermería en la atención del paciente con alteración de la percepción



Fuente

www.google.com.pe/search?q=enfermera+y+paciente+psiquiatrico&source

Para asegurarse si el paciente está alucinado la enfermera debe:

Observar la conducta del paciente, la cual depende del tipo de alucinación así:

Visual. - Fija la mirada en un punto determinado, se acerca, hace ademanes tratando de determinar lo que observa.

Auditiva. - El paciente intenta de escuchar lo que le dicen inclinando la cabeza hacia uno y otro lado.

Táctil. - El paciente trata de alejar de su cuerpo los animales que siente.

Olfativas y Gustativas. - El paciente se tapa la nariz y se aleja del lugar. Al tomar alimentos o líquidos lo arroja de la boca.

Interrogar al paciente acerca de su actitud, Ej. el paciente menciona: “yo veo un grupo de niños” ¿dónde se encuentra? ¿Qué están haciendo? ¿Cuántos hay? ¿Los conoce? “Escucho voces” ¿Qué le dicen? ¿Conoce? etc.

Tratar de poner al paciente en la realidad, diciéndole que percibe esas cosas porque está enfermo, las personas que le rodean no perciben lo mismo, porque la realidad no existe.

No apoyar las ideas del paciente, tampoco discutirlo, ni intentar razonamientos prolongados con él.

Observar y tomar medidas de seguridad para evitar que el paciente se dañe o a las personas que le rodean.

Brindar un ambiente tranquilo, libre de ruidos que pueden estimular las percepciones falsas. Si es posible cambiar de ambiente.

Mantener acompañado al paciente, este cuidado debe intensificarse durante la noche. Se debe mantener la luz prendida hasta que duerma.

Establece relación por consonancia, es decir, relaciona las palabras por el gran parecido en su expresión, pero no porque tengan relación lógica, por lo cual muchas veces hablan en rima.

Ej. Una paciente caminaba en forma rápida cantando, al estudiante de enfermería le dijo un poema. Estas alteraciones se presentan en los estados hipo maniático, hipertímicas estados de embriaguez patológica.

Pensamiento inhibido lentificado. - Es un pensamiento de curso muy lenta, se queja de falta de concentración, se expresa con voz baja, el ánimo es triste, pérdida de la claridad del pensamiento y discreto compromiso de la memoria. Se presenta en la neurosis y psicosis depresiva, epilepsia, demencia senil arteriosclerótica, formas moderadas y leves de retardo mental. Ej. El paciente dice: “por mi culpa mi madrecita, mi madrecita sufre bastante (piensa) aunque yo soy pobre tiene que ayudarme “se expresa lentamente con esfuerzo para pronunciar las palabras.

Bloqueo del pensamiento. - Es la detención brusca del pensamiento que no puede continuar su proceso asociativo observándose el sujeto que lo sufre como si se le escapara, este síntoma interviene en la formación de la disgregación.

Disgregación del pensamiento. - Es la destrucción en asociación de las ideas, el pensamiento se presenta sin cohesión de las ideas, el pensamiento se presenta sin cohesión en sus partes, una idea no guarda relación con otra. Ej. “camino por las calles..., los hombres y mujeres bailan, los pájaros cantan... Se presenta en la esquizofrenia crónica.

Pensamiento prolijo o circunstancial. - Se caracteriza porque el paciente expresa una idea con lujo de detalles. Ej. el paciente le dice a la enfermera que encontró un peine en el jardín lo recogí, regresé a mi pabellón lo lavé con jabón, lo sequé y le guardé hoy cuando me fui a lavarme, se acercó la paciente, María y me dijo que el peine era de ella y que tenía que devolvérselo. Aconsejarme Ud. ¿devuelvo el peine? Se presenta en la epilepsia.

Alteraciones en cuanto al contenido

Pensamiento Obsesivo. - Es el pensamiento que se impone a la conciencia del individuo o paciente a despecho de su voluntad. Quién sufre por este contenido y trata de arrojarlo. El paciente sabe que este pensamiento es falso, pero no puede dejar de pensar, se presenta en la depresión, idea obsesiva de culpa, síndromes cerebrales.

Constituye los siguientes síntomas:

Dudas. - Son juicios que no se llegan a dar y quedan en suspenso. Ej. cuando se cierra la puerta se sale y a 2 cuerdas se piensa he cerrado la puerta y se regresa a verificar.

Obsesiones del recuerdo. - La angustia del paciente aumenta cada vez que recuerda el acontecimiento que la ocasiona, Ej. una paciente que tenía perder la virginidad se angustia cada vez que se acordaba que su novio le propuso tener relaciones sexuales.

Fobias. - Son los temores patológicos e ideológicos que se imponen en la mente, es un temor morboso, obsesionante, y angustioso, Ej. agorafobia = temor a cruzar la calle, a un ambiente grande con abundante gente, hidrofobia etc.

Impulso. - Es la inclinación generalmente irresistible al cumplimiento de un acto anormal, Ej. cleptomanía = impulso a robar, impulso homicida, desordenes sexuales: zoofilia, pedofilia, necrofilia.

Acto compulsivo. - Es la ejecución de actos aparentemente irracionales de manera repetitiva, constituyendo una forma de ritual, Ej. lavarse la mano cada vez que utilizó el lapicero. Lavar más de 15 veces la fruta antes de pelar. Demorar al vestirse ponerse una ropa y sacarse, se presenta en la neurosis obsesivo compulsivo.

Pensamiento Oligofrénico. - Es un pensamiento de estructura rudimentaria, corresponde a un retraso del desarrollo mental y por lo tanto de la inteligencia, Es congénito adquirido durante el nacimiento (sufrimiento fetal), se presenta en la deficiencia mental.

Pensamiento Demencial. - (deterioro mental de causa orgánica) se caracteriza por un decaimiento o disminución del intelectivo, no puede aprender, comprender y explicar. Se presenta en personas que no han logrado el desarrollo intelectual debido a enfermedades orgánicas, alcoholismo, demencia senil, epilepsia, post. TEC.

Pensamiento delusional.- Se caracteriza por ser un pensamiento falso. Se distingue:

Porque el juicio errado deriva de otro síntoma, Ej. El paciente dice: “en sueños me han dicho que yo soy el enviado de Dios, para reformar el mundo”.

Delusión se caracteriza porque no deriva de otro síntoma o alteración psíquica, Ej. el paciente dice: “yo soy el enviado de Dios para reformar el mundo”.

Las ideas delusivas pueden ser:

De referencia. - Se caracteriza porque algunas acciones y observaciones de otras personas que no se refieren al paciente, son interpretados en forma despreciativa, Ej. un paciente al ver que la estudiante lo entiende con mucha dedicación le dice: ¿qué interés tiene en ayudarme, acaso quiere algún beneficio de mí?

De persecución. - El paciente tiene la convicción que le persiguen; Ej. un paciente decía: los policías me persiguen, yo no les hice nada.

De daño. - El paciente cree que le van hacer daño, Ej. el paciente dice: me quieren matar, la comida me hace daño. Se encuentra juntamente con idea delusiva de persecución y daño, Ej. el paciente dice me persiguen para matarme.

De grandeza. - El paciente se cree de fabulosas riquezas poseedor de títulos, grandes virtudes personales, etc. Ej. un paciente indigente dice: yo tengo cosas en Pucallpa, tengo carros, ganado, etc. dirigiéndose a los otros pacientes ustedes son pobres.

De poder. - El paciente asegura tener gran autoridad sobre los demás. “yo soy amigo del presidente, puedo entrar al palacio cuando quiero”.

Delusión mística. - El paciente se cree un sobrenatural ser hijo de Dios, Ej. un paciente se presentaba como Santa Rosa de Lima.

Pensamiento mágico. - El paciente atribuye un gran poder a un objeto Ej. un paciente esquizofrénico mueve en forma rítmica el pie y la mano, al preguntarle que hace, “estoy arrojando al diablo que está a mi lado.

Delusión nihilística. - El paciente tiene sentimientos de inexistencia o que le falta alguno de sus miembros, Ej. un paciente esquizofrénico, no quiere levantarse cuando se le llama, porque dice que está muerto.

Pararespuestas. - Son expresiones verbales que no tienen relación lógica con las preguntas realizadas por el interlocutor, Ej. al paciente se le pregunta si ya tomo desayuno, el paciente contesta estoy feliz por que llegó mi familia. Se presenta en la esquizofrenia, depresiones y neurosis grave.

Los Pensamiento esquizofrénico presenta las siguientes variedades:

Ambivalencia. - Es la coexistencia de dos juicios opuestos referidos en forma simultánea y dirigidos a un mismo objeto o situación, Ej. “lo que hace provecho hace daño”; me siento más o menos bien “amor y odio”.

Pensamiento Autista. - Se caracteriza por que el mundo subjetivo predomina sobre el objetivo, el mundo interno sobre la realidad externa. Se llama también pre-lógico porque no tiene lógica. Presenta la siguiente variedad: creencia en el poder mágico del pensamiento y de la palabra. El paciente está convencido de que con sólo pensar o decir algo puede realizar cosas sorprendentes, Ej. un paciente paranoide refiere: “yo tuve la culpa para que erupcione el volcán por que un día dije que erupciones el volcán y así sucedió. Otro decía “todo lo que pienso sucede”.

Enajenación del Pensamiento. - Se caracteriza por que el paciente pierde el control sobre sus propios pensamientos, se distinguen las siguientes formas:

Pensamientos hechos, introducidos o impuestos:

El paciente cree que sus pensamientos no son propios, sino que son otros los que le hacen pensar, Ej. Un paciente decía “yo no soy el que piensa, son ellos los que dicen lo que debo pensar”.

Sustracción del pensamiento: El paciente se queja de que otras personas toman sus ideas, Ej. voy a realizar mi invento antes que se lo aprovechen, aunque no lo he dicho ya otras personas me han tomado la idea al pensarla.

Publicación del pensamiento. - el paciente cree que lo que él ha pensado ha sido publicado, Ej. todos saben lo que yo pienso.

Intervención de enfermería en la atención del paciente con alteración del pensamiento



www.google.com.pe/search?q=intervencion+de+enfermeria+en+el+pensamiento&source

Alfaro (1985), la atención del paciente con alteración del pensamiento depende de la actitud en cada situación.

- En el paciente con fuga de ideas. - Generalmente se encuentra deambulando en forma rápido y a veces corriendo, cantando, intensa alegría, pero rápidamente se encoleriza cuando no encuentra una respuesta agradable en el ambiente que le rodea, puede reaccionar con agresividad si algo le molesta, puede reaccionar con agresividad si se actúa en el momento oportuno. A estos pacientes se les debe brindar la siguiente atención:
 - Un ambiente tranquilo libre de estímulos.

- Darle una orden en voz baja pero firme y con frases cortas.
- Pacientes con disgregación del pensamiento. - Se aplica la técnica “ayudar a concretizar” que consiste en atender al paciente en un solo tema y centrarse la conversación en ese tema. Si el paciente está hablando y bruscamente se calla (bloqueo) se debe esperar unos minutos, para luego aplicar la técnica “ayuda a verbalizar “, repitiendo la última palabra que dijo antes de quedarse callado, Ej. yo era feliz cuando vivían mis padres. ¿Ud. era feliz cuando vivían sus padres, luego que pasó? Estas palabras estimulan al paciente a continuar, porque piensa que el enfermero se interesa por su problema. Y además emplea su mismo vocabulario.
- El paciente obsesivo. - Vive en constante estado de inquietud, trata de aislarse de los grupos y queda sumido en su pensamiento. Cuando tiene conocimiento de la falsedad de sus ideas se considera un inútil y falta de voluntad para poder controlarse y dejar de realizar el acto compulsivo, Ej. un paciente con neurosis obsesivo compulsivo. Dice: tengo miedo cuando agarro plata, tengo que lavarme las manos varias veces porque me puedo contagiar de alguna enfermedad; trato de dominarme, pero no puedo, me siento nervioso, huyo de las personas que me parece que están enfermas.

La actitud del enfermero

1. Eliminar los factores que produzcan ansiedad y miedo, mostrando amabilidad y paciencia durante el tiempo que demore la ejecución del acto “los factores emocionales perturbadores pueden entorpecer la percepción de situaciones y la ejecución de un comportamiento”.
2. Brindar cuidados de la piel, con el objetivo de evitar complicación en la piel si se lava constantemente, aplicándose cremas, por que, debido a la acción química del jabón y agua, la piel puede lesionarse e ingresar gérmenes.
3. Debe animar al paciente cada vez que se siente inútil, decirle que con esfuerzo y voluntad podrá ir disminuyendo.
 - El paciente con delusión. - presenta diferentes tipos de comportamiento de acuerdo al contenido. Paciente con desilusiones de referencia (suspica) se muestra muy desconfiado, mira de un lado a otro, cuando camina como si se estuviera protegido de algún posible ataque. Como no tiene conciencia

de enfermedad mental no acepta, considera injusto su hospitalización y reacción en forma agresiva, constituyéndose en un paciente peligroso. Prefiere permanecer solo, en actitud sarcástico y hostil tratando de encubrir su gran reacción amenaza de la integridad del organismo, frustración o estrés emocional, Ej.

- El paciente puede decirle al enfermero: “si yo quiero puedo pegarle”
- El enfermero dirá ¿Que le he hecho yo para que me pegue?
- El paciente dice “Ud. me tiene miedo”
- El enfermero: ¿Qué ve en mí que le hace pensar que le tengo miedo? “El enfermero debe responder adoptando una actitud segura y firme.
- El paciente al no encontrar la respuesta que el desea para poder agredirla se retirará.
- El enfermero (a) debe adoptar actitudes correctas, mostrarse seguro de sí mismo al brindar atención.
- Evitar hablar o reír con otras personas mirando al paciente suspicaz, porque puede interpretar como si se burlarían de él.
- No es recomendable leer la historia clínica de algún paciente en un lugar visible, porque puede pensar que se trata de la suya y reaccionar en forma agresiva.
- Nunca debe discutir con él porque puede interpretar como agresión o le considerará como enemiga.
- Tratar en lo posible de ganar su confianza con una actitud amable y tolerante hacia su actitud hostil.
- El enfermero (a) para satisfacer las necesidades psicológicas del paciente debe aplicar el principio de enfermería en psiquiatría “Evitar aumentar innecesariamente el temor”.
- Mostrarse amable, bondadosa, se adelanta a los deseos del paciente le brinda los cuidados con cortesía, dándole un trato educado y correcto, llamándolo por su nombre, responde con sinceridad a las preguntas del paciente, cumple la promesa que le hace, le orienta y le da las explicaciones necesarias cuando le va a realizar un procedimiento adaptándose a su capacidad de comprensión.
- Nunca debe discutir con el paciente ni tratar de ponerle en realidad.

- El paciente mejora mucho cuando el ambiente hospitalario le brinda amistad y aceptación ya que necesita que lo consideren como un ser humano valioso y útil se puede aumentar su autoestima si se le proporciona actividades ocupacionales y recreativas donde reciba la aprobación y estímulos de los demás porque: “toda persona que se aprobaba se siente aceptada”
- El paciente autista. - Vive un mundo subjetivo que él mismo se ha fabricado, se aísla del mundo que le rodea, rompe contacto con la realidad y empieza a vivir un mundo de fantasía, no reacciona a los estímulos ambientales, aunque sean intensos. Por esta razón es responsabilidad del enfermero protegerlo de las agresiones de los otros pacientes, quienes no soportan su conducta. El problema más grave de estos pacientes es la comunicación, es muy importante establecer un contacto emocional para traerlo a la realidad. Para empezar, se debe llamar al paciente con voz suficientemente leve cuantas veces sean necesarios para lograr romper su aislamiento, esperando que el paciente responda, aunque sea en forma breve, pero sin mostrar contrariedad si no lo hace. Por qué “mientras menos barreras existan en la comunicación, mejor será la participación del paciente”

SEMIOLOGÍA DEL AFECTO

El afecto es un proceso que otorga al contenido, un determinado valor en el sentido de aceptación o de rechazo como la ira, odio, amor, miedo y otros. Las emociones son experiencias psicológicas que tienen un gran significado en la vida del hombre pues tienen una gran variedad de efectos tanto positivos como negativos y están relacionados con los acontecimientos de la vida diaria. El afecto se da como respuesta fisiológica a eventos internos o externos, Ej. Alegría. La vida afectiva tiene gran importancia, sin ella no se podría experimentar: alegría, tristeza, celos, las frustraciones serían desconocidos y pasarían desapercibidos.

Las alteraciones del afecto

Angustia. - (del latín angustus, angostura = dificultad) es un estado displacentero de intranquilidad, desazón interior, incertidumbre y desvalimiento, que experimenta un individuo como si algo grave le fuera a suceder, pero la causa es desconocida para él cuando se presentan solo manifestaciones psicológicas se llama ansiedad; pero cuando se agrega problemas físicos se denomina angustia. La angustia es sinónimo de ansiedad. La angustia es el síntoma central de la neurosis, también se presenta en el inicio de la esquizofrenia y en pacientes durante la desintoxicación por alcohol, drogas etc.

Miedo. - es el temor que experimenta el individuo hacia algo conocido, Ej. temor a un asalto, robo, terremoto, animal peligroso etc. Angustia y miedo desde el punto de vista cualitativo y fisiológico tienen el mismo significado, en ambos estados hay manifestaciones psicológicas: inquietud, desasosiego, aprehensión, incertidumbre, irritabilidad y físicas: palpitaciones, taquicardia, disnea, diaforesis, si son frecuentes pueden producir una patología: úlcera gástrica. La Diferencia es que en el miedo la causa que lo ocasiona es conocida y la respuesta es lógica y comprensible. La angustia la causa es desconocida y la respuesta es ilógica e incomprensible.

Fobia (alteración del Pensamiento en cuanto al contenido). - es el temor persistente, no realista, irracional a un objeto o situación externa, Ej.:

Tanatofobia	=	fobia a la muerte
Xenofobia	=	fobia a los extraños
Nictofobia	=	Fobia a la oscuridad
Aerofobia	=	Fobia a las alturas

Depresión. - Es un estado afectivo normal que se presenta en el ser humano, cuando ha experimentado una pérdida que para él tiene gran significado. Desde el punto de vista patológico se caracteriza por: sentimiento de tristeza, desgano (abulia) y pensamiento lentificado. El deprimido es presa fácil de la desesperación y desesperanza. Se muestra pesimista y desanimado. Se acompaña de sentimientos de auto acusación, minusvalía, inapetencia, insomnio, piensa en la muerte como una liberación. Se presenta en la psicosis depresiva (endógena) y en la neurosis o depresión reactiva (exógeno).

Apatía. - Es la incapacidad más o menos permanente para experimentar afectos, el individuo se muestra indiferente a cuanto le rodea, su rostro es inexpresivo. Es un síntoma que caracteriza a la esquizofrenia, neurosis, aburrimiento crónico, habitantes pobres.

Estupor emocional. - es la pérdida momentánea de la capacidad para experimentar afectos. Se asocia a situaciones catástrofe, no puede llorar no reír va paralelo al estupor motor, Ej. A un paciente le dicen que su esposo ha fallecido, la paciente se queda rígida, por momentos como si no entendiera lo que le han dicho. Se presenta en personalidad emocionalmente inestable, histeria.

Estupidez afectiva. - es la incapacidad innata para experimentar afectos superiores como: amor, lealtad deber, etc. Se presentan en personalidades sociopáticas (delincuentes) que están al margen de la ley y la moral y en deficiencia mental.

Aumento de excitabilidad afectiva. - es la reacción exagerada ante pequeños estímulos, la persona no soporta errores o fallas, Ej. Una señora se encuentra lavando, llega su hijo de la UNU. y sintoniza la radio a gran volumen, la señora se enoja le ordena bajar el volumen de la radio. Se presenta en la neurosis, inicio de la psicosis. Es pasajero.

Labilidad o inestabilidad emocional. - son emociones que se desencadenan por motivos insuficientes e inadecuados, exteriorizándose de manera automática. Cambian con facilidad de un estado emocional a otro. Se presenta en: demencia senil, neuróticos adolescentes, histeria y niños.

Ambivalencia afectiva. - Es la coexistencia de dos sentimientos opuestos que se experimenta simultáneamente por el mismo objeto, Ej. Le doy gracias a mi amiga que me dio felicidad y desgracia; yo estoy bien y mal; contenta y triste. Se presenta en la esquizofrenia y manía.

Intervención de enfermería en la atención de pacientes con alteración del afecto

El paciente se muestra inquieto, presiente que algo grave le va a suceder y esto le mantiene en tensión emocional.

- El enfermero debe tener la actitud de saber escuchar con atención lo que el paciente refiere, sin hacer comentario en pro o en contra de lo que dice, se le debe dar facilidad para que el paciente exprese su ansiedad para lograr la descarga emocional.
- Muchas veces el paciente no presenta síntomas orgánicos por eso es considerado como mañoso. Y no se le da importancia, el paciente actúa así porque quiere acercamiento de alguien o también afecto.
- En caso de que el paciente presente síntomas cardio respiratorios se debe realizarle el control del pulso y presión arterial para demostrarle que se tiene interés por su bienestar.
- Al saludar al paciente se debe procurar resaltar cualquier avance por pequeño o insignificante para estimularle, Ej. te felicito, se levantó temprano, felicidades está superando. No conviene decirle ¿Cómo estás? Porque es una invitación para que el paciente diga los síntomas que presenta.
- El enfermero debe conocer la causa del miedo, si es una alucinación o delusión de daño o persecución se le debe acompañar, conversarle para darle seguridad, decirle que no existe peligro y que estaré a su lado para protegerle.
- Cuando el enfermero tiene miedo a un paciente agresivo, no acercarse al paciente y si el enfermero tuviera que pasar por su lado hacerlo en compañía de un miembro del equipo de salud.
- En caso de fobia se le debe enseñar a adaptarse a dicho objeto o situación.
- La comunicación es de prioridad en un paciente apático el enfermero debe iniciar la relación con el paciente presentándose; diciéndole que está a su servicio. No debe preocuparse si el paciente no responde.
- Porque le está escuchando y capta lo que dice. Al despedirse debe darle a conocer el lugar donde le puede encontrar en caso de necesitarlo.
- La conversación debe ser de temas conocido por el paciente, para darle seguridad y confianza.

- El enfermero debe respetar los silencios del paciente, no se debe hacer chistes, poner música, por que el paciente piensa como indiferencia a su pena.
- Los pacientes con alteraciones del afecto, no demuestran interés en satisfacer sus necesidades.

El enfermero tiene la siguiente responsabilidad

1. Mantener el estado nutricional.
2. Favorecer la buena higiene y presentación del paciente para darle seguridad y facilitar el acercamiento de las personas que le rodean (cuando el paciente angustiado permanece hablando sufre de sequedad de la boca por eso es necesario enjuagatorios frecuentes para aliviar la sequedad de los labios, además aplicar vaselina para evitar lesiones.
3. Llevar el control de las eliminaciones.
4. Estimular el sueño del paciente con un ambiente adecuado. Evitar que el paciente duerma en el día máximo una siesta de una hora. Si el paciente no puede dormir, se le debe administrar la terapia farmacológica.
5. Pasada la etapa aguda, se debe incorporar al paciente a las actividades de terapia ocupacional y recreativa. El paciente acepta el tratamiento farmacológico, es importante observar las reacciones del paciente por que los medicamentos ansiolíticos con facilidad favorecen la depresión.

SEMIOLOGÍA DE LA VOLUNTAD

La voluntad es la capacidad que impulsa al individuo a la acción, implica un propósito y una intención por lo tanto se realiza en forma consciente. Se puede decir que es la respuesta del organismo a los estímulos ambientales por medio de un acto motor coordinado. Las Alternaciones de la voluntad pueden ser: Cuantitativos y Cualitativas.

Alteraciones cuantitativas

Abulia. - Es la incapacidad para realizar un acto voluntario o la falta de interés e iniciativa para hacer algo. Se presenta en la esquizofrenia crónica, depresiones y demencias, neurosis depresiva. La abulia va unida íntimamente a la apatía.

Hipobulia. - Es la disminución de la capacidad para realizar actos voluntarios. Se presenta en esquizofrenia.

Hiperactividad o hiperbulia.- Es el aumento exagerado de la actividad motora, es una actividad cambiante sin objetivo. Se presenta en la manía, niños hiperactivos, va acompañado a la disminución de la atención.

Alteraciones cualitativas

Impulsos irresistibles. - Consiste en la realización de actos en forma automática y espontánea sin intervención de la voluntad. Se manifiesta en todas las lesiones violentas y peligrosas, se presenta en la esquizofrenia y epilepsia.

Entre los impulsos irresistibles tenemos:

Manías. - Son actos que realiza el individuo en forma más coordinada y consciente, tiene la finalidad de calmar la angustia, tipos de manías:

Cleptomanías. - Es el impulso irresistible de apoderarse de diversos objetos que necesariamente no tienen que ser de valor. La atracción es inconsciente colecciona las cosas y como no tiene fin lucrativo muchas veces devuelve los objetos. Diferencia del robo y hurto.

Robo - Asalto. - El individuo que roba ataca a la persona frente a frente, bajo amenaza y se apodera del objeto de valor.

Hurto. - Es el acto de apoderarse de algo, pero teniendo cuidado de no ser visto.

Piromanía. - Es el impulso irresistible a cometer crímenes. Se presenta en las personalidades anormales.

Estupor. - Es la pérdida de toda capacidad de acción se considera el grado máximo de inmovilidad; manteniendo la memoria, percepción pensamiento. Se presentan 3 síntomas:

Akinesia. - No tiene movimiento, negativismo. - No obedece órdenes, mutismo. - Se niega hablar

Interacciones anormales. - Son las repeticiones involuntarias, rítmicas o episódicas de determinados actos, las formas son:

Perseverancia. - Es el acto repetitivo en el cual persiste el dinamismo motor que lo originó o sea un acto que al inicio tiene un objetivo, posteriormente este se cumple, pero el paciente continúa realizándolo, Ej. se le pide que borre la pizarra, este termina de hacerlo, pero sigue realizando. Se presenta en pacientes esquizofrénicos, epilepsia y daño orgánico cerebral.

Estereotipia. - Es la repetición constante de movimiento cuyo contenido, carece de nexo con la vida actual del sujeto, Ej. Un homosexual adopta movimientos de mujer, Ej. Un paciente da vuelta todo un mañana.

Negativismo. - Es la posición por parte del paciente a obedecer las órdenes que se le imparte, es decir manifiesta un rechazo total a las influencias externas. Puede ser de 2 tipos: activo. - cuando el paciente realiza lo contrario de lo que se le ordena, Ej. Acérquese, el paciente se retira, y pasivo. - cuando el paciente no realiza la orden que se le da. La negativa puede ser actividades de: comer, hablar, relacionarse, caminar, etc.

Reacción de último momento. - Se caracteriza por que el paciente no realiza la actividad que se le ordena, pero cuando el que dio la orden se retira, el paciente inmediatamente lo realiza.

Obediencia automática. - Es una obediencia exagerada pasiva e inmediata, el sujeto obedece, aunque la orden signifique para él un acto desagradable.

Flexibilidad Cérea. - Se caracteriza por que el paciente adopta la posición en la que se le coloca, el observador puede cambiar al paciente en diferentes posiciones sin que éste se resista, es decir actúa como muñeco de cera.

Reacciones de Eco. - Consiste en la repetición de palabras o acciones percibidas por el paciente. Presenta las siguientes formas: Ecolalia - Repite las mismas palabras que escucha, ecomimia. - Repite los mismos gestos o mímicas que ve hacer, ecopraxia. - Repite los movimientos que ve realizar. Todas estas alteraciones se presentan en la esquizofrenia catatónica.

Actos Compulsivos. - Son actos repetitivos asociados a una idea obsesiva. Son actos que el sujeto realiza contra su voluntad, él es consciente que el acto no tiene por qué realizarlo, pero si no lo hace se angustia, Ej. Cierra la puerta 15 veces. Se presenta en la neurosis obsesiva compulsiva.

Intervención de enfermería en la atención de la voluntad

La abulia y la apatía son síntomas que se presentan al inicio de la enfermedad mental; el paciente no quiere realizar ninguna actividad; si se le dice que haga algo, él responde estoy cansado, no tengo deseos de hacer nada. Se pasa sentado o echado en su cama. La intervención del enfermero es ayudarlo o realizar juntamente con el paciente alguna actividad. Paciente catatónico permanece la mayor parte del tiempo en una sola posición; la enfermera debe brindar los siguientes cuidados:

- Cambio frecuente de posición cuando está de pie: sentarlo o acostarlo. Si esta acostado cambiar de posición cada 2 horas para evitar úlceras. Realizarle masajes en la zona de presión.

- Prevenir enfermedades respiratorias, por la exposición prolongada al frío o corrientes de aire.
- Prevenir las deformaciones osteoarticulares como las contracturas. Colocando los miembros en posición anatómico fisiológica correcta.
- Evitar insolación y deshidratación por exposición al sol.
- Estimularle para que realice sus necesidades básicas, Ej. empieza a lavarse la cara y en un determinado momento se queda con la mano en el lugar que se estaba lavando; está corriendo y deja de masticar teniendo al alimento en la boca. Está caminando y se queda parado.
- El enfermero debe aplicar el principio de: “Es decir utilizar su capacidad por mínima que sea para que pueda ayudarse a sí mismo, para lograrlo se le estimula moviendo la mano cuando se está lavando.

En caso de paciente negativista del:

Habla. - Paciente autista: es difícil la comunicación del paciente, obedece cualquier cosa; pero no habla. El enfermero debe captarse la confianza del paciente, actuar con naturalidad y tranquilidad, conversarle, aunque no conteste, invitarle a pasear e ir hablando del lugar por donde pase sin esperar ninguna respuesta. Estar atento para escuchar la respuesta en cualquier momento, sin expresar asombro si habla, por que el paciente puede caer de nuevo al mutismo y si le exigen la comunicación puede agredir al enfermero.

Relacionarse. - El paciente puede poner de manifiesto su negativa a relacionarse mediante el siguiente comportamiento: expresa palabras como: “váyase, no quiero conversar con Ud. quiero estar sólo” En este caso no se debe insistir. Se le puede responder “si quiere estar solo lo dejo, si me necesita estoy en ... (mencionar el lugar); de todas maneras.

Actitudes. - Cuando el enfermero se acerca el paciente le da la espalda o baja la mirada. El enfermero no debe insistir, después de unos momentos es necesario acercarse.

El paciente muchas veces tiene miedo de hablar porque piensa que la persona que se acerca va permanecer poco tiempo a su lado, como le sucedió llegando a la frustración y decir “uno no se debe acostumbrar a lo que no ha de durar”. El enfermero debe actuar con amabilidad, sin demostrar apuro por que el paciente capta las muestras de cariño, contrariedad según eso va a experimentar tranquilidad. Cuando el enfermero va a salir del servicio debe prepararle e integrarle al paciente a otros grupos.

Ingerir Alimentos. - Puede ser por las siguientes razones: el paciente está convencido que lo van a matar: esta comida esta envenenada, anorexia. - No tengo hambre, ambiente sucio, pacientes en mal estado de higiene: no quiero comer los pacientes me dan asco, alucinaciones e ilusiones: las voces me dicen que no debo comer. Observa a las verduras como moscas. El enfermero debe poner en práctica lo siguiente:

- Cambiar la charola o platos del paciente por otros servidos en su presencia. Darle alimentos con cáscaras: huevos frutas naranjas. Probar el alimento para que vea que no tiene veneno.
- Favorecer un ambiente limpio presentable; los pacientes que están a su lado deben estar limpios y que sean de su simpatía.
- Si el paciente se niega alimentarse, entonces proceder a la alimentación con sonda nasogástrica. Para que el paciente piense que no es una agresión, se le debe ir explicando. Cada vez que se va alimentar al paciente se debe llevar la cubeta de la sonda nasogástrica juntamente con los alimentos, esto hace que el paciente acepte ingerir los alimentos.

Aceptar el Tratamiento. - El enfermero es responsable de la terapéutica del paciente, es de gran importancia asegurarse que el paciente ingiera sus medicamentos. Se debe tener presente que la terapia farmacológica sólo es sintomática, esto quiere decir que sí el paciente no toma las pastillas el síntoma nuevamente reaparece. Los pacientes sicóticos son los que con más frecuencia rechaza el tratamiento y cualquier procedimiento que se les quiere realizar porque no tienen conciencia de enfermedad mental y presentan delusiones de daño.

Él dice: “no quiero tomar nada, yo estoy sano, no necesito nada”, estas pastillas tienen veneno, me quieren matar”. Estas ideas se afianzan cuando el medicamento presenta efectos colaterales.

El enfermero debe insistir en el tratamiento y cerciorarse que el paciente lo tome verdaderamente. Muchas veces el paciente por hacerse querer del enfermero hace que tomó el medicamento, pero lo esconde para arrojarlo a la basura al menor descuido. Por eso es conveniente decirle que abra la boca, saque y levante la lengua. Observar minuciosamente la cavidad oral. Si el paciente se resiste no se debe insistir, si no comunicar al médico para la administración parenteral. Para esta vía se necesita ayuda de varias personas para sujetar al paciente, se le debe ir explicando que, si no quiere tomar su medicina, nuevamente se le va picar. Cuando el paciente ha ingerido el medicamento, se le debe observar y asegurarse si tomó.

SEMIOLOGÍA DE LAS TENDENCIAS INSTINTIVAS

Instinto. - Son formas típicas de obrar que se repiten regularmente y que carecen de una motivación consciente es innato en el individuo y puede transmitirse a los descendientes.

Alteración del instinto de vida

Propensión al suicidio. - Es una conducta agresiva que tiene como objetivo acabar con la vida mediante la autolesión, Ej. el paciente dice: no le hago falta a nadie, mi familia no me quiere quisiera morirme de una vez.

Indiferencia a los rigores de la intemperie y agresiones de toda clase. - Se caracteriza por que el paciente puede subir prolongadamente y en exceso de frío, calor, lluvia, olores, fétidos y hasta agresiones, sin dar muestra de fastidio o intentar evitarlos, Ej. Pacientes que permanecen por horas en el sol, lugares fétidos, etc. Se presenta en la esquizofrenia y debilidad mental.

Propensión a lesionarse el cuerpo. - Consiste en inferirse cortes, arañarse la piel, profundizar las heridas quitando las costras. Se presenta en esquizofrenia, psicópatas.

Agresión. - Es el comportamiento caracterizado por el acto de atacar a la acción física verbal. Se presenta en todas las enfermedades mentales, como medio positivo de enfrentar las frustraciones o problemas emocionales que se presentan en la vida diaria.

Alteración del hambre y del apetito

Anorexia. - Falta total del deseo de comer se presenta en la neurosis depresiva; anorexia nerviosa.

Bulimia. - Es la necesidad de ingerir alimento. Se presenta esquizofrenia, manías, debilidad mental.

Pica. - Es la tendencia, habitual e inapropiada de ingerir sustancias que no son alimento. Tales como: yeso, jabón, tierra, etc. Se presenta en niños de año y medio. Se presenta: geofagia = comer tierra, coprofagia = comer heces.

Alteraciones del sueño

Cuantitativas

Insomnio. - Pérdida de la capacidad para conciliar el sueño. Es un síntoma frecuente en pacientes psicológicos, inicial. - cuando tiene dificultad para conciliar el sueño. Se presenta en la neurosis de angustia, de segunda fase. - El paciente concilia con facilidad el sueño, se despierta en la madrugada y ya no puede conciliar el sueño. Se presenta en la depresión.

Insomnio total. - cuando el paciente no duerme nada. Se presenta en pacientes seniles y sicóticos.

Hipersomnia. - Es la necesidad imperiosa de dormir durante el día se presenta en TEC, histeria, diabetes, uremia, obesidad, etc., inversión del ritmo del sueño. - se refiere al hecho de dormir durante el día en lugar de hacerlo en la noche. Es una consecuencia laboral, se acompaña de irritabilidad.

Cualitativas

Sonambulismo. - Se caracteriza por que el sujeto generalmente niño o adolescente abandona el lecho, mientras permanece dormido, recorre las habitaciones a veces dando señales de ansiedad o tranquilidad, puede despertar en el camino o en el lecho, sin acordar lo sucedido. Puede durar minutos o más de 1 hora. Se presenta en la epilepsia, neurosis o niños con tensión nerviosa.

Pavor nocturno. -Consiste en el despertar súbito del sujeto, generalmente niños (actividad motora pero no psicológico) el que se incorpora en la cama, gesticula aterrorizado, excitado o ansioso, gime, murmura palabras o sílabas, además presenta taquicardia, diaforesis, etc. Taquipnea. Dura de 5 a 10 minutos. Al día siguiente no se acuerda de lo sucedido.

Pesadilla o terror nocturno. - es la actividad única que se acompaña de angustia o terror, es un sueño angustioso en el cual el sujeto se encuentra en peligro. Al día siguiente recuerda lo sucedido. Tiene importancia cuando son seguidos.

Se presenta en neurosis, epilepsia, personas normales con fuerte impresión y temores, o exceso de ingesta de alimentos.

Cataplexia del despertar. - Es la dificultad para realizar actos, estando el sujeto con plena lucidez de conciencia. El individuo está durmiendo, se despierta psicológicamente, pero físicamente esta como dormido, quiere moverse, pero no puede. Puede presentarse en personas normales, anormales y epilepsia.

Narcolepsia. - Es el deseo irresistible de dormir que sobre viene en forma de crisis, aparece y desaparece bruscamente. La risa y el llanto, lo puede despertar, se presenta en cualquier momento y lugar, generalmente dura 60´ a 10´. El paciente recuerda lo sucedido durante la crisis. Se presenta en neurosis, síndrome de abstinencia y alcoholismo.

Somniloquia. - Es el hablar dormido, se presenta en neuróticos, epilépticos.

Alteración de la sexualidad

El acto sexual normal busca satisfacción instintiva en otro individuo de la misma especie y del sexo opuesto. Lo anormal es buscar satisfacción sexual a través del mismo sexo, animales, objetos etc.

Alteraciones cuantitativas o en intensidad

Hipererotismo. - Es el incremento de la intensidad y persistencia del impulso sexual o la exageración del deseo y placer sexual con o sin posibilidad física de realizar el acto sexual.

En el hombre se llama: satiriasis, y la forma de vida don Juan. En la mujer se llama ninfomanía y según la vida o conducta mesalinismo. La forma de exteriorizar el hiper erotismo son: chistes colorados, poluciones nocturnas por sueños eróticos, masturbación.

Hipo erotismo y su grado de máximo anerotismo. - Constituye la impotencia en el hombre y frigidez en la mujer, por disminución y cese del deseo sexual, algunas veces puede haber deseo, pero incapacidad física de realizar el coito por falta de erección o por vaginismo.

Puede haber eyaculación precoz o retardada, pero con grados de impotencia masculina. El anerotismo se presente en personas con preocupaciones permanentes, seniles, mal nutrición.

Alteraciones cualitativas

Paidofilia. - (*pedofilia*) Es la elección de niños (pre - púberes) para obtener excitación y gratificación sexual actos o fantasías eróticas por individuos que han completado su madurez sexual. La paidofilia heterosexual prefiere niños entre los 08 y 10 años el pedófilo homosexual prefiere niños de 10 a 12 años, se presenta en alcohólicos, retardo mental esquizofrenia estrés psicosocial y privación sexual.

Incesto. - Son las relaciones sexuales con los familiares (padres, hermanos, sobrinos, primos, hermanos). La promiscuidad favorece las prácticas sexuales entre los familiares. Es frecuente entre padres e hijas. Sobre todo, si es padre alcohólico, psicópata o problema mental.

Homosexualidad. - Es la atracción erótica a personas del mismo sexo. Puede ser:

Episódica o circunstancial. - Aparece en la pre - adolescencia y adolescencia temprana en situaciones donde no existe la disponibilidad ni al acceso a personas, del sexo opuesto, Ej. En las prisiones.

Exclusiva. - Ausencia total de contacto erótico con el sexo opuesto. Puede ser aceptada sin problemas por el individuo o visto por él como anormal o indeseable del cual quiere desprenderse.

Preferencial. - Se presenta en individuos que practican relaciones hétero y homosexuales.

Exhibicionismo. - Es el impulso a mostrar sus órganos genitales a mujeres extrañas, generalmente jóvenes con el fin de asustarlos o sorprenderlos. Puede acompañarse de masturbación produciéndose excitación o el orgasmo. Se presenta en hombres de 20 a 40 años. Provoca violentas reacciones sociales y se les hace encarcelar confundiendo, con delincuentes y rateros. Se presenta en retardo mental epilepsia, es grave cuando va unido con el pedófilo.

Travestismo. - Se refiere a hombres heterosexuales que se visten como mujeres para experimentar excitación sexual. Puede vestirse parcial o totalmente como mujer. Las causas de este trastorno es cuando el niño es estimulado es hostilizado para vestirse como una niña, porque los padres desearon tener una hija. Además, se debe a la ausencia del padre.

Zoofilia. - Es la perversión sexual en la cual el individuo obtiene excitación y satisfacción mediante el uso de animales.

Voyerismo. - Consiste en sentir placer observando a otros en relación sexual, a mujeres desnudas desprevénidas. La satisfacción es mediante la masturbación durante la observación, puede ser un acto preparatorio de relación normal.

Algolagnia. - Cuando el deseo sexual para ser satisfactorio necesita asociarse al sufrimiento ya sea de la misma persona o de la otra, presenta 2 formas:

- *Sadismo.* - Cuando el placer se obtiene haciendo sufrir a la otra persona, del mismo sexo o sexo opuesto, a un niño o animal, flagelaciones, mordiscos, golpes, son empleados por el sádico, pero pueden usar solamente humillaciones, insultos sobre la pareja, durante el acto sexual. Existen personas anormales con predisposición a destruir lo bueno, lo bello, son crueles con los animales, desde pequeños son sádicos y de adultos son con su pareja, llegan a extremos de mutilación,
- *Masoquismo.* - Cuando el goce erótico se obtiene sintiendo o experimentando dolor, especialmente la mujer.

Intervención de enfermería en la atención de pacientes con alteración del instinto.

Alteración a pacientes con instinto de suicidio. - Uno de los problemas más graves que se presentan en pacientes deprimidos especialmente endógenos es el suicidio. El paciente que intenta suicidarse puede dar indicios de su idea ya sea en forma verbal o mediante comportamiento. Verbal, cuando más confianza tenga en la enfermera, más claro será en su expresión.

Ej. Puede decir “yo voy a matarme”, si mi esposa me abandona, la vida ya no tiene sentido”. “no vale la vida”, “si no soluciono mi problema me mato” estas expresiones deben ser tomado en cuenta por el enfermero por que el paciente está expresando su deseo de eliminarse, conducta. - cuando el paciente adopta el comportamiento de tomar alta dosis de cualquier medicamento puede arreglar sus cosas, diciendo es mejor tener todo listo por si fuera a suceder algo. En estos casos el enfermero debe hacer lo siguiente:

- Proceder a la Admisión del paciente después de la indicación de hospitalización con el fin de alejar los estímulos externos que pueden estar provocando su deseo de morir.
- El ambiente debe ser tranquilo, transitado, cerca de la estación de enfermería, junto a pacientes lúcidos que pueden servir de compañía al paciente, debe estar hospitalizado hasta que pase el peligro.
- El enfermero debe mostrarle al paciente que comprende la situación. Por qué “el compartir experiencias con los demás disminuye el sentimiento de soledad, que permite mantener el equilibrio emocional y disipa las preocupaciones. Si se queja, lamenta o se acusa de faltas cometidas el enfermero debe escuchar con tranquilidad, sin contradecir ni darle falsos apoyos: “animo, todo pasará pronto, hay cosas más graves en la vida. etc. Por qué el paciente emocionalmente no está en condiciones de hacer razonamientos, solo aprecia el acercamiento emocional.
- Informar a todas las personas que le atienden al paciente sobre el peligro en que se encuentran para que le brinden la atención de eliminar los elementos que puedan causar daño o ser usado para eliminarse: Cordeles, instrumentos punzantes, sustancias tóxicas, veneno, medicamentos que tengan acceso a lugares peligrosos (azoteas, ventanas, balcones).

Los momentos de mayor riesgo. - Que debe observar el enfermero son:

- Durante la mañana porque la idea es más intensa porque el paciente sufre al pensar que tiene un día muy largo, conforme pasan las horas va disminuyendo porque con el sueño viene la tranquilidad.

- Cuando se realiza el cambio de turno del personal por que durante la entrega de servicio todos están reunidos y el paciente puede aprovechar para cumplir con su objetivo.

En la etapa de convalecencia:

- Atención a pacientes agresivos. - El paciente agresivo expresa abiertamente sus impulsos pudiendo llegar a realizar actos destructivos y ataques de palabras o de hechos a las personas o a las cosas. El paciente canta, ríe, grita, hostiliza ya sea burlándose o ridiculizando a los demás. Su conducta y expresión muestra un desafío frente al medio externo, por lo general su gran irritabilidad no le permite aceptar las restricciones ni los obstáculos.

Los cuidados que debe brindar el enfermero son:

- Hospitalización. - Con el fin de proteger al paciente, familia y comunidad. (hospitalizar en un ambiente tranquilo).
- Administrar el medicamento indicado por el médico por lo general es a base de neurolépticos derivados de las fenotiazinas, largactil (cloropromacina), genergán (prometacina, sinogán (levopromacina). Otros derivados de las butirolenonas: Haloperidol (haldol). Se administran por vía I.M.
- -Como el paciente esta excitado y no colabora, se debe sujetar entre varias personas, con rapidez y serenidad explicando al paciente que se toma esta medida con el fin de ayudarlo. No se debe dar la sensación que se está luchando con él, porque aumenta su agresividad.
- Mientras el paciente permanece en estado hipnótico, se debe realizar el control de signos vitales cada 2 horas.
- No es recomendable la sujeción mecánica del paciente porque esto lo humilla, ocasiona dificultad circulatoria ya que el paciente realiza movimientos para desatarse.
- Eliminar del lado del paciente objetos que pueden ser utilizados como proyectil.

- Mientras el paciente este sedado, brindar los cuidados para evitar complicaciones respiratorias y circulatorias satisfacer las necesidades: higiene, nutrición, eliminación.
- Tener a disposición medicamento con equipo para administración, ya que constituye una emergencia psiquiátrica.
- Favorecer la de ambulación apenas el paciente esté en condiciones de salir de su ambiente. Y lo debe acompañar el personal de salud para evitar que agrede a si otros le agreden.
- Establecer una buena relación interpersonal considerando lo siguiente, se debe evitar los razonamientos, las explicaciones complicadas y largas las discusiones por que estimulan su agresividad. Son recomendables las preguntas y los comentarios cortos y sencillos, al dirigirse al él hacerlo en voz baja o lo suficiente claro para que el paciente escuche tono amable pero firme porque no aceptan ordenes, dejar que el paciente exprese con libertad sus inquietudes, cólera, hostilidad y rechazo para favorecer la descarga emocional. Aceptar su comportamiento sin rechazarlo y criticarlo, Ej... El paciente dice: "nadie se interesa por mí" se le debe preguntar ¿Qué es lo que desea Ud. para sentirse bien atendido? No es correcto decirle: Hay otros pacientes más delicados que Ud. Y no se quejan. Esta respuesta le hace sentirse mal al paciente. El enfermero debe tener presente "que la actitud terapéutica que el enfermero adopte le proporciona al paciente la sensación de sentirse atendido por otra persona que lo acepta tal como es", en caso de corregir al paciente hay que esperar el momento oportuno, cuando él esté tranquilo la corrección será con amabilidad y firmeza porque "si una persona se siente comprendida y estimulada por otras personas podrá tolerar la crítica y la corrección con un mínimo de incomodidad. Si el paciente se acerca a la enfermera en actitud agresiva, ella debe mantenerse segura y tranquila, con los brazos libres a lo largo del cuerpo, mirando el paciente tratar de colocarse en un lugar libre para poder movilizarse con facilidad, siempre a una distancia prudencial del paciente y cerca a la puerta de salida. Debe controlar sus emociones de miedo, cólera, vergüenza, frente a la actitud del paciente. Conversar con él ya sea haciendo o respondiendo preguntas del

paciente con el fin de disminuir su agresividad y desviar la atención. Si continua con esta actitud, será necesario llamar a otros miembros del personal.

- Cuando haya pasado la etapa aguda, se debe incorporar al paciente al grupo de pacientes en etapa de rehabilitación, teniendo cuidado que estimulen al paciente a su agresividad. Generalmente estos pacientes no son aceptados por que causan temor y por qué observan que recibe más atención por parte del personal, ellos no comprenden que el paciente por su estado requiere cuidados especiales. Si no logra incorporarse es mejor es mejor retirarlo.
- Es conveniente integrarlo a actividades recreativas, ocupacionales, asignarle trabajos que demanden esfuerzo físico para favorecer la descarga emocional y disminuir la agresividad. Ej. Hacer surcos; arreglar el jardín, con la estricta supervisión; deportes voley, fútbol, etc.

Atención a pacientes con alteración del hambre y del apetito. - La anorexia es un síntoma de inicio de enfermedad mental esto trae consigo la baja de defensa produciendo la tuberculosis pulmonar. La función del enfermero es mantener el estado nutricional del paciente para lograr debe realizar lo siguiente:

- Investigar la causa de la anorexia y poner en práctica las medidas conocidas para estimular el apetito del paciente;
- Favorecer la buena presentación y preparación de los alimentos.
- La temperatura de los alimentos debe ser adecuado y fraccionados para evitar cuchillos.
- Favorecer un ambiente adecuado; reunir a los pacientes de acuerdo a la amistad o simpatía a fin de que se sientan en familia y favorecer la socialización.
- Acompañar al paciente durante lo suficiente. Evitar que los pacientes bulímicos le quiten sus alimentos.
- Realizar el control del peso.
- Cuidar a los pacientes que tienen pica para que no corran algo que no es alimento.

- Se debe tener cuidado con los pacientes que presentan coprofagia, llevándolos al baño en el momento oportuno y dejando una persona que lo cuide.
- Cuidar al paciente con bulimia por que puede comer desperdicios para saciar el hambre.

Atención a pacientes con alteración del sueño. - Los pacientes nerviosos presentan insomnio porque tienen miedo que los pacientes graves (sicóticos) a quienes llaman locos le puede hacer daño aprovechando el silencio de la noche. Por lo tanto, el paciente invierte el sueño, duerme de día y despierto en la noche.

Para favorecer el sueño, el enfermero debe hacer lo siguiente:

- Investigar la causa y solucionar.
- Evitar que duerma durante el día. Dejar una siesta de 1 hora.
- Mantener ocupado al paciente durante el día.
- Realizar ejercicios de relajación.
- Acompañar al paciente que no puede dormir.
- Llevar el control del sueño. El paciente puede decir que no ha dormido, pero mediante el control se comprobará que se acostó a las 9:00 p.m. y despertó a las 6:00 a.m.
- Brindar un ambiente adecuado.
- Evitar películas y cuentos de terror.
- No tomar estimulantes (café) ni alimentos condimentados porque retardan el metabolismo no permiten un sueño tranquilo y reparador.

Atención a pacientes con alteración de la sexualidad

Los pacientes con alteración de la sexualidad generalmente no se hospitalizan, lo hacen cuando la anormalidad se acompaña de otra patología psiquiátrica como esquizofrenia, alcoholismo, etc. Uno de los problemas que presenta es el

hipererotismo (maniacos) el paciente erótico deambula por el hospital enamorando a las pacientes. En este caso el enfermero debe:

- Aislar al paciente y mantenerlo en observación hasta que por efecto de la medicación disminuye el síntoma.
- Evitar el acceso del paciente a lugares solitarios y alejados de la observación del paciente.
- En el caso de encontrar al paciente realizando el acto sexual de inmediato se debe hacer un lavado vaginal y avisar al médico para que refuerce la medicación farmacológica de ambos pacientes.
- No dejarlo solo al paciente por los pasadizos o fuera de ellos.
- Hay pacientes que se masturban se debe hacer lo siguiente:
 - Mantener realizando alguna actividad
 - Evitar que estén solos en lugares alejados
 - Evitar que las manos estén en los bolsillos, cuando están en esta actitud generalmente en forma disimulada se están masturbando.

SEMIOLÓGÍA DE LA CONCIENCIA

La conciencia es la capacidad que permite aprender los estímulos del ambiente reflexionar, analizando, absorbiendo e integrando la experiencia.

Alteraciones de la conciencia. - Son:

Transitivismo. - consiste en atribuir a otras personas sus propios actos o síntomas del paciente, Ej... “yo no estoy loco, el loco es Ud.” Se presenta en esquizofrenia paranoide y catatónica.

Desorientación. - es la incapacidad para ubicarse en el tiempo, lugar espacio y persona, puede ser por alteración de la conciencia, de la memoria y del juicio. Se presenta en la psicosis y síndrome orgánico cerebral.

Entorpecimiento. - es la alteración cuantitativa de la lucidez de la conciencia. Frente al paciente es necesario insistir para que comprenda el significado de lo que dice: Tiene 04 grados: *embotamiento.*- se caracteriza por un campo de conciencia sin foco, todo se ve difuso, nada se percibe con claridad, *somnolencia.*- es un estado especial de sensación de sueño, puede reaccionar con estímulos moderados, *sopor.*- estado de sueño más intenso, el paciente requiere de estímulos más intensos para reaccionar, *coma.*- es la pérdida de la conciencia, todo estímulo para hacerlo reaccionar resulta ineficaz. Se presenta en T.E.C. tumores cerebrales, asfixia, intoxicaciones, o por otros problemas patológicos. (Diabetes, hipertensión, etc.),

Anublamiento.- es la disminución del foco de la conciencia que se acompaña de otra alteración de la memoria: sensopercepción y de la actividad: sensomotriz y de las emociones.

Formas de Anublamiento: delirio- se caracteriza de una disminución del foco de la conciencia, trastornos de la memoria de sucesos recientes, orientación de la percepción que pierde claridad y presenta ilusión y alucinaciones y el pensamiento es incoherente. También hay temblores, incoordinación para satisfacer sus necesidades básicas. Puede haber agitación e insomnio.

Se presenta en estados febriles y Delirium tremens, embriaguez, se presenta con un mínimo de entorpecimiento de la conciencia. Agitación psicomotriz alteración del juicio, elevación del ánimo, verborrea, gran imaginación (chistes) y pobre control de las tendencias instintivas. Se presenta en la intoxicación por alcohol y drogas, estado crepuscular, es el estado de conciencia caracterizado por que el sujeto realiza actos complejos sin que guarde memoria de lo sucedido. Comienza y termina bruscamente. La duración es variable desde minutos hasta semanas. Durante este estado el paciente puede cometer delitos o actos violentos que no recuerda después. Se presenta en la epilepsia psicomotora, histeria, síndromes cerebrales.

Intervención de enfermería en la atención del paciente con alteraciones de la conciencia.

(Los psicóticos no tienen conciencia de enfermedad mental, consideran injusta su hospitalización, acusan a su familia por haberles “encerrado”).

- Cerciorarse si el paciente está desorientado haciéndolo preguntas relacionados con la fecha, nombre, lugar donde se encuentra y porque se hospitalizó. Si el paciente no puede responder no necesariamente quiere decir que está desorientado, por que el paciente recibe tratamiento antipsicótico que le mantiene dormido por lo menos 3 días a partir de su ingreso cuando reacciona no tiene noción de lo que ha pasado, por lo tanto, la enfermera debe hacer la orientación respectiva después de 10 a 15 minutos volver a interrogarlo, y si se equivoca se puede decir que está desorientado. En este caso la enfermera en forma diaria debe orientar al paciente y que repita varias veces lo que la enfermera le dice.
- El enfermero debe tener en el ambiente almanaques, reloj. Colocar una pizarra para que el paciente ponga la fecha día para que todos los pacientes estén orientados. Si es por persona, colocar en la solapa o bolsillo el nombre para llamarlo al paciente.
- El enfermero debe mantener en reposo y observación al paciente, para evitar que salga de su ambiente: sin zapatos, semidesnudo exponiéndose a complicaciones.

- Colocar barandillas en la cama.
- Satisfacer las necesidades de higiene, nutrición, reposo, sueño y eliminación.

SEMIOLOGÍA DE LA MEMORIA.

La Memoria es la capacidad que permite fijar, almacenar y evocar en el momento apropiado la información correspondiente a nuestros propios actos y conocimientos adquiridos. La memoria y la inteligencia se complementan y contribuyen a los logros del individuo en el aspecto intelectual; así mismo la atención tiene una gran importancia en el proceso de aprendizaje. Por eso se dice que estas tres funciones están integradas entre sí.

Alteración de la memoria

Alteraciones cuantitativas

Hipermnesia es el aumento de la capacidad para recordar, puede ir unido a la intelectualidad deficiente. Se presenta en estado maniáticos; estados febriles o en aquellas personas próximas a morir en este caso se llama ecmnesia, hipomnesia.

- Pérdida parcial de la capacidad de recordar, amnesia.
- Pérdida total de la capacidad de recordar,

Clasificación

- Por su extensión, masiva cuando el trastorno comprende grandes periodos del pasado, incluso se olvida de su identidad. Se presenta en el T.E.C., lacunar cuando abarca sólo trozos limitados del pasado, el sujeto recuerda lo anterior y posterior de un periodo determinado, selectiva pérdida de la memoria a determinados acontecimientos, generalmente debido a factores emocionales o que ha sufrido experiencias traumatizantes. Se presenta en la neurosis disociativa y depresiva.
- De acuerdo a la evolución; reversible es aquella capaz de volver a la normalidad o sea que el paciente es capaz de volver a recordar lo que había olvidado, irreversible o definitiva es aquella que ya no se recupera, se presenta en el síndrome cerebral crónico, progresiva aquella que se va perdiendo paulatinamente, se presenta en la demencia.

- De acuerdo al periodo de tiempo de presentación, anterógrada o de fijación es la incapacidad para recordar hechos recientes. La capacidad de fijación está debilitada por lo cual los estímulos son mal percibidos, Ej. un paciente recibe la visita de su hermana, cuando se va la visita, el enfermero le pregunta que le dijo su hermana el paciente responde “mi hermana no ha venido hoy”, retrógrada o de evocación pérdida de la capacidad de recordar hechos pasados. Es decir, la amnesia se dirige hacia atrás hacia un periodo anterior al momento que ocurrió el suceso. Se presenta en T.E.C. Casos de intento de suicidio por ahorcamiento o gas. Crisis epilépticas.
- De acuerdo a la etiología, psicógena o funcional cuando la causa es una ansiedad intensa o represión de conflictos (obstaculizan la evocación). Puede presentarse en personas normales, pero es frecuente en personas con desordenes de la personalidad, orgánica cuando se produce como consecuencia de enfermedades orgánicas T.E.C.

Alteraciones Cualitativas

Alomnesia o Ilusión del recuerdo, consiste en recordar equivocadamente un determinado acontecimiento, sin proponérsela, falsea el recuerdo, Ej... “El año pasado me vi con Julio en el matrimonio de su hermano”. Donde se vio con su amigo fue en el entierro de su hermano. Se presenta en la depresión e histeria.

Paramnesia o alucinación del recuerdo. - Consiste en recordar como vividos, en realidad nunca vividos, Ej... Una persona puede decir “yo he viajado por Japón”, en realidad nunca ha salido de su país.

La paramnesia tiene la modalidad de: Falso reconocimiento. - Se caracteriza por que el paciente a una persona quien acaba de conocer le asigna características de una persona desconocida y actúa frente a ella de acuerdo a la relación que haya existido entre ellas, Ej... Un paciente ataca a una estudiante y le dice, “tú eres la amante de mi esposo, por tu culpa el me abandono. Se presenta en la esquizofrenia.

SEMIOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

La atención es la capacidad que tiene el individuo para atender a un asunto específico. También se puede decir que es la capacidad que tiene el individuo para discriminar y excluir de la conciencia los estímulos que no tienen importancia intervienen en el proceso de aprendizaje.

Alteraciones de la atención

Cuantitativas

Elevación del umbral. - Se caracteriza por que la atención sólo se despierta con estímulos muy intensos rara vez se presenta solo, generalmente se acompaña de trastornos de la conciencia. Se presenta en el T.E.C. en drogados depresión moderada.

Indiferencia anormal. - Es una falta considerable de disposición y desinterés por lo que sucede alrededor del sujeto, pese a estímulos habituales necesarios, Ej. se presenta en esquizofrenia, depresión, ansiedad y encefalopatía.

Inestabilidad o distraibilidad de la atención. - Es la incapacidad para fijar el foco de la conciencia en determinado objeto o fenómeno oscilando entre un hecho y otro; sin determinarse para ejecutar una apreciación completa. Se presenta en la manía, neurosis histérica.

Fatiga de la Atención. - Es la dificultad para mantener el foco de la conciencia en una determinada acción. Es frecuente en la neurosis depresiva, deficiencia mental.

Hiperprosexia. - Es la propensión forzada a prestar atención a las sensaciones muchas veces provenientes de uno de los órganos de los sentidos de tal modo que no hay idea y objeto que pueda cambiar en la depresión y desordenes.

Cualitativas

Perplejidad anormal. - Se caracteriza por que la persona pone atención en lo que observa, pero no se da cuenta de lo que pasa, es decir, no logra la síntesis del contenido de la atención, se acompaña de una expresión facial característica: boca

entreabierta, párpados ampliamente abiertos y acentuación de los pliegues horizontalmente de la frente se presenta en la esquizofrenia, melancolía.

SEMIOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

Inteligencia es la capacidad que tiene el individuo para adaptarse a situaciones nuevas valiéndose de las experiencias anteriores (según toro) según Wechster “Es la capacidad del individuo para actuar con un fin determinado, pensar en forma racional y tener relaciones útiles con su ambiente.

Precocidad y retardo de la maduración de la inteligencia

En la precocidad el ritmo del desarrollo se altera en el sentido de que se acelera respondiendo el niño con una capacidad intelectual superior a la de un niño de su misma edad, pero esta precocidad rara vez, persiste, se a observado que niños precoces han tenido en la edad adulta una inteligencia, dentro del término promedio. La maduración intelectual también puede ser tardía, de pequeños impresionan como si tuvieran retardo, pero cuando van desarrollando llegan a adquirir el nivel intelectual normal así a los 10 años pueden desempeñarse como un niño de la misma edad, con coeficiente intelectual normal.

Alteración de la inteligencia

- Retardo Mental. - Es el déficit coeficiente intelectual, generalmente congénito o adquirido por lesión cerebral durante el parto. Presenta los siguientes grados de acuerdo al coeficiente intelectual:

<u>Grado</u>	<u>CI</u> (Coeficiente Intelectual)
Leve	50 - 70
Moderado	35 - 49
Severo	20 - 34
Profundo	menos de 20

- Falsa Oligofrenia. - Se caracteriza por que el niño no desarrolla su inteligencia por falta de estímulos apropiados puede ser por defecto en los órganos de los sentidos como por Ej. la miopía o la sordera. Puede ser también por anomalías de la personalidad.

- Estupidez Intelectual. - Es una condición aguda de impotencia intelectual, debido a la repercusión de estados afectivos en personas lábiles, Ej... “Una persona que no rinde bien frente a un examen o a un concurso debido al estado de estrés emocional, es inteligente pero no lo puede demostrar.
- Demencia Senil. - Se caracteriza por un grave deterioro de la inteligencia con faltas graves en la comprensión, juicio y lenguaje, puede haber falsas percepciones, pensamiento delusional, agitación, desorientación temporal.

Intervención de enfermería en alteración de la atención memoria, e inteligencia.

A la atención de las alteraciones: percepción, pensamiento, voluntad y afecto se agrega lo siguiente:

- Orientar al paciente con amnesia en forma clara, utilizando palabras sencillas y comprensible, Ej. quedar en ayunas. Dar las indicaciones y observar que cumpla.
- Estar alerta a los falsos reconocimientos, para evitar ser confundido por otra persona.

procurar atraer la atención del paciente hacia actividades que sean de su agrado.

- Evitar estímulos (ruidos, discusiones, etc.) que pueden desviar la atención del paciente.
- Orientar a los padres para que actúen con amabilidad y paciencia en el aprendizaje de los niños. Recordar que para el niño todo es nuevo evitar maltratos.
- Investigar la presencia de alteraciones orgánicas tales como sordera o miopía que dificultan el aprendizaje, evitar decir al niño “ocioso, retardado, etc.” para evitar el daño de la autoestima.
- Los profesores deben estar bien preparados y tener conocimientos sobre la evolución psicológica del ser humano.

ENFERMEDAD MENTAL



Fuente: Middleton W, Butler J. 1998.

El concepto enfermedad mental aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes. Una posible definición: es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc. Y que dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social. Es una condición mental anormal. Las enfermedades mentales están relacionadas con cambios de carácter y emociones. Estos cambios pueden ser congénitos, emocionales e interpersonales impedimentos. El término enfermedad de la mente, se refiere a una condición con una patología específica que cause signos y síntomas. Hay otra forma de referirse a la enfermedad mental, por ejemplo, desorden mental, desorden psicológico desorden psiquiátrica, problemas emocionales y otros. Los desórdenes mentales pueden describirse como, depresión mayor, ansiedad generalizada. Desorden bipolar esquizofrenia y otras más. Las enfermedades de la mente están relacionadas de dos maneras, biológicas, por ejemplo, (genéticas, neuroquímicos, estructura del cerebro) y psicosocial (ej. Cognitiva problemas emocionales, trauma y causa de desventaja socioeconómica. Las enfermedades mentales siempre se han relacionado con impedimentos funcional, por ejemplo, habilidad de trabajar y manejarse en la sociedad.

Causas de la enfermedad mental

El trastorno mental responde muy pocas veces a modelos simples del tipo causa-efecto. Las causas de la enfermedad mental son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas. Las enfermedades mentales pueden ser causadas por numerosos factores. Muchas escuelas incluyen los factores biológicos, psicológicos y sociales. Una persona con una enfermedad mental puede tener una diferencia en la estructura del cerebro o en la función neuroquímica, puede ser genética o ambiental. Muchas personas que han sido diagnosticados con Esquizofrenia han presentado un ventrículo alargado y una reducción de la masa gris en el cerebro. Pero también otras personas que tienen alargado el ventrículo, y reducida la masa gris, no tienen Esquizofrenia. Por lo que no es definitivo o consiente la anormalidad asociada con Esquizofrenia. Estudio que se han hecho en gemelos adoptados han demostrado cuan gran evidencia en enfermedades mentales tales como, desorden bipolar, (manía depresiva) y Esquizofrenia que pueden ser hereditarias.

Por otra parte, se han encontrado evidencia de que las anormalidades congénitas, los problemas emocionales o los problemas interpersonales pueden causar problemas mentales, especialmente en individuos que son vulnerables. Las enfermedades mentales pueden ser causadas por un evento de las condiciones ambientales. Por ejemplo, puede haber incidencia de enfermedades mentales en áreas con conflictos de guerras y desastres naturales. Las causas de las enfermedades mentales pueden ser múltiples. Los desórdenes mentales pueden variar de individuo a individuo, pueden ser suave, severos o la combinación de las dos cosas. Estas enfermedades dan en formas de episodio y también puede ser como consecuencia del factor stress.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEFINIDOS EN EL DSM

El Manual de Diagnóstico de Salud Mental (2014), clasifica los trastornos de personalidad en tres grupos:

Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

- Trastorno paranoide de la personalidad, personalidad paranoide.
- Trastorno esquizoide de la personalidad, personalidad esquizoide.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

- Trastorno antisocial de la personalidad, personalidad antisocial.
- Trastorno límite de la personalidad, personalidad limite o Borderline.
- Trastorno histriónico de la personalidad, personalidad histriónica.
- Trastorno narcisista de la personalidad, personalidad narcisista.

Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

- Trastorno de la personalidad por evitación, personalidad fóbica.
- Trastorno de la personalidad por dependencia, personalidad dependiente.

- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

PERSONALIDAD PARANOIDE DSM-III

Estas personas son suspicaces, hipersensible, rígidas, argumentadoras, envidiosas y tienden a exagerar su propia importancia. Se mantiene en una actitud defensiva y esta puede llevarlas como mecanismo de defensa a mostrarse fuertemente agresivos. Tiende a proyectar y echan la culpa a los demás. Estas personas suelen ser trabajadores esforzados y eficientes, puede presentarse sentimientos de grandeza o de exagerada auto importancia.

En la personalidad paranoide no se encuentran nunca alucinaciones o ideas delirantes.

Criterios diagnósticos de la personalidad paranoide -

- Sospecha sin bases suficientes para ello, que los demás lo están explotando o defraudando.
- Preocupado por dudas injustificadas acerca de la lealtad o de la confiabilidad de sus amigos.
- Es renuente a confiar en los demás a causa de un temor injustificable de que la información será utilizada maliciosamente en su contra.
- Es rencoroso, no perdona los insultos, los perjuicios o del desaire.

Tratamiento. - Muy pocos de estos pacientes se someten a tratamiento y cuando lo hacen es generalmente por presentar otro trastorno psiquiátrico del tipo depresivo o ansioso. El terapeuta no puede atacar frontalmente las ideas del paciente. Lo que provocaría su hostilidad y la ruptura de la relación con el paciente, el psiquiatra debe ser honesto y sincero para obtener la confianza del paciente.

PERSONALIDAD ESQUIZOIDE DSM III

Estas personas tienden a eludir las relaciones interpersonales íntimas o duraderas. Este trastorno se anuncia desde la infancia y es frecuente que los futuros esquizoides aparezcan como niños tímidos y retraídos que tienden a rehuir las dificultades.

Son raramente agresivos y se refugian en la fantasía, son lentos en madurar sexualmente por su incapacidad para formar relaciones íntimas especialmente con el sexo opuesto.



https://psiquiatria.com/tratado/cap_31.pdf

Criterios diagnósticos

- No desea, ni goza de las relaciones estrechas, incluyendo ser parte de una familia.
- Casi siempre se escoge actividades solitarias.
- Poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otras personas.
- Encuentra placer en muy pocas actividades o en ninguna.
- Carece de amigos íntimos.
- Frialdad emocional.

Tratamiento. - Es difícil porque los recursos del yo son limitados. Su tendencia a rehuir los contactos personales entorpece grandemente o imposibilita el establecimiento de una relación terapéutica adecuada.

PERSONALIDAD DISOCIAL (ANTISOCIAL) DSM. III

El individuo que se para en una azotea, dispara sobre la multitud y sostiene un intenso tiroteo con la policía hasta ser capturado o muerto sufre probablemente un trastorno paranoide y su conducta es motivada por sus ideas delirantes. Las conductas antisociales son consecuencias de causas complejas de orden psiquiátrico o socio cultural.

Las características de este trastorno son:

- Encanto superficial y buena inteligencia
- Ausente de ideas delirantes
- Ausencia de nerviosismo
- Falta de confiabilidad, veracidad, insinceridad
- Conducta antisocial inadecuada
- Egocentrismo patológico e incapacidad de amar
- El suicidio es raramente llevado a cabo
- Vida sexual interpersonal, trivial y pobremente integrada

Criterio diagnóstico de la personalidad antisocial

- Fracaso de someterse a las normas sociales y observar una conducta de acuerdo a ley (robo, etc.).
- Irritabilidad y agresividad
- Fraudulencia, el mentir o el embaucar a los demás
- Desprecio temario por la propia seguridad o por la de los demás.
- Carencia de remordimientos (el haber herido, matado o robado)

Tratamiento. -Las personalidades de este tipo necesitan ciertas condiciones especiales de internamiento para un tratamiento efectivo. Se realizan terapias de grupo o individuales, además se debe proveer un ambiente terapéutico y conductual.

PERSONALIDAD INESTABLE



<http://personalidad.wordpress.com>

Tipo impulsivo (explosiva) DSM III. CIE 9

Las características principales son la inestabilidad emocional y la falta de auto control. Los estallidos de violencia o la conducta amenazantes son comunes y representa una respuesta desorbitada ante un estímulo social o psicológico especialmente ante la crítica por parte de los demás. Una conducta similar está a veces relacionada con la epilepsia o con la ingestión excesiva de alcohol.

Tratamiento. - En el campo psicoterapéutico se han mostrado útiles las psicoterapias analíticas, cognitivas y las técnicas conductistas asociados al campo farmacológico se emplea el litio (theralite) o de la carbamazepina (tegrezol) para controlar la agresividad.

PERSONALIDAD INESTABLE - TIPO FRONTERIZA DSM III

Está considerado como un subtipo de la personalidad emocionalmente inestable de la cual presenta los síntomas cardinales que hemos descrito al hablar de la personalidad impulsiva, la inestabilidad emocional y la falta de control de los impulsos. Se presentan las siguientes características.

Relaciones interpersonales intensas e inestables

- Temor crónico a ser abandonado
- Afectos disfóricos crónicos
- Distorsiones cognitivas
- Impulsividad
- Pobre adaptación social

Tratamiento. - Toda terapia en el paciente, fronterizo en la integración del sujeto con sus objetivos y de sus efectos con sus correspondientes relaciones humanas.

En la farmacoterapia están los antipsicóticos han mostrado ser eficaces para reducir la ansiedad, a hostilidad. Los inhibidores del mono amino oxidasa parecen ser útiles para combatir los estados disfóricos y también la impulsividad de los fronterizos.

La hospitalización está indicada en los momentos de crisis, especialmente si existe amenaza de suicidio.

Criterios diagnósticos de la personalidad fronteriza

- Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables.
- Alteración de la identidad
- Conducta suicida recurrente
- Ira inapropiada intensa o falta de control de la ira
- Ideación paranoide transitoria.

PERSONALIDAD HISTRIÓNICA (HISTÉRICA) DSM III

Son personas de afectividad lábil y superficial. Experimentan un deseo vehemente de obtener el aprecio de los demás o de llamar su atención. Suelen ser muy dependientes de los demás excitables, sugestionables, inmaduras, egocéntricas, superficiales, vanas y exhibicionistas. Las dificultades sexuales no están invariablemente presentes en este trastorno. El trastorno es más común en las mujeres que en los hombres.

Criterios diagnósticos de la personalidad histriónica

- Se siente incómodo en las situaciones en las cuales no es el centro de la atención.
- Existentemente usa su apariencia física para llamar la atención sobre sí mismo.
- Dramatismo, teatralidad y exagerada expresión de las emociones
- Se deja influencias por los demás.
- Consideran las relaciones como mucho más íntimas de lo que realmente son

Tratamiento. - La sorprendente ceguera psíquica de estos pacientes los hace ser totalmente ignorantes de cómo son realmente sus sentimientos y por esto el objetivo terapéutico más importante es clarificar los sentimientos profundos del paciente. La psicoterapia analíticamente orientada es el tratamiento de elección, tanto en la modalidad de grupo como con lo individual

PERSONALIDAD ANANCASTICA (OBSESIVO-COMPULSIVA) DSM III

Los rasgos principales de este tipo de personalidad son constricción emocional, son metódicos, rígidos, perseverancia, obstinación, indecisión y falta de atractivo sexual, tienden poca capacidad para expresar sentimientos cálidos y tiernos, tratan de someter a los demás a su manera de hacer las cosas, se entregan totalmente al trabajo y rechazan al placer.

Criterios diagnósticos

- Preocupación por detalles, reglas, listas, orden, organización y programas hasta el punto que se malogra el fin principal de la actividad.
- Perfeccionismo que interfiere con el fin de las tareas.
- Dedicación exclusiva al trabajo y a la productividad hasta el punto de suprimir las actividades de descanso y las amistades de descanso y las amistades.
- Incapacidad para desprenderse de objetos estropeados o sin valor, incluso, cuando no tienen ningún valor sentimental.
- Rigidez y terquedad.



www.redalyc.org/pdf/3720/372050405006.pdf

Tratamiento. - El tratamiento de elección es el psicoanálisis que a largo plazo ha obtenido buenos resultados en estas personalidades que se sienten atraídas por la asociación libre y por el hecho de tratarse de una terapia no directiva.

PERSONALIDAD ANSIOSA (ELUSIVA) DSM-III

La persona con personalidad elusiva se aísla por temor, pero desearía tener relaciones sociales y las tendría si pudiera obtener las garantías suficientes de que no va a ser objeto de rechazo por parte de los demás, son personas extremadamente sensibles al rechazo, a la humillación o a la vergüenza. Son temerosos de ser heridos en su sensibilidad que evitan las relaciones interpersonales como consecuencias llevan una vida de aislamiento social.



<http://personalidad ansiosa.com>

Criterios diagnósticos

- Es renuente a involucrarse con la gente, a menos de estar seguro de ser apreciado.
- Refrenado en las relaciones íntimas debido al temor de ser avergonzados o ridiculizado.
- Creencia de ser personalmente poco atractivo.

Tratamiento. - Para poder llevarse a cabo una psicoterapia es necesario que el paciente se sienta suficientemente seguro ante el terapeuta para establecer una buena relación que no le dé temor a ser herido en su hipersensibilidad social. La psicoterapia de grupo puede ayudar al paciente a superar la hipersensibilidad al rechazo.

PERSONALIDAD ASTENICA (DEPENDIENTE) DSM-III



<http://personalidad astenica.com>

Se caracteriza por doblegarse pasivamente ante los deseos de los mayores y de otros y una respuesta débil e inadecuada ante las demandas de la vida cotidiana. Esto es debido a una marcada falta de confianza en sí mismo y a una incapacidad para actuar en forma independiente.

Criterios diagnósticos

- Es incapaz de tomar las decisiones cotidianas.
- Necesitan que los demás asuman la responsabilidad en la mayoría de las principales áreas de su vida.
- Tiene dificultad en expresar disconformidad con los demás por temor a perder apoyo o aprobación.
- Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas en su cuenta.
- Se siente incómodo o desvalido cuando está solo.

Tratamiento. - Estos pacientes responden bien a las terapias analíticas. Las terapias conductivas y en especial el entretenimiento asertivo, permiten obtener resultados favorables con relativa rapidez, lo que se busca es que el paciente llegue a ser capaz de obrar independiente y aprenda a tomar sus propias decisiones.

PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA DSM-III.

Es un trastorno caracterizado por una conducta excéntrica y anomalías del pensamiento y del afecto que se parecen a los que se ven en la esquizofrenia. Es frecuente que los esquizotípicos tengan esquizofrénicos entre sus parientes de primer grado, es una entidad clínica que pertenece al espectro genético de la esquizofrenia pueden presentar angustia o depresión.



<http://personalidad esquizotipica.com>

Criterios diagnósticos.

- Creencias extrañas o pensamientos mágico que influyen la conducta y son inconscientes con las normas subculturales (creen en la clarividencia, en la telepatía o en el sexto sentido, con los niños y los adolescentes, fantasías o preocupaciones fantásticas).
- Experiencias perceptuales insólitas, incluyendo ilusiones corporales.
- Susplicacia o ideación paranoide.
- Carece de amigos íntimos o confidentes que no sean parientes en primer grado.

Tratamiento. - Es psicoterapéutico. En el campo farmacológico, algunos trabajos han puesto en evidencia que el uso de antipsicóticos permite obtener a corto plazo, la mejoría se ha obtenido en un grado significativo con haloperidol (haldol).

PERSONALIDAD NARCISISTA DSM-III.

En este tipo de personalidad es muy frecuente la existencia de un estado de ánimo depresivo, lo que se explica por lo general de no satisfacer sus aspiraciones grandiosas.

Si el estrés ambiental se hace intenso, puede llegar a presentar síntomas psicóticos transitorios.

Criterios diagnósticos

- En sentido grandioso de la propia importancia (exagera sus radiaciones y sus talentos).
- Preocupación con fantasías de éxito ilimitado, de poder, de brillante, de bellezas o de amor ideal.
- Cree que es especial y cínico.
- Requiere una admiración excesiva.
- Es un explotador de las relaciones interpersonales se aprovecha de los demás para alcanzar sus propios éxitos.
- A menudo envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él.

Tratamiento. - Se realizan orientaciones psicoterápicas, el terapeuta va gradualmente puntualizando las limitaciones realistas tanto del paciente como de él mismo, pero sin dejar de ofrecer un ambiente empático para proteger al paciente mientras intenta aceptar e integrar estos puntos de vista realista.

PERSONALIDAD CICLOTÍMICA (TRASTORNO AFECTIVO DE LA PERSONALIDAD) DSM III.

Se caracteriza por numerosos episodios de depresión leve e hipomanía. Es a veces la personalidad previa al bipolar o maniaco mayor, se inicia a los 16 ó 24 años. Los cambios en los estados de ánimo, sin deterioro en la relación con la realidad y la capacidad cognitiva, los sentimientos son inestables, el paciente experimenta oscilaciones crónicas a menos que se solucionen los síntomas.

Criterios de diagnóstico.

- Durante los períodos depresivos existe un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer con respecto a todos, o casi todos los pasatiempos y actividades habituales y por lo menos tres de estos síntomas: insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga crónica, sentimiento de insuficiencia, disminución de la eficiencia o productividad en el colegio o trabajo, hogar etc.,

- Disminución de la atención, concentración, pensamiento, retraimiento social, pérdida de interés en el sexo,
- Restricción de la participación en actividades placenteras, sentirse frenado, menos hablador que lo usual,
- Actitud pesimista frente al futuro, lagrimeo o llanto, durante los periodos hipomaníacos existe un estado de ánimo elevado, expansivo o irritables o por lo menos tres de los siguientes síntomas: Disminución de la necesidad de dormir, más energía que de costumbre, elevado autoestima, productividad aumentada, pensamiento creativo agudizado y desacostumbrado, búsqueda desinhibida de la gente,
- Hipersexualidad, excesiva participación en actividades, desasosiego físico, más hablador de lo usual, exceso de optimismo, risas inadecuadas: bromear, hacer chistes. Ausencia de rasgos psicóticos.

Tratamiento. - El ciclotímico leve o moderado que no manifiesta disfunción social, no necesita tratamiento, en caso de gravedad se administra antidepresivos o antipsicóticos dependiendo de los síntomas graves.

PERSONALIDAD PASIVO – AGRESIVO

Se listó como trastorno de personalidad en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-III, pero fue finalmente movido al Apéndice B del DSM-IV debido a la controversia y a la necesidad de mayor investigación sobre cómo categorizar los comportamientos en una futura edición.

Esta estructura de personalidad se aplica a los individuos que buscan suplir sus necesidades controlando y manipulando a los demás a través de una conducta pasiva. Hay agresividad porque el individuo la expresa presionando a los demás pero esta agresividad no es manifestada ya que emplea para ello métodos pasivos como la obstrucción, el aplazamiento, la testarudez y la ineficacia, no está limitado a periodos de enfermedad.

Criterios de diagnóstico.

Resistencia a las demandas de realizaciones adecuadas en el funcionamiento ocupacional y social.

Resistencia expresada indirectamente a través de por lo menos dos de los siguientes síntomas: aplazamiento, ocio, testarudez, ineficiencia intencional, olvidar.

Tratamiento. - Psicoterapia de soporte, manejo con cuidado porque pueden intentar al suicidio o agredir a otros.

PERSONALIDAD MÚLTIPLE DSM III

Este ubicado entre los trastornos disociativos también los describimos porque se trata de una patología del carácter.

Criterios de diagnósticos

- La existencia de dos o más personalidades distintas cada una de las cuales es dominante en un tiempo particular.
- La personalidad que es dominante en un tiempo particular determina la conducta del individuo.
- Cada personalidad individual es compleja e integrada con sus propios patrones de conducta y relaciones sociales.

Tratamiento. - psicoanálisis, hipnosis, conductismo, intervención familiar narcoanálisis.

ALTERACIONES MENTALES

Para Carrasco y Maza (1977), Las alteraciones mentales son reacciones emocionales y conductuales de los seres humanos frente a un estímulo interno o externo, que puede ser controlado y enajenado. Cabe destacar que una enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, que se traduce en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la comprensión de la realidad y de la adaptación a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término “trastorno mental” (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo, en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.

Los trastornos mentales pueden ser ocasionados por factores biológicos (ya sean genéticos, neurológicos, etc.) ambientales o psicológicos. Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales hacen referencia a los trastornos neuróticos y los trastorno psicóticos.

NEUROSIS



<http://personalidad neurótica.com>

Para Mazzuca, R. (2010), es una alteración mental caracterizada por la presencia de un alto grado de ansiedad. El miedo y las obsesiones, relacionadas con factores conflictivos personales o ambientales, dominan al afectado y le provocan un verdadero sufrimiento psíquico.

Si bien es cierto que todas las personas sufren miedos y obsesiones en mayor o menor medida, la mayor parte de la gente consigue dominarlos sin que afecten en demasía su actividad diaria ni su estructura mental. No obstante, en algunas personas predispuestas, la ansiedad adquiere una intensidad considerable y llega a marcar sus pensamientos y su comportamiento.

Existe cierta predisposición a sufrir una neurosis en las personas hipersensibles, con una emotividad superior a la normal, por lo general con un acusado sentido de culpabilidad, y que se sienten muy afectadas por las tensiones emocionales y por los hechos impactantes, como disgustos, peleas o accidentes, o por hechos o circunstancias banales a los que ellos otorgan mayor importancia de la que en realidad tienen y que les causan una fuerte alteración psicoemocional. Son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada. Son trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad; en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa.

La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada. Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés. En consecuencia, muy a menudo los síntomas incluyen angustia y una exageración o hiperactividad de los mecanismos que el paciente emplea comúnmente para resolver su angustia y el estrés. Las neurosis pueden ser de tipo recurrente y se manifiestan de la misma forma a través de toda la vida del paciente. Pueden variar de gravedad, desde episodios leves hasta una enfermedad grave e que incluso requiera hospitalización.

Neurosis antiguamente quiso decir lleno de nervios.

Historia

La neurosis ha cambiado con la evolución de la nomenclatura psiquiátrica.

Su significado literal (lleno de nervios) fue utilizado durante el siglo XIX (diecinueve) como término general para todos los trastornos nerviosos de etiología desconocida.

Los neurólogos del siglo pasado decían que era un mal adoptado por la civilización como una consecuencia de la vida acelerada. Pero la verdad es que la neurosis se

conoce desde los tiempos de Hipócrates, en ese entonces se les llamaba hipocondrías relacionándola con la tristeza y la debilidad del enfermo.

Se descubrió el sentido de los síntomas neuróticos mediante el estudio y la acertadísima derivación de un caso de histeria.

Freud hizo sus observaciones acerca de las bases psicogénicas de la histeria y de los estados obsesivos, él designó a un subgrupo de trastornos mentales con el nombre de psiconeurosis; en la nomenclatura más reciente el término neurosis se emplea exclusivamente para este subgrupo.

Causas de los trastornos neuróticos

Hay muchas explicaciones para las causas de los trastornos neuróticos. Las teorías específicas que intentan explicar el desarrollo de la neurosis han surgido tanto del psicoanálisis como de la teoría del aprendizaje y de los modelos médicos.

Los psicoanalistas consideran la neurosis como una secuencia de cuatro elementos, siguiendo estas líneas:

- Un conflicto interno entre los impulsos del id y los temores generales por el super ego
- La presencia de impulsos sexuales
- La incapacidad del ego a través de su influencia racional y lógica, para ayudar a la persona a superar el conflicto

Las profundas galerías de la mente en la que habitan poderosos impulsos que al no ser negados buscan su expresión a través de la ansiedad neurótica.

No todos los psicoanalistas apoyan esta explicación de cuatro niveles. Varios de los seguidores de Freud rompieron con él a causa del papel clave que adjudicaba a los sentimientos sexuales. Alfred Adler, por ejemplo, sostenía que las neurosis surgen de sentimientos de inferioridad. Tales sentimientos tienen sus raíces en la infancia, cuando el niño se encuentra mal a causa de su baja estatura y de una relativa incapacidad de arreglárselas por sí mismo.

Los teóricos del aprendizaje mantienen que las neurosis provienen del aprendizaje de las conductas alteradas (como, por ejemplo: Al observar un niño a su padre fóbico) o al ser reforzada por ella.

Algunos teóricos del aprendizaje asumen un punto de vista muy mecanicista al creer que el pensamiento no es más que un tipo de conducta gobernado por las mismas leyes fundamentales que dirigen los otros tipos de conductas. Por otra parte, Bandura acentúa la importancia de la influencia esencial del pensamiento a la hora de producir modificaciones en la conducta humana.

Los médicos a menudo explican la neurosis en términos bioquímicos. Por ejemplo, investigaciones recientes han demostrado que los barbitúricos facilitan la transmisión de una sustancia del cerebro, que inhibe la actividad cerebral. Es posible que las drogas ansiolíticas estimulen la producción o transmisión de esta sustancia, teniendo como resultado la reducción de la activación y disminuyendo la ansiedad. Si de verdad funcionan, así cabe concluir que la ansiedad puede deberse a la presencia o ausencia de tales sustancias químicas en el cerebro.

Las características de la neurosis son:

- 1.- Interpretan correctamente la realidad externa (no hay delirio ni alucinaciones)
- 2.- Permanecen en contacto con la realidad.
- 3.- Exhiben un yo integrado y una personalidad organizada.
- 4.- Se presentan como una exageración de comportamiento normal.
- 5.- Clínicamente es difícil de acertar el diagnóstico que del psicótico.

El síntoma principal de la neurosis es la angustia. La angustia es una advertencia de que el yo tiene dificultades en su tarea de satisfacer las demandas del súper yo del ello y del mundo exterior. No se puede llegar a un acuerdo y algo tiene que ceder. El paciente neurótico está sumergido en un conflicto que no puede enfrentar. Rara vez este conflicto es visible ya que mayormente se desarrolla en el inconsciente. La angustia es el centro dinámico de la neurosis; puede ser expresada directamente y puede ser transformada, desplazada o camuflada. Sin

embargo, el paciente se da cuenta agudamente de un sentimiento de incomodidad, a pesar del intento inconsciente de controlar o modificarlo.

Las principales neurosis son:

1. Neurosis de angustia

Definición. - Extraña desazón interior, mezcla de miedo inconsciente incertidumbre y desvalimiento que le acomete a uno en circunstancia que vive como amenazante para sí mismo. La angustia se acompaña de molestias corporales, inquietud, motora opresión torácica, palpitations, temblor, sequedad de boca, vómitos, diarreas mareos insomnios, sudoración profusa, etc.

Según el psicoanálisis y la teoría del aprendizaje, la angustia sobrevive como una señal de alarma que anticipa un acontecimiento traumático. Pero esto no explicaría la diferencia que hay entre los estados de ansiedad crónica y los ataques de pánico, ni el efecto específico que sobre estos tienen las drogas antidepresivas. La angustia constituye el síntoma axial de todas las neurosis. De la angustia derivan, a su vez como defensas contra la misma angustia otros síntomas. La neurosis de angustia se caracteriza por las manifestaciones de una angustia permanente. Comprende elementos somáticos y psíquicos, con un predominio fundamental de la angustia física. Entre los elementos somáticos se evidencian síntomas respiratorios (ahogos, afonías, etc.), síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitations, etc.), síntomas digestivos (vómitos, diarreas, espasmos gástricos, constricción faringes, etc.) Síntomas urinarios (poliuria, etc.), síntomas neuromusculares (temblores, dolores pseudorreumáticos, etc.), síntomas sensitivos o cutáneos (crisis de prurito, cefaleas, zumbidos de los oídos, etc.)

Entre los síntomas psíquicos podemos citar la peyoración imaginaria de la existencia (la angustia produce sentimientos paralizadores y pesimistas); la espera de un peligro (lamentaciones, presentimientos, amenazas, etc.), el ansioso está atrapado por el peligro que experimenta, desposeído de sus facultades de análisis y de control, sin poder apartarse de la terrible situación que le fascina.

Causas. Freud indicó una diferencia entre las neurosis de angustia <<actuales>>, debidas a trastornos energéticos actuales, y las neurosis de *transfert*, determinadas por complejos inconscientes infantiles. Entre las causas de esta enfermedad se hallan los factores de la represión libidinosa y el complejo de culpa, la represión y las situaciones frustrantes de separación y abandono.

2. Neurosis de ansiedad.

Definición. - Para definir la ansiedad, primero se define el miedo. El miedo es el estado emocional de alerta ante un peligro amenazante, caracterizado por conocimiento intelectual de éste, y de control cortical, con sensación psicológica solamente. La ansiedad es también un estado de alerta ante el peligro amenazante, pero desprovisto de contenido intelectual y con un tono emocional específico de regencia del tálamo e hipotálamo, con manifestaciones motoras periféricas. El miedo es un estadio intelectual de la propia ansiedad y por cualquier razón, cuando la pérdida del contenido intelectual del miedo surge nuevamente la ansiedad primitiva. El miedo puede ser tratado por terapia de comportamientos, sea por extinción del estímulo, sea por modificación de las respuestas. La ansiedad puede estar focalizada en un objeto, situación o actividad, que puede ser evitada. Los niños tienen mayor facilidad para controlar el miedo. Cuando surge la ansiedad, el niño, pasa, por una crisis aguda de ansiedad. Los trastornos evolutivos del comportamiento (TEC) son las reacciones del niño frente a la ansiedad creada por las situaciones. Cuando el niño pasa por una crisis de ansiedad, las defensas de estructura son los del proceso neurótico, no tanto para reaccionar contra las situaciones sino para no volver a sentir ansiedad nuevamente. La angustia puede tener un comienzo agudo o gradual que, con el tiempo, puede hacerse crónico.

Crisis de Ansiedad. - Son periodos de comienzo súbito, de aprensión interna, terrorífica, con sensaciones de pérdida de control corporal o de muerte inminente. En la crisis aguda, por el mecanismo neuroendocrino del estrés, los síntomas clínicos se manifiestan en todos los órganos.

Perturbaciones cardíacas

Perturbaciones respiratorias

Perturbaciones digestivas

Perturbaciones urinarias

Piel, transpiración, erección capilar, escalofríos, puntados y hormigueos.

Perturbaciones motoras.

Alteraciones del Sistema Nervioso Central. - Reacciones psíquicas de catástrofe, cefaleas, dolores en el cuerpo y pérdida de la conciencia. En la crisis aguda todos los síntomas son contaminantes. En las crisis económicas algunos de estos síntomas prevalecen y otros son controlados. La duración de la crisis puede ser minutos hasta horas.

Ansiedad Crónica y Proceso Neurótico. - La ansiedad crónica es la estructuración del propio proceso neurótico y que evolucionó en esta secuencia.

- Conflicto inconsciente entre deseos y prohibiciones.
- Que causan la percepción inconsciente del peligro anticipado.
- Lleva al empleo de mecanismos de defensa que resultan en síntomas neuróticos, disturbios de la personalidad o ambos.

3. Neurosis histérica (reacción conversiva)

La histeria es un tipo de neurosis que se caracteriza por la hiperexpresividad somática de las ideas, las imágenes y los afectos inconscientes. Freud la denominó *histeria de conversión*, precisamente por la conversión somática de los conflictos inconscientes.

El carácter histérico. Las manifestaciones histéricas (*espasmos*: imposibilidad de tragar, urinarios, genitales; *algias*, dolores sintomáticos; y los *trastornos generales*: edemas, urticarias, anorexia, etc.) aparecen en la superficie del cuerpo del sujeto, y su carácter evidencia tres aspectos: la *sugestibilidad*, es decir, es un individuo plástico, sin fijarse a una identidad personal firme; la *mitomanía*, ya que el histérico fabula, fantasea y es un comediante que está ofreciendo un continuo espectáculo; y las *alteraciones sexuales*, es decir, su insatisfacción sexual, como el

<<donjuanismo>> y el <<mesalinismo>>, que suelen ocultare impotencia, frigidez o perversiones.

La escuela psicoanalítica aporta características fundamentales del carácter histérico: la inconsistencia de la persona, la represión amnésica de los acontecimientos reales y la falsificación de la existencia. Se distinguen dos tipos de histeria:

- De tipo conversivo, en la cual los síntomas incluyen a los sistemas neuromusculares y sensoriales.
- De tipo disociativo, en la cual aparecen los trastornos de la conciencia. En algunos casos se tiene la impresión de que el paciente obtiene beneficios a partir de su estado de incapacidad lo cual lo lleva a confundir la enfermedad con la simulación. Los síntomas principales de las neurosis histéricas no están bajo el control consciente del paciente, así la verdadera simulación puede llegar a ser una manifestación de un trastorno de personalidad. Se ha comprobado que, en algunos casos, los pacientes presentan alucinaciones visuales, ¿aisladas no acompañadas de pensamientos falsos? El tipo de histeria de conversión presenta una enorme variedad de síntomas difusos, como parálisis motora o ceguera, trastornos del sistema nervioso, incluyendo temblores y parálisis localizadas, parestesias y estados variables de crisis de tipo epiléptico. Los estados disociativos surgen por la repentina emergencia del estado consciente de impulsos destructivos primarios; esos estados se presentan con cierta frecuencia después de que los pacientes han cometido un acto violento y llegan a constituir problemas en el juicio.

4. Reacciones fóbicas

Los pacientes que presentan esta alteración se quejan de miedo y aprehensión irracional hacia un objeto. Persona o situación, que ellos mismos señalan como irreal. A veces, la alteración es tan severo que puede convertirlo en prisionero dentro de su propio hogar, habitualmente constituye un intento defectuoso para evitar situaciones que producen angustia. Se manifiesta con: palpitaciones, sudor, náuseas y temblores.

Una fobia (palabra derivada de Fobos (en griego antiguo Φόβος, 'pánico', que era la personificación del miedo en la mitología griega,) es un trastorno de salud emocional que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas.

Si bien es difícil determinar cuáles son las diez fobias más comunes (ya que varían según el sexo y la edad –los adolescentes padecen fobias sociales con más frecuencia que los adultos), he aquí una lista de las que se considera más frecuente en general:

Aracnofobia: Se trata del miedo a las arañas. Se calcula que la mitad de las mujeres y el 10% de los hombres padecen esta fobia en algún grado. Las reacciones de estas personas resultan exageradas para los demás, e incluso para los mismos afectados. Éstos procuran mantenerse apartados de los sitios en donde pueden encontrarse arañas, o donde han visto telas de araña. En los casos más serios, el pánico puede ser detonado incluso al ver una fotografía.

Sociofobia: Se trata de un persistente e intenso miedo a ser juzgado negativamente en situaciones sociales. Es una fobia de las más comunes entre adolescentes y jóvenes, se calcula que cerca de un 4% de las personas entre 18 y 55 años la padecen. A diferencia de lo que sucede en la mayoría de las fobias, esta fobia social es igualmente común en hombres y mujeres.

Aerofobia: Se trata del tan común miedo a viajar en avión (de hecho, se calcula que sólo el 5% de los pasajeros abordan el avión sin temores de ningún tipo). Sin embargo, las personas que padecen de esta fobia no experimentan sólo una ligera inquietud en el momento del aterrizaje y del despegue, sino que en ocasiones las fobias les impiden planear siquiera un viaje de este tipo, o les ocasionan trastornos de ansiedad ante la perspectiva de un futuro viaje, incluso meses antes de llevarlo a cabo.

Agorafobia: Se trata del miedo a los espacios abiertos, y es un trastorno más común entre las mujeres que entre los hombres. El agorafóbico teme todo aquel lugar donde no se sienta "seguro" o no pueda "recibir ayuda". El que presenta este tipo de trastorno suele refugiarse en su hogar y rara vez sale, ya que en esas

ocasiones experimenta una gran ansiedad. Es la fobia que motiva más a menudo consultas a especialistas.

Claustrofobia: Al contrario que la agorafobia, este trastorno implica el temor a quedar confinado a espacios cerrados. Se estima que entre un 2 y un 5% de la población padece esta fobia. Estas personas suelen evitar los ascensores, el metro, los túneles, las habitaciones pequeñas, hasta las puertas giratorias les pueden presentar dificultades, así como también el uso de equipos para técnicas de diagnóstico médico como el TAC.

Acrofobia: Se trata del miedo a las alturas, no simple vértigo sino un temor que ocasiona ansiedad a quienes lo padecen. La fobia suele manifestarse en situaciones tales como las de asomarse a un balcón, estar en un mirador elevado o junto a un precipicio. Al igual que sucede en otras fobias, aquellos individuos que la sufren buscarán evitar la situación temida.

Emetofobia: Se trata de la fobia al vómito o a vomitar. Hay personas que sienten más que una simple aversión hacia el acto de vomitar, y que incluso cambian sus hábitos alimenticios y sociales en consecuencia (por ejemplo, evitar ir a comer a restaurantes por temor a que la comida que le sirvan allí le sienta mal al estómago). Si bien sólo en casos extremos se considera fobia, se calcula que el 6% de la población siente temor de vomitar.

Carcinofobia: Se trata del miedo a contraer cáncer. Es uno de los temores más comunes desde el momento en que la mayoría de los adultos siente aprensión ante la posibilidad de manifestar esta enfermedad. Sin embargo, en el caso de los fóbicos, se trata de un miedo muy antinatural, ya que demostrarán temerle a cualquier síntoma físico negativo, asociándolos todos a síntomas de la enfermedad.

Brontofobia: Son comunes las fobias que involucran elementos climáticos o determinados fenómenos meteorológicos, y éste es el caso de la brontofobia. Consiste en el miedo extremo ante los rayos y truenos de las tormentas. Alguien con esta fobia estará alarmado tanto antes como durante las tormentas, y en casos extremos, padecerán los síntomas de la ansiedad. Incluso puede verse afectada su vida social, ya que su planificación de actividades depende del pronóstico

meteorológico, y pueden llegar a faltar al trabajo o modificar sus hábitos debido al clima.

Necrofobia: El miedo a la muerte es algo natural e instintivo en el hombre, posiblemente porque la muerte es lo desconocido. Además, se asocia la muerte con los padecimientos que la preceden, dolor, sufrimiento, etc.

Sin embargo, algunas personas padecen de una verdadera fobia a la muerte y a los seres muertos. Quienes padecen de esta condición no pueden explicar con claridad el sentimiento escalofriante que experimentan al estar frente a una momia o a un cadáver.

Algunas otras fobias pueden ser:

- Antropofobia: miedo a las personas o a la sociedad.
- Autofobia: miedo de quedarse solo.
- Bogifobia: miedo a los duendes.
- Canofobia: miedo a los perros.
- Amatafobia: miedo al polvo.
- Coulrofobia: miedo a los payasos.
- Crometofobia o Crematofobia: Miedo al dinero y valores de capital.
- Dendrofobia: miedo a los árboles
- Efebofobia: temor hacia los jóvenes o adolescentes.
- Entomofobia: miedo a los insectos.
- Enoclofobia, Demofobia, u Oclofobia: miedo a las multitudes de personas, ya sean en lugares abiertos o cerrados.
- Gamofobia: horror del matrimonio.
- Hemofobia: miedo a la sangre.

- Hidrofobia: miedo al agua.
- Homofobia: rechazo, odio a los homosexuales.
- Hoplofobia: temor, miedo a las armas o más bien, las armas de fuego.
- Islamofobia: temor inducido en contra de las culturas islámicas o musulmanas.
- Lalofobia: miedo a hablar a otros o al público en general.
- Leucofobia: miedo al color blanco.
- Ligofobia: miedo a la oscuridad.
- Nictofobia: temor a la oscuridad.
- Numerofobia: miedo a los números
- Ponofobia: miedo a hacer cualquier trabajo
- Rupofobia: miedo a la suciedad.
- Sexofobia: Miedo al sexo, o a algunas de sus prácticas.
- Segregarefobia: Miedo al rechazo social.
- Selacofobia: Miedo irracional a los tiburones.
- Telefonofobia: miedo a los teléfonos.
- Tremofobia: miedo a los temblores.
- Venustrafobia: miedo a las mujeres hermosas.
- Xenofobia: temor o desagrado en contra de los extraños o extranjeros.

5. Neurosis obsesivo compulsivo.

La neurosis obsesiva está definida por el carácter forzado (compulsivo) de las ideas, los sentimientos o las conductas, que se imponen al sujeto y que le obligan a una lucha inextinguible, sin que el propio sujeto deje de considerar irrisorio ese comportamiento incoercible.

Los síntomas. Pueden clasificarse en los cuatro apartados siguientes: *pensamiento compulsivo* (le invaden ideas obsesivas que se le imponen a su pesar; *actividad compulsiva* (tendencia los actos impulsivos, agresivos); *ritos del pensamiento mágico* (realiza actos repetitivos de carácter simbólico); y *psicastenia*, es decir, astenia psíquica, agotamiento producto de una lucha agoradora. Estos cuatro elementos de denomina *obsesión*, ya que el enfermo se atrapa a sí mismo con sus propias defensas.

Carácter obsesivo. Presenta una fisonomía muy particular: tendencia a crisis morales de conciencia, tendencia a la abulia y la duda, timidez frente al contacto social, disposición al autoanálisis y la introspección, trastornos de la sexualidad e, incluso, alteraciones psicomotoras como la tartamudez, los tics, etc.

6. Neurosis depresiva

En este tipo de neurosis se presenta una reacción excesiva de depresión cuando ocurre un conflicto, sobre todo alguna pérdida emocional.

Las reacciones se caracterizan por una pérdida de auto estimación, aparición de impulsos inhibitorios o de agresividad y distanciamiento de algunas personas. En los estados de depresión se expresa cierto grado de hostilidad porque esta agresividad hace sentir a la otra persona inútil, incapaz de agrandar y rechazada.

Otro problema considerado influencia de la neurosis tenemos: el estrés

Definición. - Es la reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda. Un estado de fuerte tensión fisiológica o psicológica.

Fases. - No viene de modo repentino, pasa por tres etapas:

- Fase Alarma:

Son las reacciones fisiológicas que aparecen en primer momento. Cuando la barrera estresante no supera y se da cuenta de que sus fuerzas no dan para más, toma conciencia del estrés situándose en la fase de alarma.

- Fase de Resistencia. -

En esta etapa el individuo intenta avanzar a pesar de las dificultades utilizando toda su capacidad física y mental. Se frustra y sufre como consecuencia de la situación, se da cuenta de que está perdiendo energías y rinde menos.

- Fase Agotamiento. -

Es la etapa terminal del estrés, hay fatiga, ansiedad y depresión.

Fatiga, porque no se restaura en las energías perdidas con el sueño nocturno.

Va acompañado de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira.

Ansiedad, el sujeto vive en multitudes situaciones además de la causa estresante.

Causas del Estrés. - Son de naturaleza externa, interna.

De naturaleza Externa:

- Experiencias Traumáticas: terremoto, huracanes, inundaciones, guerras, intento de homicidios, violaciones.
- Acontecimientos Estresantes: Pasar a un puesto de trabajo de mayor categoría, rendir un examen para elevar una categoría profesional, la muerte de un cónyuge, problemas sexuales, etc.
- Molestias Cotidianas: Antipatía del compañero de trabajo, la congestión de tráfico, mal funcionamiento de equipos con los que trabajamos.
- Ambiente Físico y Social: ambiente sucio, desagradable y ruidoso, con temperaturas elevadas, contaminación ambiental, hacinamiento.

Naturaleza Interna:

- Elecciones conflictivas.
- La elección simultánea de dos empleos con remuneración parecida, el niño que tiene que elegir entre lavar los platos o quitar el polvo, el hijo que tiene que partir a un país lejano.
- Mis circunstancias y yo.
- Poseo la incapacidad de predicción.
- Sentimiento de culpa.

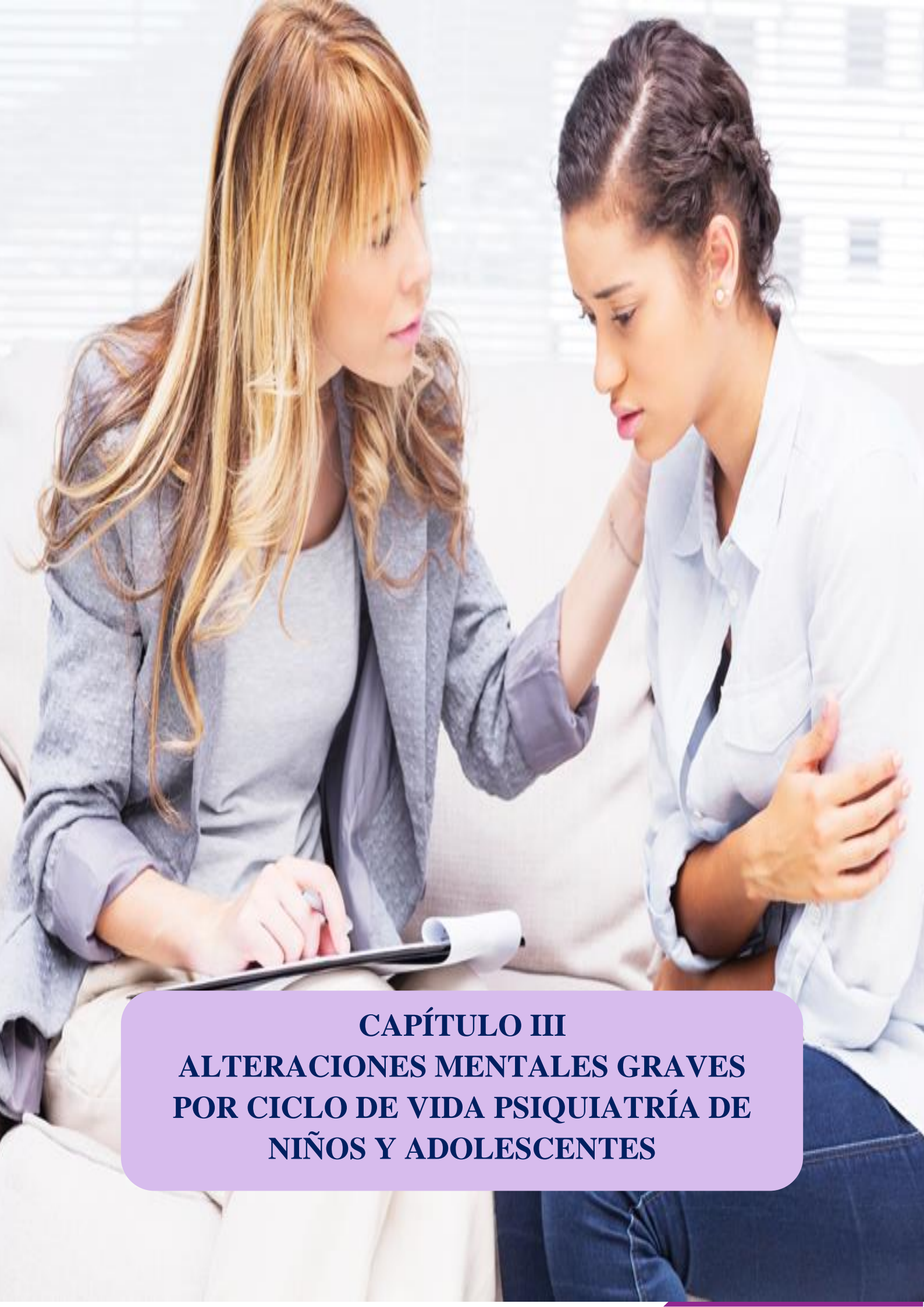
Prevención del Estrés

- Tratar de equilibrar el estado emocional.
- Mantener el optimismo frente a las dificultades a presentarse.
- Relacionarse con los demás.
- Conocer nuestras limitaciones para evitar sobre cargar nuestras actividades.
- Practicar deporte.

Intervención de enfermería en problemas de salud mental y trastornos de la personalidad

- Notificar el caso de inmediato y despersonalizar al paciente con ideas suicidas.
- Visitar al paciente hospitalizado con intento suicida, para interesarse por su estado de salud.
- Ofrecer apoyo al paciente y su familia y Explicar el cumplimiento del tratamiento.
- Orientar, citar y controlar la asistencia periódica a consulta.
- Realizar visitas al hogar a fin de comprobar:

- Cumplimiento del tratamiento terapéutico y las medidas indicadas
- Ofrecer apoyo emocional al paciente y familiares
- Comunicación y cooperación entre los miembros de la familia para atender al paciente y a su vez cumplir con los deberes o tareas del hogar.
- Entrevistar de manera individual a cada integrante de la familia a fin de conocer su punto de vista sobre el problema y su actitud hacia su solución.
- Valorar la atención del paciente y la familia con especialistas (psiquiatría o psicólogo) de ser necesario.
- Realizar dinámica de grupo (familiar) sobre la base de:
 - Definir la esencia del problema, limar asperezas entre los miembros en conflicto.
 - Definir roles de cada integrante de la familia y la importancia del cumplimiento de los mismos por cada cual.
 - Inducir la correcta comunicación entre sus integrantes.
 - Persuadir a todos los miembros sobre la presencia de riesgo.
 - Identificar los factores de riesgo, para evitar que se desencadenen.
 - Orientar a los integrantes de la familia como afrontar, combatir y/o erradicar los riesgos siempre que sea posible, para evitar la "crisis familiar".
- Ofrecer educación para la salud al paciente y familiares sobre la importancia de:
- Disminuir las diferentes fuentes de estrés y/o tensión que puedan estar incidiendo en la familia.



CAPÍTULO III
ALTERACIONES MENTALES GRAVES
POR CICLO DE VIDA PSQUIATRÍA DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES

CAPÍTULO III

ALTERACIONES MENTALES GRAVES POR CICLO DE VIDA PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES



<http://psicologiaciclovitalhumano.blogspot.com>

Estudia la clínica y el tratamiento de los trastornos del niño y del adolescente, con el propósito de estimular su óptimo desarrollo personal frente a situaciones biopsicosociales adversos. Es así mismo una modalidad de enlace con especialidades como: pediatría, neurología, rehabilitación, etc.

Factores etiológicos. - es el producto de una interacción variable de factores tanto biológicos como psicosociales.

Biológicos:

Genéticos

Congénitos: Prenatales, hormonales, infecciosos, tóxicos, etc.

Postnatales: Tóxicos, infecciosos, traumáticos, ambientales

Psicosociales:

Ambiente Psicosocial inmediato: Núcleo familiar primario y/o extenso.

Medio Ambiente social y cultural general: Barrio, escuela, grupo, deportes, religión, seguridad, organización, exigencias valores, etc.

Alrededor de la mitad de los niños con trastornos psiquiátricos provienen de núcleos familiares con algún índice de perturbación emocional.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL NIÑO

La CIE 10 (1995) clasifica:

La psicopatología infantil es multideterminada. Ej. Al conversar con un niño o niña con aparente actitudes histéricas, obsesivas, fóbicas, deben rastrearse esas mismas características en sus padres.

Porque durante el período de lactancia (escolar primer grado) el menor asimila e internaliza un buen número de rasgos de personalidad, actitudes y valores especialmente del padre del mismo sexo, ensayando identificarse con él.

Examen psiquiátrico

- Reconocer las manifestaciones psicológicas y emocionales normales para su edad.
- Detectar rasgos transitorios, déficit orgánico o adaptativos, signos duraderos de psicopatología, en el propio niño, entorno familiar, escolar o sociológico.
- Demarcar las cualidades sobresalientes en la mente específica de un niño.
- También es importante la observación inicial del padre y actitud del niño, así como de la relación con su madre y el entrevistador, la facilidad de separación de la madre o su dificultad.
- Se debe actuar con naturalidad, sin hablar a media lengua o pretendiendo ser infantil o hacerse el payaso (para poder comunicarse con éxito con el niño).

Historia clínica

Debe ser completa, incluye el motivo de consulta, historia de los padres y de la formación de pareja, ambiente socioeconómico, circunstancias del embarazo y perinatales, etc.

Retardo mental

Se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo del promedio acompañado de déficit en la conducta adaptativa, y que se manifiestan durante el período del desarrollo (antes de los 18 años).

El funcionamiento intelectual general se expresa por medio del coeficiente de inteligencia (CI), que se obtiene mediante pruebas de inteligencia. Según el CI E-10 en el retardo mental el CI es de 70 ó menos.

Algunos individuos con un CI cercano pero debajo puede no tener trastornos en el comportamiento adaptativo y por lo tanto no debe recibir el diagnóstico de retardo mental. Otros con un CI por encima de 70 serían clasificados como retardos mentales si tienen problemas en la conducta adaptativa.

Por ello es necesario el juicio al evaluar este aspecto de la adaptación del individuo.

Clasificación

CI	GRADO
50 - 55 a 70	leve
35 - 40 a 50 - 55	moderado
20 - 25 a 35 - 40	severo
Mayor de 20 – 25	profundo

Según el CIE – 10 también se debe considerar la conducta adaptativa del sujeto.

Etiología

Hereditaria. - Síndrome de DOWN, trastornos congénitos del metabolismo.

Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario: S. DOWN, en la edad adulta puede presentar síndrome de Alzheimer.

Otros de origen prenatal: Síndrome fetal alcohólico, consumo de antimetabolitos, anticonvulsivos, virus producidos por roséola, toxoplasmosis etc.

Problemas de embarazo: Desnutrición materna, eclampsia, preeclampsia, diabetes

Dificultades peri natales: Prematuridad bajo peso gestacional

Adquiridos en la niñez: Meningoencefalitis traumas craneanos

Ambientales y otros. Enfermedades mentales: autismo. Desconocida

Características evaluativas:

Retardo Mental Leve (educable). 0 - 5 años, puede desarrollar aptitudes sociales de comunicación. 6 - 20 años, puede lograr un aprendizaje académico de 5º de primaria, al final de la adolescencia, puede guiarse hacia la adaptación social. 21 adelante, puede lograr capacidades sociales y vacacionales, pero con apoyo cuando se encuentra en presión social y académico.

Retardo mental (moderado) (entrenable).

Edad preescolar, puede hablar o aprender a comunicarse, presenta un desarrollo motor frecuentemente con limitaciones.

Edad Escolar, puede beneficiarse desentrenamiento para la formación de hábitos, puede hablar, adquirir hábitos de aseo o aprender a comunicarse.

Edad Adulta, puede desarrollar la capacidad de autoprotección, a nivel mínimo útil, en un medio controlado.

Retardo mental severo

Edad preescolar, desarrollo motor pobre, lenguaje mínimo, no capacidad de comunicación.

Edad escolar, puede beneficiarse del entrenamiento para la formación de hábitos, puede hablar, adquirir hábitos de aseo o aprender a comunicarse.

Edad adulta puede desarrollar capacidad de autoprotección a nivel mínimo útil en un medio controlado.

Retardo mental profundo (custodiables)

Edad preescolar, capacidad mínima de áreas sensoriomotoras. Necesita cuidado.

Edad escolar, existe algún desarrollo motor respuesta mínima en cuanto a valerse por sí mismo.

Edad adulta, logran valerse por sí mismo de modo muy limitado y necesita ser cuidado.

Diagnostico.

Las características principales del R.M. es el desarrollo psicomotriz retardado, una adaptación social inmadura y dificultad en el aprendizaje.

Para el diagnóstico se realiza los siguientes exámenes:

Prueba de inteligencia

- Exámenes físicos y neurológicos
- Exámenes de laboratorios: orina y sangre para determinar trastornos metabólicos
- Evaluar la audición, visión y el lenguaje

Diagnóstico Diferencial

- Niños con retraso en el desarrollo de habilidades para la lectura (dislexia)
- Niños con dificultades visuales, auditivas
- Niños con trastornos en el desarrollo del lenguaje por causas neurológicas.

Las Psicoterapias dinámicas

Son útiles para ayudar a manejar el estrés a los que está sometido. Terapia de conducta: se desarrolla la destreza social, técnica para el entrenamiento de esfínteres, no escupir los alimentos en R. M. (Retardo Mental) profundo.

Educación especial

Requiere clases especiales.

RM leve: pueden aprender a leer y escribir y algunas matemáticas

RM moderado: entrenarse en oficios

RM severo: por lo menos en conductas de auto cuidado

Manejo familiar.- El RM constituye una situación de crisis para la familia. Los padres reaccionan con las fases:

- Fase Inicial. - de choque que predomina la confusión, extrañeza y sentimientos de que el diagnóstico es falso.
- Fase Segunda. - sigue la depresión, culpabilidad, rabia, impotencia e intento de negación.
- Fase Tercera.- la reintegración en la cual se llega a la aceptación del problema con la posibilidad de ayudar al niño de una manera adecuada.

Clasificación de los trastornos mentales graves

a) **Trastornos del desarrollo.** - De acuerdo al DSM – III. En el CIE (10), se denomina retardo selectivo del desarrollo. Se caracteriza por la dificultad para adquirir habilidades cognitivas sociales, motoras o de lenguaje. La demora puede ser generalizada (retardo mental). Afectar áreas específicas (matemáticas, lectura, escritura, lenguaje, función motora). O bien áreas múltiples (trastornos generalizados del desarrollo).

1. Autismo infantil o síndrome de Kanner.

Es la forma más severa de estos trastornos generalizados del desarrollo. Se presenta casi siempre antes de los 30 meses de nacido. Otros autores consideran como psicosis infantil, estos niños tienen dificultad de relacionarse se alejan y no tienen interés por las personas; carecen de la denominada “postura anticipada” para estirar los brazos para ser alzados y apegarse a la madre o a la persona que le cuida, no tienen contacto visual se irritan cuando se les toca, se diría que están más contentos cuando se les deja solos. No aprecian el peligro, no tienen límites viven en una situación caótica. Ofrecen resistencia a los cambios de ambiente ocasionándolos angustia irritabilidad presentan trastornos en el lenguaje y comunicación verbal y no verbal. Los niños autistas ignoran la utilidad de los objetos, pasan observando el objeto todo el tiempo ej. Cuando se le da un carrito el niño pasa observando a las ruedas que giran, pero no lo hacen funcionar como tal.

Realiza conductas estereotipadas y rituales ej. Fascinación por el movimiento continuo, mecerse o balancear el cuerpo, no desprenderse de un objeto. Las respuestas a estímulos sensoriales son exagerados o disminuidos, pueden tomarse por sordos o no responder, pero hay autistas que les gusta la música y se diagnostica principalmente con base en las anormalidades de conducta.

Etimología

Es bastante raro (2 a 4 casos x 10,000) y es más frecuente en niños que en niñas (3- 4:1) es 50 veces más frecuente en hermanos de niños autistas que en otros.

Etiología

Rutter describe compromiso en el procesamiento de la información secuencial auditiva, presencia de actividad convulsiva generalizada de tipo Gran Mal. Neurofisiológicamente, hay deficiencia en el almacenamiento de información que pudiera alterar el procesamiento afectivo. No existe una zona cerebral de daño específico, sino que ha sido señalado áreas como corteza, cerebelo, fallo cerebral y aparato vestibular. La psicopatología de los padres y la alteración de sus relaciones con el niño, perjudican su integración con el entorno.

Diagnostico diferencial

Este debe hacerse con: Síndrome mentales orgánicos, agudos o crónicos, Epilepsia de lóbulo temporal, Esquizofrenia de la edad escolar o adolescencia, hipoacusia: La respuesta al sonido es inexistente, trastornos específicos del lenguaje, retardo mental.

Pronostico. - Si no desarrollan lenguaje de comunicación hasta los 5 años de edad tienen peor pronóstico.

2. Otros trastornos generalizados del desarrollo: DSM IV

- Síndrome de Rett: Es un trastorno degenerativo neurológico con deterioro de la comunicación, el comportamiento motor y el funcionamiento social, que se inició entre los 5 y 18 meses, tiene síntomas similares al autismo, pero se diferencia por trastornos de la marcha, escoliosis y convulsiones.
- Trastorno desintegrativo de la niñez: se caracteriza por un desarrollo normal verbal y social por los menos hasta los 2 años. Entre esta edad

y los 10 años se pierden las habilidades sociales, del lenguaje, de control de esfínteres y habilidades motoras. Presentan dificultad en las interacciones sociales, compromiso cuantitativo de la comunicación y patrones repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades y por eso se puede confundir con autismo.

- Trastorno de Asperger: Se aparece al Autismo por su compromiso en la interacción social, patrones rígidos y estereotipados de comportamiento. A diferencia del autismo no presenta demora clínica significativa en el desarrollo del lenguaje.

b) Trastorno del aprendizaje. - Se caracteriza por compromiso o demora en el desarrollo de habilidades específicas en las áreas del lenguaje y habla, visual - espaciales, académicas y de coordinación motora. Comienza siempre en la niñez. Son más frecuentes en niños que en niñas.

- Trastorno de lectura.- Compromiso marcado y significativo de la habilidad para el reconocimiento de las palabras y la comprensión de lectura. Se le conoce como dislexia. El escolar confunde las consonantes y al leer invierte sílabas o palabras (lectura en espejo), comete omisiones, adiciones y/o distorsiones, no siendo capaz de reconocer correctamente muchas palabras, A pesar de leer lentamente y con baja comprensión, el niño no tiene generalmente dificultad para copiar las palabras escritas que se le muestre en algún texto. Tiene en cambio abundantes fallas ortográficas y otros errores si se les dicta sin permitirles ver las palabras.
- Trastorno matemático.- Se observa compromiso en la habilidad aritmética.
- El trastorno se halla más marcado en el dominio de las 4 operaciones básicas (+, -, x:) que al desempeño en matemáticas ya más abstractas (álgebra, trigonometría, calculo, etc.).
- Trastorno de la expresión escrita.- El niño tiene dificultad para escribir y/o redactar textos, los cuales aparecen llenos de errores gramaticales, de puntuación o de organización de párrafos.

- c) Trastorno de comunicación.** - El lenguaje es un sistema jerárquico que combina sonidos y forma palabras, que arbitrariamente representa conocimientos de personas, objetos sucesos, relacionados e ideas.
- Trastorno de lenguaje expresivo. - Es una verdadera afasia del desarrollo (del griego a, negación, phasis - habla) llamada de BROCA, en la cual el niño entiende, pero no tiene el poder de utilizar lenguaje hablado expresivo. Así a los 2 años no emite palabras únicas; a los 3 años no hace frases de dos palabras etc.
 - Los sonidos no resultan claros, el vocabulario es restringido, no se seleccionan apropiadamente las palabras, hay errores de sintaxis y las estructuras de las palabras o frases son inmaduras.
 - Trastorno de lenguaje mixto. - Receptivo - expresivo - Es una falla para comprender o decodificar el lenguaje, en la cual la verbalización es reducida. Hay anomalías palabra - sonido, así como en la integración de estímulos auditivos y visuales, a pesar de un CI y audición normales. Afecta a más de un 3% de escolares. En casos leves puede haber solamente dificultad para comprender algunos tipos de palabras o frases.
 - Trastorno fonológico.- Dificultad de los niños, igualmente sobre los 4 y 7 años de edad, que consiste en una falla para articular los sonidos del habla produciéndose omisión, sustitución y/o distorsión. A groso modo dan la impresión de estar hablando a “media lengua”. Se afecta principalmente las consonantes como: R, F, Z (español) O Th (inglesa), L, Ch o Sh (inglesa, alemana, rusa) Esta alteración puede ser grave y llegar a producir un habla ininteligible, pudiendo sugerir un funcionamiento regresivo del niño, quien afronta entonces verdaderos conflictos emocionales y sociales al ser incapaz de comunicarse y expresarse correctamente. Puede mejorar con terapia.
- d) Trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH).** - Dificultad bastante común cuyo diagnóstico es la desatención, hiperactividad e impulsividad. Es conocido según la Etiología. Síndrome de daño y disfunción cerebral mínima.

Adopta la conducta de Síndrome hiperkinético; síndrome del niño hiperactivo. El TDAH, puede estar acompañado de problemas específicos de aprendizaje, en inteligencia normal, alteraciones de conducta, inmadurez, déficit preceptuales, motores y de coordinación, inestabilidad emocional, dificultad con compañeros, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y fracaso escolar etc.

Clínica se caracteriza por desatención; está presente hasta en el 85% de los niños con TDAH, con baja capacidad de concentración en un solo objeto o actividad que no excede de unos dos minutos. Parece no poder filtrar estímulos auditivos y visuales y diferenciarlos de los que no lo son. Frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas o actividades, a menudo evita, no gusta y esta poco dispuesto a acometer tareas que requieran esfuerzos mentales sostenido (tareas escolares o del hogar). A menudo distraído por estímulos extraños y es olvidadizo de sus actividades cotidianas. Hiperactividad: Más notorias en situaciones que requieren precisamente de la inhibición motora. En el salón de clase no pueden mantenerse sentados, sino que saltan, corren, se agitan y hablan a sus compañeros o cogen los objetos. El niño tiene a menudo agitación de manos y pies o se retuerce en el asiento, en el salón de clase abandona la carpeta o silla, corre por todas partes o se trepa demasiado, actúa como si tuviese un motor, habla excesivamente, grita, etc. Los padres se quejan que su niño no puede obedecer a las órdenes porque se mantienen inquietos. Impulsividad: Los niños actúan sin pensar ni considerar alternativas, en su continuo cambio de actividades y dificultad para organizar tareas. Hacen comentarios fuera de tiempo, no escuchan las instrucciones que se les imparten cuando ya han empezado a hacer algo que no van a terminar, frecuentemente interrumpe o se entromete con la gente (interrumpe conversaciones o juegos). No son aceptados por los pares (niños de la misma edad, sexo, condición social, grado de escolaridad). Hallazgos físicos de laboratorio, compromiso de coordinación motora fina, inapropiadas para la edad, fallas en movimientos rápidos, reflexión y extensión de los dedos, pobre coordinación para colocarse en prona y supinación. Epidemiología puede presentarse el TDAH en el 3 - 10% de la población escolar, siendo 10

veces más común en el sexo masculino. Etiología. Factores pre y perinatales orgánicos: Hay mayor frecuencia de hemorragia vaginal y pre eclampsia con un 20% de prematuros y niños de bajo peso al nacer. Es probable hallar anoxia, encefalitis, envenenamiento, traumatismos etc. Factores genéticos: alta incidencia de psicopatología en las familias de los niños con TDAH. Los estudios cromosómicos son negativos. Factores psicosociales: Ambientes caóticos o desorganizados, o maltrato infantil. Rutter al investigar en niños encontró que la ingesta excesiva de carbohidratos y/o aditivos alimenticios puede exacerbar los síntomas en niños susceptibles. Pronóstico: Una tercera parte de los niños con TDAH, continuaran mostrando algunos signos del trastorno en su edad adulta. En general los síntomas disminuyen marcadamente alrededor de los 14 o 15 años de edad.

Tratamiento psicológico.- Incluye psicoterapia, educacional, remediar y terapia familiar. Dentro del sistema educativo, la meta principal con el niño hiperactivo consiste asistirle en sus problemas de atención, aprendizaje y conducta.

- e) Trastorno de conducta.** - Caracterizados por un patrón persistente y repetitivo de conducta antisocial, agresiva y desafiante, en la cual se violan los derechos ajenos y las normas sociales esperadas para la edad. La alteración de la conducta se manifiesta en el hogar, en el colegio con los compañeros y en la comunidad. Estos menores frecuentemente son iniciadores de agresiones físicas, destrucción de propiedad ajena (incluyendo robo e incendio) y muestran crueldad hacia otras personas y animales. Una duración mínima de 6 meses en las perturbaciones de la conducta, son necesarios para hacer el diagnóstico, es más común en varones. Pueden presentarse ansiedad, depresión, expulsión escolar, problemas con la justicia, fármaco dependencia, infecciones venéreas, accidentes, peleas y suicidio.
- f) Trastorno de ansiedad en la infancia.** - La infancia básica en el niño, es un sentimiento de pequeñez, insignificancia, desprotección, abandono y peligro frente a un mundo percibido como abusivo, atacante, humillante, traidor y envidioso.

Una buena parte de la psicopatología del adulto se deriva muchas veces, precisamente de los primeros intentos del niño por protegerse del estrés o de los conflictos emocionales. El niño debe aprender a emplear tres formas fundamentales de relación para el manejo de la ansiedad.

Acercase a la gente: Si el niño dice “si me acerco a los demás y cedo ante ellos no me harán daño”, entonces resultarán individuos dependientes, inseguros, pasivos, sumisos, incapaces de ayudarse, requiriendo protección y temores de éxito.

Irse contra la gente: Si el niño dice “si soy fuerte y atemorizo a los demás, evitare que me hagan daño” entonces son personas agresivas, ambiciosas, hostiles, bravas, arrogantes, desconfiadas, grandiosas y demandantes.

Aislarse de la gente: si el niño dice “si me mantengo lejos, no me harán daño” se trata de un nivel bajo de energía, con resistencia pasiva y alejamiento de las relaciones íntimas, el niño y la niña en un medio favorable, irán aprendiendo paulatinamente a utilizar de manera coherente y elástica estas tres modalidades. En el trastorno de ansiedad se considera:

- Trastorno de ansiedad de separación: Es el temor excesivo a estar alejado de las figuras de apego (papá o mamá). Los niños con este trastorno ofrecen dificultad para salir, visitar a sus amigos o permanecer solos. Los síntomas de esta modalidad ansiosa fluctúan entre dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea y cefalea. Diagnostico Diferencial: Debe hacerse con la ansiedad normal del niño que ocurre como fase normal del desarrollo, entre los 8 y 40 meses aproximadamente. Durante la denominada fase de separación - individuación, en la que el niño juega a explorar su entorno desconocido, siente temor regresa a su madre y emprende de nuevo. Tratamiento Debe abarcar una asesoría a los padres en sus propios conflictos e inquietudes alrededor de la separación, con el fin de que eviten estimular dicha ansiedad en el niño.
- Trastorno sobre ansioso. - Son niños excesivamente preocupados y miedosos, sin que sus temores tengan relación a situaciones específicas, sino más bien a posibles sucesos futuros o accidentes, se angustian

pensando que no podrán desempeñar correctamente alguna tarea o que no alcanzarán a tenerla lista en la fecha indicada. La psicoterapia también será indicada y se hace extensiva a la familia.

- Trastorno de evitación. - Es un alejamiento persistente del contacto con extraños, apartando al niño de tal manera, que interfiere en sus relaciones con otros niños. Estos niños se cuelgan de quienes los cuidan habitualmente, susurrándolos algunas pocas palabras y muestran ansiedad y llanto a la menor indicación de comunicarse con un extraño. Los síntomas duran más de seis meses, el trastorno se presenta desde los 2 años y medio.
 - Trastorno de pánico en niños. - Muchos adultos han reportado que su pánico se inició en la niñez. Estudios relacionados han determinado que la edad de iniciación de este trastorno es entre los 15 y 19 años.
 - Rivalidad con hermanos. - Consiste en que una alta proporción de niños exhibe algún grado de trastorno emocional luego del nacimiento de un hermano menor, aunque generalmente es leve, el trastorno puede tomarse bien persistente, debe diagnosticarse únicamente si: Se inicia en los meses siguientes del nacimiento de un hermano inmediatamente menor. El trastorno emocional incluye elementos que indiquen con toda claridad rivalidad o celos por el otro hermano menor.
 - Estrés anticipatorio en niño y adolescente. - Los síntomas como reexperimentar el suceso traumático, evitación de estímulos asociados al trauma, entendimiento global del interés y aumento en el despertar, suceden en niños y adolescentes frente a predicción de desastres.
- g) Trastorno del TIC,** es un movimiento o vocalización irresistible, rápida, recurrente, no rítmica, súbita e involuntaria, que puede suprimirse durante un tiempo. Puede ser: motores o vocales. Motores Simples: Parpadeo, sacudir los hombros o encogerlos, muecas faciales. Vocales Simples: Toser, carraspear, gruñir, olfatear. Motores Complejos: Gestos faciales, estar arreglándose, golpearse o morderse, lanzar, tocar, patear, u oler algún objeto.

Vocales complejos: Repetir palabras o frases fuera de contexto, tartamudeo, se considera al trastorno de tourette. -síndrome de Gilles de la Tourette. - el cuadro más clásico se caracteriza por la presencia de tics motores múltiples durante un periodo mayor del año, acompañado por lo menos por tic vocal.

h) Trastorno de eliminación.

- Encopresis. - Es una defecación repetida, voluntaria o involuntaria, en lugares considerados inapropiados, dentro del medio socio - cultural. El accidente debe ocurrir al menos una vez al mes, durante los últimos 6 meses y el niño debe tener una edad cronológica de 4 años. Los factores pueden ser orgánicos o psicológicos o ambos; la defecación se torna conflictiva y su capacidad para controlarla es cada vez menos.
- Enuresis. - Es una eliminación involuntaria de orina, diurna y/o nocturna, por encima de los 5 años de edad, no debida a enfermedades orgánicas que pudieran alterar el control vesical (problemas neurológicos, ataques epilépticos o anomalías anatómicas de las vías urinarias). Su prevalencia es de 7 a 8% en niños y 3 a 4% en niñas. El tratamiento es básicamente entrenamiento del esfínter y modificación de conductas, orientación al niño y su familia y con menos frecuencia farmacoterapia y psicoterapia.

i) Trastornos psicóticos. Se caracteriza por presentar alteraciones en la percepción, pensamiento, emoción, conducta e integración. Las psicosis infantiles comprometen las relaciones con la realidad y con los objetos. Se dividen en:

- Psicosis tempranas.- Autismo infantil, psicosis simbiótica (de interacción) y mixtas o atípicas.
- Psicosis de edad escolar. - Esquizofreniformes, esquizo - afectivas o enfermedad maniaco - depresiva incipiente.
- Psicosis de la pre y adolescencia. Confusionales y esquizofrenia del tipo adulto.

j) Trastornos psicofisiológicos o psicósomáticos. Los factores psicológicos y emocionales afectan procesos somáticos, Se encuentran los siguientes:

- Piel. - neuro dermatitis, sudoración excesiva, dermatitis, prurito y acné.
- Aparato osteo - muscular. - cefaleas tensionales, mialgias de diferente localización.
- Aparato respiratorio. asma bronquial, hiperventilación, rinitis alérgicas, sinusitis y otros.
- Aparato cardiovascular. - taquicardias, espasmos vasculares periféricos, migraña, epistaxis, hiper o hipotensión arterial.
- Sangre o sistema linfático. - alteraciones hematológicas sensibles a manifestaciones de angustia.
- Aparato gastrointestinal. - anorexia, náuseas, vómito, todo tipo de dolor abdominal, hiperacidez, dispepsia, megacolon, constipación, diarreas inespecíficas, obesidad. En la pre y adolescencia se puede presentar: úlceras pépticas, anorexia, colitis ulcerativa.
- Aparato genitourinario. - amenorrea, dismenorrea, leucorrea, erecciones frecuentes y priapismo (erección prolongada del pene).
- Endocrinos. - trastorno del crecimiento e hiperinsulina o hipoinsulina.
- Sistema nervioso central. - neurastenia, epilepsia idiopática, trastorno del equilibrio y del sueño.
- Órganos sensoriales. - Principalmente auditivas visuales.
- Otros.- no clasificados en las anteriores.

Intervención de Enfermería en Psiquiatría en niños y adolescentes

- La intervención prioritaria se da en la alteración de conducta, la intolerancia a la frustración, la impulsividad y no saber esperar para conseguir lo deseado; tendencia a la hostilidad, descontrol de impulsos y búsqueda de sensaciones.

- El entrenamiento en habilidades sociales en el amplio sentido de la palabra promueve comportamientos sociales, desarrollando la empatía y utilizándola como factor modulador.
- Reflejo de la conducta inadecuada del adolescente, con sugerencia de pautas comportamentales alternativas.
- Asesoramiento sobre el trastorno y entrenamiento de afrontamientos asertivos durante la intervención.
- Escuchar activa y útil sobre las dificultades, incidiendo en la modificación de la conducta problemática, inadecuada o inhábil socialmente.
- Apoyo y drenaje emocional del malestar generado por la situación desencadenante del ingreso.

TRASTORNOS SEXUALES DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA



www.google.com.pe/search?q=familia+padre+madre+e+hijo&source

De acuerdo con Thompson JS, Thompson MW (1996), la evaluación, etiología y clasificación de la sexualidad humana. - Se realiza a través de la historia clínica, se recomienda entrevistar por separado a cada miembro de la pareja inicialmente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El tipo de problema sexual, antecedentes personales (infancia), educación sexual, la relación de pareja (aspectos sexuales, hijos, anticoncepción, infidelidad), intereses personales, creencias religiosas, historia psicológica y psiquiátrica, uso de drogas, alcohol.

- Examen físico (evaluar enfermedades, cirugías previas, en el hombre evaluar la existencia de ginecomastia, tamaño y simetría del pené, testículos, prepucio, anomalías congénitas, en la mujer evaluar genitales internos y externos).
- Exámenes de laboratorio. - Tumescencia penil nocturna, exámenes urológicos especiales para la evaluación de la hemodinámica y conducción nerviosa, niveles sanguíneos de prolactina, estrógeno, testosterona, LS, FSH, extendido vaginal y glicemia.

Tabúes que tienen efectos ansiolíticos. -

- El hombre siempre debe estar dispuesto para una relación sexual.
- La relación sexual solo debe ser iniciada por el hombre de lo contrario es inmoral.
- Cuando un hombre obtiene una erección se espera de estar siempre un orgasmo.
- El sexo debe ser siempre natural y espontáneo, hablar de él o de otras maniobras le hace perder su parte excitante.
- Todo contacto físico debe terminar en un acto sexual.
- La masturbación es sucia e inmoral.

Desde el punto de vista psicológico. -

- Factores predisponentes
 - La crianza con normas inflexibles y experiencias sexuales traumáticas de la infancia.
 - Trastorno en las relaciones familiares
 - Educación sexual inadecuada.

- Factores precipitantes
 - Terminación del embarazo
 - Infidelidad
 - Una falta de desempeño sexual
 - Reacciones a factores orgánicos: envejecimiento natural
 - Depresión y ansiedad
 - Violación
 - Discordias entre la pareja.
- Factores de Mantenimiento
 - Ansiedad anticipatoria del fracaso
 - Ideas de culpa
 - Pérdida de culpa
 - Pérdida de atracción y escasa comunicación entre la pareja
 - Temor a la intimidad
 - Discordias persistentes
 - Caricias sexuales disminuidas
 - Trastornos psiquiátricos.
- Trastorno de la identidad del genero

Se refiere al reconocimiento propio de ser hombre o mujer, a demostrarlo en público a través del comportamiento y el vestir de cada sexo.

Etiología. - Es poco conocida, no hay diferencias anatómicas genéticas ni hormonales con otros miembros del mismo género biológico. El hipotálamo del sexo masculino es 2,5 veces mayor desde la edad temprana, esta es una

teoría y otra es la influencia endocrina prenatal sobre el desarrollo del sistema nervioso central como un factor de importancia

Criterios para diagnóstico. -

- Identificación fuerte con el otro sexo, manifestado por el deseo de ser
- Expresión por vestirse con prendas del otro sexo juegos, actividades, etc.
- Inconformidad con el sexo asignado
- Estrés o alteración social u ocupacional.

La prevalencia de este trastorno es de 3,5 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino. Estas cifras se extraen con base de individuos que consultan para cirugía de reasignación de sexo. Solo un pequeño porcentaje de niños con este diagnóstico persisten con estos síntomas hasta la adolescencia o vida adulta.

Tipos.

Homosexualidad. - Es quién en la vida adulta está motivado por una atracción erótica exclusiva o preferencial hacia miembros del mismo sexo. La cual usualmente (pero no siempre) se acompaña de relaciones sexuales con estos.

- Clasificación. -
 - Endógena. - Relacionada a factores biológicos y genéticos.
 - Exógeno. - Relacionada a patologías orgánicas o psiquiátricas.
- Etiología. - Desconocida. El comportamiento homosexual se aumenta en condiciones de escasez de posibilidades de sexualidad como las prisiones y es más frecuente en culturas donde no existe la estimación. 12% de los hombres consultaron por problemas relacionados a la homosexualidad y un 5% mujeres al lesbianismo.

- Pronóstico. - Depende de muchos factores tales como la causa y naturaleza de la homosexualidad, la edad del individuo y la cronicidad, la motivación para el tratamiento, el ajuste familiar y la estabilidad personal en general.

Parafilia. - Representa a los individuos que requieren para su excitación y gratificación sexual, de objetos o acciones eróticas, insólitas y extrañas. El parafílico de manera preferencial o exclusiva recurre al uso de imágenes mentales extrañas, objetos inanimados (afiches), Objetos no humanos (animales), prácticas sexuales con humanos que conllevan sufrimientos y humillación (sadomasoquismo), actividades sexuales forzadas con menores (pedofilia), las parafilias se dan en individuos psicosexualmente inmaduros con serios trastornos de la personalidad. Rara vez experimentan sentimientos de culpa o vergüenza y casi nunca buscan ayuda médica por iniciativa propia.

Exhibicionismo. - Exposición repetida de los genitales a mujeres extrañas usualmente jóvenes con el fin de sorprenderlas y aterrorizarlas. Ocurre exclusivamente en hombres entre los 20 y 40 años.

Sadismo y masoquismo sexual. - Causar sufrimiento físico o psicológico a otra persona con el propósito único de obtener gratificación sexual, es lo que caracteriza al sadismo. El masoquista por el contrario obtiene excitación y gratificación sexual por medio del dolor y humillación que recibe antes o durante el acto sexual.

Voyerismo. - Mirón erótico patológico, obtiene gratificación sexual mirando a otros en relaciones sexuales o a mujeres desprevenidas o en procesos de desvestirse

Pedofilia o paidofilia. - Ocurre cuando el individuo mayor de 16 años tiene fantasmas eróticos con niños. Tanto los niños víctimas como los pedófilos en general pertenecen a un mismo grupo familiar o social, o forman parte de un vecindario. El pedófilo heterosexual prefiere a los niños menores, el pedófilo homosexual prefiere a niños mayores (10 - 12).

Zoofilia (bestialismo). - Uso repetido de animales como método preferido o exclusivo de obtener excitación y satisfacción sexual.

Fetichismo. - Uso de objetos inanimados (fetiches) para obtener satisfacción sexual. Prendas femeninas, botas, etc. rara vez una parte del cuerpo.

Travestismo. - Hombres heterosexuales que al vestirse de mujeres experimentan excitación sexual.

Froterismo. - La excitación viene a tocar o rozarse con una persona que no lo consiente. Suele practicarse en lugares concurridos, transportes públicos, etc. hacer diagnóstico diferencial con retraso mental o esquizofrenia.

Disfunciones sexuales

Dificultad persistente en el desempeño de los patrones normales de interés y de respuesta sexual.

- Factores orgánicos. - Determinadas enfermedades o algunos fármacos.
- Factores psicológicos. - Ansiedad, procedente del temor ante el fracaso.

Se debe identificar las dimensiones:

Primario. - La existencia y continuidad de la disfunción sexual desde el momento inicial de la Sexualidad de la persona.

Secundaria. - Una dificultad de aparición posterior o periodos previos de sexualidad de nivel satisfactorio.

Situacional. - Relacionado a circunstancias particulares y libres de disfunción sexual en otras.

Disfunción sexual presente en todas las circunstancias.

- Trastorno de deseo sexual. - Se presenta más en las mujeres que en los hombres, se relaciona con experiencias negativas durante la infancia, posparto o la depresión en los hombres por disfunción eréctil.
- Trastorno de la excitación sexual. - Se caracteriza por un fracaso de las respuestas fisiológicas ocurridas normalmente durante esta fase, en particular la ingurgitación y la lubricación vaginal. Se relaciona a situaciones ansiogénicas

como el temor al embarazo o a una pareja inexperta y se asocian a la dispareunia. También durante el posparto y la menopausia debido al cambio hormonal.

Master y Jonhson en 1970, clasificaron las disfunciones sexuales de la mujer en 3 categorías: disfunción orgásmica, vaginismo y dispareunia. En el hombre en: importancia, eyaculación prematura, incompetencia eyaculatoria y dispareunia.

- Disfunción orgásmica. - Generalmente los mecanismos del deseo y la excitación son normales, encontrándose un bloqueo no de origen fisiológico, sino de insuficiencia de estimulación táctil durante el coito.
- Vaginismo: imposibilidad para el coito por dolor extremo debido a un espasmo de los músculos que rodean la entrada de la vagina. El espasmo es de forma automática o primaria y secundaria por infecciones, traumas o cicatrices estrechas de episiotomías.
- Dispareunia: Dolor durante el coito se asocia a factores físicos como la falta de lubricación vaginal y respuestas de excitación insuficientes.
- Fobias sexuales. - Temor extremo, con o sin evitación a todos o algunos de los componentes de la sexualidad. Más prevalentes en mujeres asociado a disfunciones sexuales o a trastornos del deseo sexual. Puede ser a la fase prodrómica del coito específica al semen, a tocar el pene a retraer el prepucio.
- Disfunción eréctil. - Llamado también “impotencia” es una condición en el cual el hombre se encuentra imposibilitado para la penetración durante el coito, debido a una falta de erección parcial o total. Las causas médicas se relacionan o trastornos del riesgo sanguíneo, trastornos neurológicos, trastornos de las hormonas sexuales, endocrinopatías como diabetes y tóxicos como el abuso de alcohol.
- Eyaculación prematura. - El control de la eyaculación es hasta cierto grado voluntario y varía desde 2 a 10 - 15 minutos después de una penetración vaginal o estado de alta excitación.

El eyaculador prematuro pierde el control eyaculatorio obtenido un orgasmo involuntario en un tiempo diferente (anterior) al deseado.

- Eyaculación retardada. - Esta condición se refiere a la imposibilidad para alcanzar el orgasmo y eyacular, a veces conservando la erección hasta por un tiempo mayor de una hora. Se asocia al uso de antihipertensivos y antidepresivos. Estimulación a solas.

EMBARAZO: PERSPECTIVAS MATERNALES Y FETALES - EMBARAZO COMO PERIODO FISIOLÓGICO DE TENSIÓN PSÍQUICA.



www.google.com.pe/search?q=mujer+embarazada&source

La Organización Panamericana de la Salud (2011), describe al embarazo es un proceso psico-biológico para el cual las mujeres llegan con diferente preparación. Se divide en tres trimestres, cada uno tiene características propias:

- Primer trimestre, Es “del conocimiento”, la mujer sabe que está embarazada” considerada como diagnóstico presuntivo y real de la gestación. Este dado por las modificaciones orgánicas que la mujer nota en su actividad diaria. Donde se mezclan sus náuseas matutinas (emesis), su sensación salival excesiva (sialorrea), su marcada astenia que no siempre coincide con hipotensión arterial y el sentirse mal junto con su amenorrea y su exagerada congestión mamaria; todo esto lleva al diagnóstico real. Se dice que los vómitos persistentes expresan un conflicto profundo como rechazo a la gestación, odio inconsciente al niño, inestabilidad emocional. Otros síntomas frecuentes son la pirosis o ardor estomacal, estreñimiento, predisposición a caries dental. La reacción biológica e inmunológica del embarazo implica una aproximación parcial o total que divide a

dos seres humanos. A él (médico-obstetra) confiará la salud física y mental de dos seres, esta relación se iniciará en las características que adquiere esta etapa del embarazo, se divide los antecedentes de la mujer, hay abortos especialmente si fueron provocados y anteriores al matrimonio, el grado de confianza que su médico le inspire la llevará a comunicárselo o no, de la actitud y comprensión de éste dependerá que la grávida pueda aliviar su culpa y no tener que influir relativamente en su estado actual.

- Segundo trimestre, de la aceptación del embarazo. Es frecuente la aparición de dificultades en la libido. La mujer se siente lograda, tiene dentro de su útero un ser humano que vive, se mueve y la pertenece integralmente. Por ello tras el aparente temor a la lesión o malformación del niño, existe el logro de su condición de mujer y, acuerdo a su personalidad más o menos femenina, aceptará o no la vida sexual. Es función del médico informar que fisiológicamente no existe dificultad alguna para la relación sexual, rompiendo uno de los clásicos tabúes de la abstinencia durante el embarazo. Es esta etapa la mujer nota cambios en su esquema corporal:
 - Presenta cambios en los ovarios, trompa, vagina, pelvis y mamas; el mayor cambio se aprecia en el útero, que de pesar entre 70 y 80 gr. en mujeres no gestantes llega a pesar 1kg. Al final del embarazo.
 - El gasto cardiaco se eleva entre 30% a 50%, aumentando aún más durante el parto.
 - Existe disminución de la actividad hepática y vesicular, siendo los cálculos biliares más frecuentes en las multíparas.
 - Hay aumento en el consumo de oxígeno y en la frecuencia respiratoria, que son causa de la fatiga que expresan las gestantes.
 - Existe mayor necesidad de hierro para cubrir las necesidades de mayor volumen de glóbulos rojos, feto y placenta. Gran proporción de mujeres de un sector socio económico bajo han demostrado que el 70% de nuestro medio sufren de anemia (produce fatiga, mareos, debilidad, somnolencias, cefaleas y taquicardias).

Es el periodo que podríamos llamar de la “adolescencia del embarazo”. No es niña, ni adulta, su imagen frente al espejo es diferente. Actúa como adolescente. Tiene temor a que su cuerpo no retorne la forma previa al embarazo; por ello, experimenta reacciones de ellos y se activan mecanismos de regresión que la retraen a la niñez y adolescencia. Estos fenómenos se ven incrementados por actitudes de su pareja, que inconscientemente no siempre acepta la realidad del embarazo, como el hombre no siente los movimientos fetales pueden entrar en “competencia” con su mujer, tal vez porque la envidie. A consecuencia de esto puede aumentar exageradamente de peso o como reacción cuidar de su físico en forma muy exagerada.

- Tercer trimestre:

De la realidad. La grávida se enfrenta con algo irreversible; su parto es inminente. En este momento surgen las tres ansiedades básicas en toda gestante:

- El miedo al dolor está expresado el miedo a lo desconocido. Frecuentemente tiene dificultades en su vida sexual, desconoce su aparato genital y piensa que el niño nacerá a costa de ella, en este aspecto la preparación psicoprofiláctica para el parto ha demostrado su real valor, porque calma este tipo de ansiedades con la información que brinda.
- El miedo al hijo deforme especialmente el hijo con síndrome de down es universal, creemos que a nivel profundo la ansiedad se debe a la inmadurez de la mujer, que no se siente capaz de formar un hijo completo y sano
- El miedo a morir en el parto es fundamentalmente el temor a lo desconocido, es dejar una situación de seguridad y protección para introducirse en otra sobre lo que se han tejido infinidad de fantasías. Sabe que su rol es eminentemente activo y esto incrementa su angustia de muerte.

- Relación madre - niño

Podemos decir que la cualidad maternal se desarrolla a través de toda la vida de la niña (o) y está en íntima vinculación con su desarrollo y relación con la madre. Existe antes del embarazo y se manifiesta de diferentes maneras, aunque la mujer no llegue a cumplir la función de la maternidad; muchas mujeres subliman

estas tendencias a través de su entrega a los demás, el amor y cuidado de los niños.

Cuando la madre tiene a su hijo fuera del útero, se comunica a través de la lactancia, lo alimenta con su seno y lo comparte con el medio ambiente que lo rodea. En este momento se agregan dos hechos importantes:

1. La aceptación del Neonatólogo, que es la persona que la va a ayudar a enfrentar los “consejos” del medio ambiente y a orientar en la conducta física y psíquica de su niño.
2. La separación del ginecólogo, que actúa hasta ese momento como la figura de un padre bueno, adulto, comprensivo y que transfiere su rol al neonatólogo,

La relación madre - hijo, es importante en el recién nacido, para un buen desarrollo psíquico y físico del niño que va a influir en su personalidad durante la adultez.

La madre es la depositaria de los mensajes que emiten el niño(a) a través del llanto, la defecación, etc.

Intervención de enfermería en trastornos sexuales de la reproducción humana

La identificación de los problemas de la reproducción humana es una tarea de enfermería muy importante, debe tener bien claro los conceptos de sexualidad y género para realizar el plan de cuidado, saber identificar los aspectos físicos, biológicos, psicológico, trastornos de identidad de género, disfunción sexual, embarazo perspectivas maternas y fetales.

- Si la causa de la disfunción sexual es una pobre educación sexual y poca comunicación en la pareja en cuanto a la estimulación sexual que se desea, el ritmo etc., la terapia consiste en informar adecuadamente, entrenar conductas sexuales y restablecer la comunicación en esta área.
- Un fin importante de estas terapias es restablecer los estímulos sexuales en la pareja mediante ejercicios de sensibilización corporal.

- Si las dificultades son causadas por estrés fuera de la relación de pareja, es necesario encontrar las fuentes de estrés, ayudar a la persona a adaptarse a las condiciones estresantes, y enseñar a la pareja a usar la sexualidad como un método de reducción de estrés.
- Si las dificultades son debidas a resentimientos en la pareja, es necesario ayudarla a reconstruir su relación en base al presente y el futuro y a hacerle consciente de que la sexualidad no es conveniente que se use como un arma de ataque, sino como un método de reconciliación.
- Si las dificultades son debidas a ansiedad por circunstancias como el lugar donde se tienen relaciones sexuales, miedo al embarazo, miedo a ser descubiertos, u otras ansiedades circunstanciales, es indispensable ayudar a la pareja a tomar las medidas necesarias para mejorar las circunstancias y reducir la ansiedad.

PSIQUIATRIA GERIATRICA



www.google.com.pe/search?q=edad+vejez&source

Ribera J, M, Cruz A-J. (1997) describen a la Vejez como una etapa normal del ciclo vital. se subdivide la vejez, según la capacidad de la persona de manejar la independencia así:

Senectud: como manejo total de la independencia

Senilidad: con grados variables de dependencia, hasta llegar a no poder cuidar de sí mismo.

Existen creencias erróneas sobre la vejez, y el envejecimiento alguno como: El viejo es improductivo le falta compromiso, es inflexible y rígido, está en decadencia intelectual, la vejez como sinónimo de aislamiento y depresión, el tabú de la sexualidad en el viejo cuya presencia es vetada por la cultura.

Envejecimiento normal. - La visión del envejecimiento normal incluye aspectos como biológicos, sociales, familiares y sexuales, lo biológico exige evaluar el declive fisiológico y la frecuente coexistencia de enfermedades, los cambios psicológicos, hay descenso de la capacidad intelectual, el aspecto social, la ancianidad no confiere estatus por sí sola, como ocurría anteriormente. Se habla del "rol sin rol". La familia debe satisfacer una gran variedad de necesidades físicas, alimenticias, vivienda, cuidados de enfermedades facilitando la calidad de vida de la persona. La sexualidad humana implica placer, por estudios realizados en las últimas 2 décadas, la presencia y la conservación de la actividad sexual tarde en la vida, siempre y cuando exista una pareja estable, adecuada y armónica, dándose una frecuencia coital de una vez a la semana en el 70% de las personas por encima de los 70 años. Los factores facilitadores de la adaptación al cambio con el fin de mantener un funcionamiento sexual gratificante como la presencia de amor convivencia armónica, disfrute de intimidad con gran cercanía emocional comunicación abierta, incluir los temas sexuales, carencia de hostilidad, críticas destructivas, etc. La ausencia de las características mencionadas, pueden manifestar disfunciones sexuales tempranas y pérdida del disfrute sexual.

Factores que dificultan la adaptación al cambio:

Estereotipos culturales. - Los orientales negativizan a la vejez por pérdida de la sexualidad y presenta la juventud por la actividad y disfrute sexual. Esto bloquea la creatividad, la conducta sexual, la expresión afectiva y la comunicación.

Conflictos intrapersonales. - provienen de ansiedad relacionados con la edad o con la sexualidad, las cuales requieren un manejo individual.

Conflictos interpersonales. - se derivan de falla en la armonía marital, conductas hostiles, mala comunicación, falta de seguridad personal frente al envejecimiento.

Disfunciones sexuales. - El 50% de las disfunciones sexuales en personas mayores de 50 años son secundarias en enfermedades que comprometen los órganos sexuales o efectos secundarios de los medicamentos.

Etiología psicológica de las disfunciones sexuales; depresión, alcoholismo, ansiedad, demencia, esquizofrenia

Evolución y tratamiento

La evolución de los pacientes con disfunciones sexuales requiere de una historia clínica psiquiátrica y sexual exhaustiva de todos los cambios ya mencionados y disfunciones sexuales, así como posibles medicamentos ingeridos durante el tratamiento.

El tratamiento es netamente preventivo dando a conocer los cambios fisiológicos de su función sexual y promover cambios adaptativos para conservar al máximo el disfrute sexual y se debe llevar cada uno de los especialistas en caso de procesos patológicos asociados.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA VEJEZ

1.- Trastornos mentales orgánicos. - Los cuadros de mayor incidencia en este grupo son:

- Demencias. - Tiene una prevalencia por encima de 65 años en 5 - 10% secundarios a la enfermedad Alzheimer. El paciente y su familia observan pequeños olvidos que progresan hasta alteraciones de la memoria, intranquilidad o apatía, repeticiones en el lenguaje o en sus actividades, menor rendimiento intelectual, desorientación en lugares conocidos y aún en su propio hogar. Aparecen trastornos neurológicos en sistema motor, en sistema sensitivo, visual. Aparecen trastornos neurológicos en sistema motor, en sistema sensitivo, visual. Hay subdivisiones como:
 - Enfermedad de Alzheimer: Es de origen primario, probablemente hereditario. El pronóstico es muy pobre.

- Demencia no Alzheimer: Algunas de estas demencias son adquiridas (vasculares) y otro probablemente hereditarios (Enf. de PECK).

Tratamiento. - Las demencias deben ser tratadas con psicofármacos y otras terapias, la combinación de ambas es la ideal.

- Delirium. - Los cuadros orgánicos cuya sintomatología es la capacidad para mantener la atención y dirigirla a estímulos nuevos. Se altera la orientación y la memoria rápidamente se desorganiza el pensamiento con un lenguaje vago e incoherente. Aparecen disturbios sensoriales especialmente visuales y auditivos, agitación motora; se invierte el sueño - vigilia miedo y ansiedad marcada que pueden inducir intento de fuga, agitación, destrucción de objetos y agresiones a otros o así mismo. Puede aparecer depresión e intento de suicidio.

Tratamiento. - Manejo de la causa orgánica en forma rápida, ambiente con el mínimo de estímulos.

- Síndrome orgánico del estado de ánimo. - tipo depresivo, perturbación del estado de ánimo semejante a un episodio depresivo mayor, pero atribuible a una causa orgánica como la insuficiencia cardiaca congestiva, pulmonar, hepática, renal, cáncer etc. SIDA, (lupus eritematoso sistémico) Desórdenes metabólicos, efectos secundarios de medicamentos el tratamiento es con antidepresivos, sin que hasta el momento se haya encontrado mejor respuesta entre los diversos grupos farmacológicos.
- Trastornos de ansiedad. - El correcto diagnóstico de los desórdenes de ansiedad en el paciente geriátrico es particularmente difícil por la marcada frecuencia a ser expresada con síntomas somáticos y por la alta sobreposición de los estados de ansiedad de origen orgánico asociada a varias enfermedades físicas y sus respectivos tratamientos, los desórdenes de ansiedad no guardan una relación directa con el envejecimiento, parecen ser más de la edad media. El tratamiento más utilizado son las benzodiazepinas fármacos de elección para los desórdenes de ansiedad agudos o subagudos. En pacientes geriátricos se usa los de acción corta oxazepam o alprazolam, o los de acción intermedia como el lorazepam.

2.- Trastorno de afecto

- Depresión mayor. - La identificación de un cuadro depresivo en el anciano suele ser difícil por diversos factores, algunos dependientes a la actitud negativa que sienten por esta etapa de la vida, considerando como severo, inevitable y progresivo deterioro de la persona, clínicamente existen variaciones en su presentación:
- Depresión Psicótica. - representa el 40% de las hospitalizaciones. Es fácil diagnosticar cuando los síntomas se presentan en forma secuencial Ej. cambio en el afecto y en las funciones neurovegetativas seguidos por alucinaciones e ideas delirantes de tipo de persecución o temor a tener una enfermedad incurable.
- Depresión enmascarada. - Las quejas somáticas remplazan las alteraciones del afecto.
- Pseudo demencia depresiva. - el 22 % de hospitalizados son por esta causa y presentan demencia enmascarada por una severa depresión.
- Anorexia marcada. - Es frecuente la presencia de una anorexia marcada con ausencia de otros síntomas neurovegetativos depresivos y ánimo aparentemente normal. El estado de inanición es considerado como una forma pasiva de suicidio.
- Comportamiento regresivo. - Son pacientes que gradualmente llegan a una inactividad física y marginación social, la depresión es mínima.
- Trastorno distímico. - Se produce el cuadro depresivo mayor, inadecuadamente tratada con antidepresivos.
- Trastorno bipolar. - presentan hipomanía o manía, ansiedad marcada, irritabilidad, agresividad, delirio de persecución.

El tratamiento es a base de antidepresivos, tricíclicos los más indicados serían los secundarios por tener menos efectos cardiovasculares anticolinérgicos y sedantes.

- 3.- Alcoholismo. - Son criterio para considerar una persona anciana alcohólica se relaciona más con la presencia de problemas físicos psíquicos y sociales concomitantes con el consumo de alcohol que la dosis de ingestión. La prevalencia del alcoholismo por encima de los 65 años es diferente a los reportes de 3.7%. es bien conocido el efecto depresor del alcohol sobre el SNC, el cual contribuye en un 12% a la prevalencia de los desórdenes del afecto, se ha observado mejoría de los síntomas depresivos con la sola supresión alcohólica.
- 4.- Abuso de otras sustancias. - Estudios recientes hablan de una dependencia acerca al 14. - 25% de la población geriátrica no institucionalizada el listado de drogas es sedantes e hipnóticos. Analgésicos narcóticos y no narcóticos. Estimulantes simpático-miméticos.
- 5.- Trastorno somatomorfos. - De los 7 desórdenes somatomorfos descritos en el DSM – III la hipocondría es la de mayor incidencia en la vejez, especialmente el desorden idiopático de dolor, acude a la consulta por dolor probablemente sin mecanismo pato fisiológico.
- 6.- Trastornos adaptativos. - Dada la marcada incidencia de factores estresantes de tipo biológico, psicológico y social, durante la vejez, es necesaria la adaptación a los cambios en la etapa de su vida.
- 7.- Presbiofrenia. - **Es** una forma particular de demencia senil, caracterizada por amnesia, desorientación y fabulación. El paciente confunde a parientes con desconocidos y viceversa. Hay un menoscabo bastante efectivo en la memoria de los hechos recientes, los antiguos recuerdos parecen mejor conservados. En cuanto a la topografía de la lesión causante de la Presbiofrenia, según Porot, la disparidad de lesiones cerebrales constatadas en estos pacientes impide hallar de un sustrato cerebral específico, también plantea en 1977 que el paciente a menudo, incurre en falsos reconocimientos. Van Laure 1964, enfatiza que el cuadro ataca principalmente a las mujeres; se da un fondo alegre ingenuo e infantil, la actitud del paciente amable y juvenil, a menudo risueño.

Esta actividad superficial enmascara el deterioro real. Mantiene una apariencia correcta y muestra una relativa conversación, en especial de las funciones verbales, a menudo siguen siendo capaces por sus automatismos antiguos, de un buen sentido aparente y de respuestas apropiadas, éste cuadro puede comenzar por un delirio confusional alucinatorio, pero la mayor parte de los casos se presenta de un modo insidioso, lento y progresivo hasta alcanzar su cuadro típico. Estos pacientes ignoran el medio en que viven; no se dan cuenta de su edad.

- 8.- Enfermedad de pick. Consiste en atrofiaciones localizadas, ya sea del lóbulo frontal o temporal, que llevan a cambios tempranos en la personalidad y, más tarde, a problemas cognoscitivos. Es un cuadro raro y no tiene tratamiento conocido. Es una forma rara e irreversible de demencia que es algo similar al mal de Alzheimer. Sin embargo, la enfermedad de Pick tiende a afectar únicamente ciertas áreas del cerebro, mientras que el mal de Alzheimer puede afectar cualquier parte, los nombres alternativos son afasia progresiva primaria; Demencia semántica; Demencia frontotemporal; enfermedad de Arnold Pick fue el primero en nombrar paramnesia reduplicativa, además fue el primero en utilizar el término demencia precoz (en 1891), encabezó la escuela neuropatológica. Praga y uno de los miembros de la escuela fue Oskar Fischer Esta escuela fue una de las dos escuelas neuropatológicas, el otro estaba en Munich, donde Alois Alzheimer trabajaba en la Europa de entonces enmarcado la enfermedad de Alzheimer a través de los descubrimientos empírico. Las personas que padecen la enfermedad de Pick tienen sustancias anormales (llamadas cuerpos de Pick y células de Pick) dentro de las neuronas en las áreas dañadas del cerebro. Estos cuerpos y células de Pick contienen una forma anormal de una proteína llamada tau, que se encuentra en todas las neuronas. Sin embargo, algunas personas con la enfermedad de Pick tienen una cantidad o tipo anormal de esta proteína. La causa exacta de la forma anormal de la proteína se desconoce. Aún no se ha determinado una base genética para la enfermedad y la mayoría de los casos no son hereditarios, se da más en mujeres que en hombres. Se puede presentar en personas hasta de 20 años, pero generalmente comienza entre las edades de 40 y 60 años, con una edad de inicio promedio a los 54 años. La enfermedad puede progresar

lentamente. Con el tiempo, los tejidos en los lóbulos frontal y temporal comienzan a encogerse. Síntomas tales como cambios en el comportamiento, dificultades en el habla y deterioro de la capacidad intelectual ocurren gradualmente, pero siguen empeorando. La aparición temprana de cambios de personalidad ayuda a diferenciar la enfermedad de Pick del mal de Alzheimer. La pérdida de la memoria a menudo es el síntoma principal y más temprano del mal de Alzheimer. Las personas con enfermedad de Pick tienden a comportarse de manera inapropiada en diversos escenarios sociales. Los cambios en el comportamiento continúan empeorando y con frecuencia son uno de los síntomas más perturbadores de esta enfermedad. Algunos pacientes comenzarán con deterioro progresivo del lenguaje (dificultad para encontrar o entender palabras o para escribir). Los síntomas generales aparecen en lista a continuación:

Cambios en el comportamiento

- Incapacidad para conservar un trabajo
- Comportamientos repetitivos
- Comportamiento inapropiado
- Incapacidad para desempeñarse o interactuar en situaciones sociales o personales
- Problemas con la higiene personal
- Comportamiento repetitivo
- Aislamiento de la interacción social

Cambios emocionales

- Cambios abruptos en el estado de ánimo
- Disminución del interés por las actividades cotidianas
- No reconocer los cambios de comportamiento

- No manifestar simpatía, preocupación, empatía o calidez emocional
- Estado de ánimo inadecuado
- Indiferencia frente a los eventos o el medio ambiente

Cambios en el lenguaje

- Incapacidad para hablar (mutismo)
- Disminución de la capacidad para leer o escribir
- Dificultad para encontrar una palabra
- Dificultad para hablar o entender el lenguaje (afasia)
- Repetición de lo que se habla a las personas (ecolalia)
- Reducción del vocabulario
- Sonidos del habla débiles y sin coordinación

Problemas neurológicos

- Aumento del tono muscular (rigidez)
- Empeoramiento de la pérdida de la memoria
- Dificultades con la coordinación y el movimiento (apraxia)
- Debilidad

Otros problemas

- Incontinencia urinaria

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Es la demencia más común, considerada demencia es la pérdida irreversible de las capacidades intelectuales, incluyendo la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida

familiar, laboral y social autónoma. Conduce a un estado de dependencia total y finalmente, a la muerte.

DIFERENCIA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE LAS OTRAS DEMENCIAS

- Es una enfermedad de las edades avanzadas de la vida, y es tanto más frecuente cuanto mayores son las personas, pero hay formas precoces que comienzan a los 50 o 60 años y aunque muy raramente, incluso antes.
- Comienza e incluye siempre trastornos de la memoria que son ya desde fases muy incipientes, importantes desde el punto de vista funcional, es decir, que interfieren con las actividades. Todos tenemos trastornos de memoria, sobre todo en relación con el paso del tiempo y con el estrés, pero lo habitual es que desarrollemos estrategias para compensarlos, como, por ejemplo, apuntar las cosas que hay que comprar, llevar una agenda, etc. Aunque los fallos de memoria puedan, en alguna ocasión, jugaros alguna mala pasada, no ocurre así en general y podemos seguir trabajando, disfrutando de actividades de ocio, ocupándonos de nuestras familias y de nosotros mismos por mucho que vayamos diciendo "¡cada vez tengo peor memoria!". Al paciente con enfermedad de Alzheimer los fallos de memoria le van limitando, de manera progresiva, sus actividades. Al principio, la pérdida se refiere, sobre todo, a hechos recientes. En esa fase llama la atención que el paciente recuerde, e incluso le guste evocar una y otra vez, con todo detalle, hechos referentes a su infancia y juventud, lo que puede mantenerse incluso ya cuando no es capaz de recordar el nombre de sus nietos o cuándo es Navidad. Poco a poco, deja de recordar todo cuanto se refiere a sí mismo, su edad, dónde vive; confunde a sus hijos o piensa que su esposo es su padre. Hay que destacar, no obstante que, aunque a veces es ya incapaz de recordar el nombre de su marido o sus hijos, su presencia suele resultarle agradable y tranquilizadora. El buen contacto afectivo, las emociones, el trato afectuoso que se le dispense acostumbra a ser aceptado y agradecido. En las fases finales se pierde incluso este aspecto tan primario de la relación. A ello se asocian:
 - Trastornos del lenguaje, la llamada afasia. El paciente "olvida" el nombre de las cosas, "no le sale" el nombre, no ya de las personas o los lugares, sino de los

objetos más corrientes. Al cabo de un tiempo, no entienden bien lo que se les dice o se les pregunta. El lenguaje pasa a ser cada vez más pobre, contiene menos información, las frases dejan de tener sentido y, al final, se pierde la capacidad de hablar, quedando el paciente totalmente ausente, incomunicado.

- Apraxia, o dificultades para realizar los gestos que llamaríamos útiles. Al comienzo se manifiesta en acciones complicadas, como dibujar, manejar instrumentos de trabajo o utensilios domésticos o conducir, pero luego se pierden hasta los más simples como manejar los cubiertos, vestirse o hacer un saludo.
- Agnosia o dificultad para reconocer o comprender el significado de cuanto se ve, se toca, etc.

A todo ello se une una actitud de indiferencia o ignorancia del problema o, al menos, una subvaloración. Aunque al comienzo pueda haber una cierta depresión o ansiedad ante los fallos, pronto llama la atención la tranquilidad con que el paciente reacciona ante sus enormes despistes o errores. Es típico que los niegue, lo que a veces puede exasperar a su familia, o que intente justificarlos de una forma ingenua, infantil o, a veces, por el contrario, con explicaciones muy rebuscadas o extravagantes. ("¿Qué día es?" "No sé, yo nunca me he preocupado de estas cosas" "¿Cuántos hijos tiene?" "Dos o tres" y sonrían apaciblemente, como si no tuviera la menor importancia no recordar algo así. A diferencia de la persona deprimida o ansiosa con trastornos de memoria, el paciente no parece sufrir mucho por sus dificultades. Puede enfadarse un poco, pero pronto olvida que no ha sido capaz de contestar al teléfono o que ha confundido a su hijo con su nieto. Como, por otra parte, el paciente conserva durante mucho tiempo los automatismos sociales, tiene buen aspecto y aparentemente, lo hace "todo"(entra, sale, ve TV, hojea el periódico, trastea en la cocina, etc.) es fácil que el problema pase desapercibido a vecinos, conocidos o incluso, a familiares que no conviven con él. Así, es muy corriente que el cónyuge haya sufrido, sin acabar de entender qué estaba sucediendo, el inicio de una enfermedad de Alzheimer en su pareja y que, tras su fallecimiento, los hijos queden sorprendidos ante el grave deterioro mental que sufre el paciente. También son constantes los trastornos de personalidad y conducta. Al principio puede haber ansiedad, depresión, irritabilidad. Personas muy activas se vuelven apáticas, inactivas y, al revés, personas muy tranquilas,

comienzan a estar inquietas, nerviosas y a moverse continuamente sin objetivos claros. Es frecuente que el paciente se vuelva desconfiado, receloso, que esconda las cosas, que piense que quieren robarle o hacerle daño. Más adelante puede haber, aunque no siempre, agresividad, hostilidad hacia sus familiares y sobre todo, hacia su pareja. El insomnio o cambio de ritmo de sueño es un grave problema, pudiendo el paciente pasar las noches levantado y con gran resistencia a los medicamentos que se le puedan dar para dormir. También es típica la desorientación espacial, es decir, perderse fácilmente, no saber encontrar el camino de vuelta a casa y, en fases avanzadas, perderse incluso en la propia casa, no siendo capaz de encontrar la cocina, el baño, etc. Lo normal en la enfermedad es que no haya problemas físicos ni de movimiento y que, hasta fases ya previas al final, en los últimos meses o años, el paciente siga siendo capaz de andar –de hecho, es característico que pasee arriba y abajo de la casa, día y noche, sin parar. El final es común para ésta y otras demencias. Con el paso de los años, el paciente pierde la movilidad, queda encamado, tiene dificultades para comer, no entiende absolutamente nada y muere a consecuencia de una complicación, como neumonía, etc.

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

No se conocen. Se han identificado, en cambio, factores de riesgo, edad, predisposición genética se han identificado en los últimos años determinados rasgos genéticos (los denominados genotipos) que confieren a la persona portadora una predisposición, a veces muy alta, de padecer la enfermedad, sobre todo si vive el tiempo suficiente, así, aunque alguna persona tuviese un genotipo de alto riesgo, si muere, precozmente, por ejemplo, a los 60 años, no llegará a tener la enfermedad. Si bien es cierto que tener un familiar de primer grado con la enfermedad puede suponer un mayor riesgo de tenerla en un futuro, en comparación con la población normal, no se puede considerar que la enfermedad de Alzheimer sea una enfermedad hereditaria de la forma en que se entiende clásicamente. Son muy raros los casos de familias afectadas de una mutación genética, transmisible: en estas condiciones, sí es hereditaria la enfermedad. En los demás casos, hay que insistir en que se hereda un rasgo genético de predisposición, sólo eso.

El gen implicado mejor conocido es el gen de la apolipoproteína E (apoE). Los portadores, poco frecuentes, de un determinado genotipo de apoE, tienen un riesgo superior al 90% de padecer la enfermedad. Otro factor conocido de riesgo, en relación con factores genéticos, es tener en la familia paciente con síndrome de Down o mongolismo.

Otros factores de riesgo, de menor relevancia, son:

- Sexo femenino. La proporción aproximada de afectación es 3/1.
- Antecedentes de traumatismo craneal.
- Se ha debatido mucho sobre si el tener un nivel de educación bajo favorece la aparición de la enfermedad. Tampoco la posible relación estaría clara - ¿estilo de vida? -.
- Factores de riesgo vascular. Los mismos factores que pueden facilitar la aparición de ictus o enfermedad isquémica coronaria (hipertensión arterial, diabetes, cifras altas de colesterol y tabaquismo) parecen aumentar también el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer.

Factores que, según algunos trabajos, podría proteger frente a la aparición de la enfermedad:

- El haber consumido medicamentos anti-inflamatorios de forma prolongada. Esto se ha dicho a partir de estudios epidemiológicos llevados a cabo tras comprobar que, pacientes con determinadas enfermedades reumáticas, y que había sido tratados durante mucho tiempo con anti-inflamatorios, tenían menor incidencia de enfermedad de Alzheimer de lo que correspondería por grupo de edad. Este hallazgo ha hecho que se pongan en marcha estudios para comprobar si los anti-inflamatorios pueden ejercer un efecto preventivo o incluso terapéutico sobre la enfermedad.
- También después de haber observado que las mujeres que habían recibido tratamiento hormonal sustitutivo después de la menopausia parecían ser menos propensas a padecer la enfermedad, o a presentarla más tardíamente, se está

investigando el posible efecto protector y/o terapéutico de la administración postmenopáusica de estrógenos.

Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, por la familia

En primer lugar, hay que tranquilizar a quienes han pensado alguna vez, ya cumplidos los cuarenta o cincuenta años, al comprobar que tienen olvidos, que pueden estar desarrollando la enfermedad de Alzheimer, diciéndoles que es improbable que así sea. Hemos dicho antes lo poco consciente que es un paciente de sus fallos y de sus consecuencias. Cuando nosotros entramos en una habitación a buscar algo y salimos sin saber qué era, cuando perdemos las gafas o las llaves tres veces en una mañana, cuando encontramos por la calle a alguien que nos saluda afablemente y le seguimos la corriente sin tener la menor idea de quién es, etc. nos preocupamos. Pues bien, esta misma preocupación es casi una garantía de que no estamos empezando a tener una demencia. Lo probable es que estemos demasiado estresados, tal vez deprimidos, que hagamos demasiadas cosas a la vez o, simplemente, que nos estemos haciendo mayores, mal que nos pese. No pasa nada. De todo cuanto acabo de decir, sólo es importante destacar las depresiones que hay que descubrir, admitir y tratar enérgicamente. Cualquier persona deprimida tiene, con toda seguridad, problemas de memoria.

Pero si un familiar o persona cercana a nosotros tiene problemas de memoria serios, que realmente interfieren en su vida normal y, sobre todo, si nos damos cuenta de que son progresivos, hay que buscar ayuda médica. Hay que descartar una enfermedad de Alzheimer, pero, sobre todo, hay que estudiar bien el problema porque, cuando comienzan los trastornos de memoria, puede haber otras causas y muchas de ellas son tratables. Pondremos algunos ejemplos:

- La depresión, a veces es difícil de identificar en un anciano, porque no se manifiesta con los síntomas típicos como llanto, ideas de suicidio, etc. sino de manera más sutil, como apatía, malhumor, retraimiento, agresividad, ideas de perjuicio o síntomas físicos vagos que, investigados, no revelan ninguna enfermedad orgánica. Por ejemplo, dolor de cabeza, mareo, dolor generalizado, inestabilidad.

- Los medicamentos. Sedantes y fármacos para combatir el insomnio o la ansiedad, como las benzodiacepinas (con nombres comerciales de sobra conocidos), así como otros muchos (beta-bloqueantes, anticolinérgicos y un largo etcétera) producen una importante pérdida de memoria, sobre todo en el anciano. El médico siempre debe considerar esta posibilidad ante un paciente con trastornos de la memoria, pero es bueno que se dé a conocer este posible efecto adverso de algunos medicamentos.
- Tóxicos, entre los que destaca, de forma importantísima, el alcohol. Todo consumidor de cantidades importantes y continuadas de alcohol tiene problemas de memoria, pero, además, hay enfermedades cerebrales que sólo se ven en alcohólicos, sobre todo si además están malnutridos. El alcoholismo es un problema mucho más corriente de lo que se cree, y en particular en los ancianos, a veces porque han sido bebedores crónicos, a veces porque han adquirido el hábito en fases avanzadas de la vida a consecuencia de la soledad, la pérdida del cónyuge, las enfermedades no curables que se ven obligados a soportar...
- Tros tóxicos. Aunque tengamos que dirigir la vista a sectores mucho más jóvenes de la sociedad, en las que el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer no se plantea, no podemos dejar de mencionar la preocupación que origina el amplio consumo de sustancias como la cocaína o los derivados del cannabis. Su uso crónico y/o abusivo puede afectar la memoria y, aunque desconocemos por el momento el efecto que ello pueda tener en la capacidad intelectual de los consumidores actuales en el futuro, el hecho merece, cuando menos, ser tenido en consideración.
- Enfermedades que afectan al sistema nervioso central. Tumores cerebrales de crecimiento lento o rápido, hidrocefalia, ictus, en particular si ha habido más de uno o el paciente presenta múltiples lesiones isquémicas –los llamados infartos-cerebrales.
- Enfermedades generales, como, por ejemplo, las que afectan tiroides, tanto por hipo como por hiperfuncionamiento, enfermedades hepáticas crónicas.
- Infecciones crónicas como el SIDA –diagnosticarlo en el anciano no es tan inhabitual como podría parecer-o una sífilis no tratada.

- Déficit de vitaminas, como la B12.
- La lista es muy larga y el neurólogo siempre debe estar seguro de que no se está ante una enfermedad que pueda tratarse, mejorar o incluso solucionarse del todo.

Intervención de enfermería en psiquiatría geriátrica

Primera etapa

La enfermera como integrante del equipo de salud juega un papel fundamental, ella es la responsable de:

- Visitar al paciente si éste no acude al consultorio médico o al policlínico.
- Realizar una entrevista, escogiendo un lugar cómodo, tranquilo con luz suficiente, sin interrupciones, utilizando un lenguaje claro, dándole tiempo suficiente para las respuestas.
- Llenará la base de datos que comprende: nombre y apellidos, edad, sexo, raza, ocupación, estado civil, nivel cultural, dirección.
- Identificará a través de la entrevista los problemas del paciente en términos funcionales, teniendo en cuenta las limitaciones de éste para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, valorando con su capacidad de observación si existen limitaciones que impiden al anciano realizar las actividades no sólo desde el punto de vista físico, sino familiares, sociales, estructurales, etcétera.
- Llenará la escala o instrumento teniendo en cuenta los datos obtenidos en la entrevista por las respuestas dadas por el paciente.
- Participará conjuntamente con el equipo de salud en la toma de decisiones, donde se determina si el paciente debe continuar o no la evaluación al nivel intermedio o de selección.
- Tramitará cualquier investigación que se derive de la evaluación.

- Planeará acciones de salud encamina hacia los problemas y discapacidades detectadas a los pacientes.

Segunda etapa intermedia o de selección (consulta de evaluación geriátrica)

- La enfermera tendrá en cuenta la primera evaluación realizada al paciente si éste procede de la primera etapa de evaluación.
- Realizará la entrevista al paciente con los mismos requisitos que se planteó en la primera etapa.
- Llenará la base de datos.
- Aplicará los instrumentos y enmarcará al paciente en uno de los 3 niveles de funcionalidad.
- Realizará exámenes hematológicos, orina, electrocardiograma, peso y talla.
- Guiará al paciente hacia las diferentes consultas: psicología, trabajadora social, rayos X (rayos X de tórax y ultrasonido abdominal).
- Participará conjuntamente con el equipo evaluador en la toma de decisiones, donde se determina si el paciente debe continuar hacia una evaluación exhaustiva o si debe ser remitido a otra institución o a su hogar.
- Planeará acciones de Enfermería en dependencia de hacia donde sea remitido, con el objetivo de mantenerlo lo más independiente posible; deberá darle recomendaciones a la enfermera de la familia y a sus familiares.

Tercera etapa (evaluación exhaustiva)

- Esta evaluación generalmente se realiza con el paciente ingresado en un servicio especializado de Geriátrica, la enfermera será responsable de
- Recepcionar al paciente, teniendo en cuenta las normas establecidas en cada servicio.

- Revisará la evaluación realizada en consulta de evaluación (segunda etapa) para saber el nivel de funcionabilidad obtenido más los problemas de salud encontrados.
- Realizará una valoración integral del anciano desde el punto de vista psíquico, social y biológico y la reflejará en la historia clínica geriátrica.
- Confeccionará la tabla de riesgo de úlceras por decúbito.
- Confeccionará el plan de atención de Enfermería, teniendo en cuenta el nivel funcional obtenido previamente, los problemas de salud detectados, el estado psíquico y la puntuación obtenida en la tabla de riesgos.
- Tramitará todas las investigaciones con la mayor rapidez posible, con el objetivo de disminuir el tiempo de hospitalización al anciano.
- Cumplirá toda la medicación indicada, tratando de respetar lo más posible el horario de sueño del paciente.
- Mantendrá la higiene del paciente.
- Participará conjuntamente con la técnica de fisioterapia y de ergoterapia en todas las actividades de rehabilitación y terapia ocupacional, con el objetivo de mantener al anciano lo más independiente posible.
- Participará en la dinámica familiar que se realiza al egreso del paciente para orientar a los familiares en el manejo del anciano en su hogar.
- La evaluación geriátrica con su enfoque multidimensional e interdisciplinario, incluyendo la evaluación de la capacidad funcional, es fundamental para obtener una mayor sensibilidad diagnóstica, para mejorar la elección del tratamiento y el seguimiento de los pacientes y aumentar la capacidad de predicción pronóstica.

PSICOSIS



Fuente: www.google.com.pe/search?q=psicosis&source

De acuerdo con Lewis O, Yeaguer C, Swica Y, Pincus J. (1997), la psicosis es una enfermedad de todo el organismo y sobre todo el cerebro; se manifiesta en trastornos de la conciencia, o sea en la alteración de la capacidad del individuo para reflejar exactamente el mundo que le rodea e influir sobre él con un fin determinado. La base de la Psicosis son los cambios Fisiopatológicas de los procesos de la actividad nerviosa superior que conducen a la alteración de las relaciones mutuas. Características de la Psicosis Marcada pérdida del control voluntario de pensamientos, emociones e impulsos. Una psicosis puede compararse con el encendido automático de un conmutador maestro que regula las percepciones, los sentimientos, las acciones del individuo, capacidad para diferenciar entre la realidad y experiencias subjetivas. Las fantasías son aceptadas como hechos. La realidad puede ser alterada por la sustitución de experiencias subjetivas (delirios y alucinaciones), el paciente acepta su estado. Puede que no comprenda o niegue que haya algo mal dentro de él o en su conducta. Vive su psicosis, marcada desorganización de la personalidad, la capacidad para funcionamiento social afectivo y apropiado está particularmente afectada. Por lo común se requiere hospitalización o cuidado supervisado en el hogar.

PSIQUIATRÍA

Es la ciencia de las enfermedades Psíquicas, igual que las demás disciplinas clínicas, su tarea consiste en diagnosticar las diferentes enfermedades y en utilizar métodos racionales de tratamiento y profilaxis, la Psiquiatría; investiga las alteraciones de la conciencia.

Etiología y Patogénesis de las enfermedades Psíquicas, son originadas por las mismas causas que las demás enfermedades del hombre, toda enfermedad es resultado de alteraciones en la interacción normal del organismo y el medio ambiente, la cual se efectúa a través del sistema nervioso por los mecanismos de los reflejos no condicionados y condicionados, la Fisiopatología de las Psicosis es parte de la actividad nerviosa superior, la cual proporciona base teórica a la Psiquiatría, consiste en que unos u otros agentes Patógenos (infecciones, intoxicaciones, traumatismos del cerebro, vivencias Psíquicas) motivan distintas alteraciones de la actividad nerviosa superior, en la mayoría de las enfermedades Psíquicas el factor Etiológico es ya un estímulo extraordinariamente vigoroso; que ya pone los procesos nerviosos en tensión excesiva, ya conduce a un estado de debilidad de las células nerviosas en que incluso los estímulos habituales de la vida cotidiana resultan extraordinariamente intensos.

TIPOS DE ENFERMEDADES PSÍQUICAS

Todas las enfermedades Psíquicas se pueden dividir en tres grupos:

- Primero grupo: Son propias las alteraciones Anatomopatológicas específicas, que permite el diagnóstico Post Mortem, incluso sin conocer la historia clínica. Entre ellas están la Parálisis general progresiva y otras Psicosis Sifilíticas, las Psicosis Arterioscleróticas, la demencia senil, las Encefalitis y algunas formas de Oligofrenia.
- Segundo grupo: De enfermedades Psíquicas presenta solamente modificaciones más o menos típicas que, sin embargo, no aparecen al comienzo de la enfermedad, sino después de un periodo, algunas veces muy largo, que puede contarse por años. Figuran entre ellas la Esquizofrenia, y algunas Psicosis infecciosas y tóxicas de curso crónico.

- Tercer grupo: De Psicosis no hay modificaciones Anatomopatológicas que pueden ser comprobadas con los métodos actuales de investigación. En este grupo se incluyen las Psicosis Maniaco – Depresivas, las Neurosis y Psicopatías, las Psicosis Reactivas y algunas otras.

En algunas Psicosis se pueden observar alteraciones vasculares orgánicas o funcionales, que tienen como consecuencia hemorragias o reblandecimientos del cerebro. Son frecuentes los fenómenos de exudación y proliferación; las combinaciones de dichos fenómenos son muy diversas en las distintas Psicosis.

En muchas enfermedades Psíquicas, es necesario recurrir al análisis del Líquido Cefalorraquídeo.

Psicosis originadas por debilidad hereditaria o adquirida de distintos sistemas cerebrales

Dentro de estas psicosis tenemos a las siguientes:

1. Esquizofrenia:

- a) Hebefrenia
- b) Catatónica
- c) Paranoica
- d) Simple
- e) Residual

2. Parafrenia

3. Paranoia

4. Psicosis maniaca – depresivo

5. Otros trastornos psicóticos

- 1. Esquizofrenia. - Es un trastorno mental que dificulta establecer la diferencia entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas

emocionales normales y comportarse normalmente en situaciones sociales. El término de esquizofrenia en sí significa "mente partida".

Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascarse con problemas escolares o mal comportamiento.

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, hable solo o se ría sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen por qué aparecer en todos los pacientes.), no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede, al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista, El problema es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera.

Hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia, *síntomas positivos*: son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta, alucinaciones, son alteraciones de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo, no está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo, las alucinaciones pueden ser auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas. Y *síntomas negativos*: que las personas sanas no suelen presentar los mencionados anteriormente.

Delirio: se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido, el paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio. *Tipos*: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia, trastornos del pensamiento, la manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigido por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de: angustia, excitabilidad, insomnio, palpitaciones sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios, síntomas positivos de la motricidad: comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva, también hay otra serie de síntomas, menos alarmantes pero que se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc. Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan sólo después de la desaparición de los síntomas positivos. Hablaríamos de la fase residual de la enfermedad. Hay que subrayar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no lo tienen en absoluto o de manera tan poco acentuada que apenas le molestan en la vida cotidiana.

Pobreza afectiva.- se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como: Expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica, movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos, no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil

y sentado, Escaso contacto visual, puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada, Incongruencia afectiva, el afecto expresado es inapropiado. Sonríe cuando se habla de temas serios. Risa tonta, Ausencia de inflexiones vocales, el habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen.

Alogia. - Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, pobreza del contenido del lenguaje: aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre, pobreza en la expresión. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo, interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir, latencia de respuesta incrementada, el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta.

Abulia – Apatía. - La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso, la apatía es la falta de interés, a diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste. Se manifiesta en problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, sentimiento de cansancio, lentitud, propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia – insociabilidad. - Es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras, tiene pocos o ningún hobbies, muestran un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, relaciones con amigos y semejantes restringidas.

Problemas cognitivos de la atención. - Sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, Se distrae en medio de una actividad o conversación: se

manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; termina bruscamente una discusión o tarea aparente.

Categorías de la esquizofrenia

a) Esquizofrenia hebefrenica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos.

La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas.

El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia, además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento, pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes, pierden la iniciativa y la determinación, y el tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido.

Pautas para el diagnóstico, es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

b) Esquizofrenia catatónica

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo, durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas, otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Pautas para el diagnóstico, pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- i. Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- ii. Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos)
- iii. Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- iv. Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- v. Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- vi. Flexibilidad cérica (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- vii. Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

c) Esquizofrenia paranoica

Comprende principalmente en el ámbito cognitivo, las ideas y el lenguaje, en la conversación, son lúcidos y, a menudo, convincentes acerca de un mundo irreal. El pensamiento, en esta categoría, es mucho más sistemático que en las otras, ciertos aspectos intelectuales pueden ser libres de la perturbación, con lo que el paranoico puede aparecer como individuo con rarezas, pero sin que se le detecte la alteración grave, esta gente es sospechosa, sensible, egocéntrica, que vida gira sobre el tema de la persecución, se imaginan que la gente está contra ellos y maneras del dispositivo de maltratar o de trazar contra ellas, sus delusiones de la persecución son al principio limitados y su actitud hacia el mundo es de agresividad emocional, sus delusiones llegan a ser más adelante numerosos, incoherente, y absurdo y su agresividad se desploma, las delusiones del paranoico, son reforzadas por alucinaciones persecutorias, oyen a enemigos, llamar de sus nombres y el amenazar de ellos, ven caras en la noche, prueban el veneno en alimento, el miedo de los enemigos omnipresente y persistentes puede evaluar y conducir al paranoico al homicidio (como medida de autodefensa) o al suicidio (una forma de escape).

d) Esquizofrenia simple

Trastorno no muy frecuente, presenta un desarrollo insidioso, progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico, los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos, las pautas para el diagnóstico, desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

e) Esquizofrenia residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Pautas para el diagnóstico

- Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.
- Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
- La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

2. Parafrenia

Es un grupo de enfermedades psicóticas distinta de la paranoia y la esquizofrenia. Se inicia a los 40 años, se caracteriza por la preocupación absorbente por uno o más ideas delirantes, estas ideas delirantes no son encapsuladas del resto de la personalidad como en el trastorno delirante. El efecto es especialmente bien conservado y adecuado, como es la capacidad

de mantener la relación con los demás. No hay deterioro intelectual, ni afectividad aplanada ni groseramente inadecuada. Una alteración del comportamiento es comprensible en relación con el contenido de los delirios. La enfermedad se asocia con malestar y agitación. Comportamiento irracional puede aparecer como delirios se hacen más vivos y disminuye el juicio. Los pacientes pueden acusar a otros de la persecución y denunciar ante las autoridades, los factores predisponentes en la aparición de la enfermedad están asociados a factores estresantes graves, tales como aislamiento social, condición de migrante y la sordera.

3. Paranoia

Es un proceso de pensamiento muy influida por la ansiedad o el miedo, a menudo hasta el punto de la irracionalidad y la ignorancia, el pensamiento paranoide persecutoria típicamente incluye creencias relativas a una amenaza percibida hacia uno mismo, históricamente, esta caracterización se utiliza para describir cualquier estado delirante.

Historia

La paranoia palabra viene del griego παράνοια (paranoia), la locura. El término fue usado para describir una enfermedad mental en el que una Idea delirante es la característica única o más prominente. En un intento original en la clasificación de las diferentes formas de enfermedad mental, Kraepelin utiliza la paranoia pura término para describir una condición en la que un engaño estaba presente, pero sin aparente deterioro en la capacidad intelectual y sin ninguna de las otras características de la demencia precoz, la condición fue titulado más adelante esquizofrenia, la creencia no tiene por qué ser persecutoria se clasifican como paranoide, por lo que cualquier cantidad de creencias delirantes pueden ser clasificadas como paranoia ejemplo, una persona que tiene la creencia delirante de que solo él es una figura religiosa importante sería calificada por Kraepelin como "pura paranoia" incluso en la actualidad, un engaño no tiene que ser sospechosos o asustarse de ser clasificados como paranoico.

Una persona puede ser diagnosticada como un esquizofrénico paranoide, sin delirios de persecución, simplemente porque sus ilusiones se refieren principalmente a sí mismos, como creer que son un agente de la CIA o de un famoso miembro de la realeza.

4. Psicosis Maníaco – Depresivo

Se caracteriza por las irregularidades del estado de ánimo, que se presentan como una alternancia entre la agitación maníaca (o exaltación) y los estados melancólicos (tristeza y depresión). El médico inglés Thomas Willis (1621-1675) fue el primero en vincular dos formas de trastorno (la manía y la melancolía) para definir un ciclo maníaco-depresivo. En 1899, Emil Kraepelin designó como enfermedad maníaca depresiva al ciclo patológico que se enmarca en esta forma de psicosis.

La psicosis maníaco depresiva o llamada según las clasificaciones actuales trastorno bipolar se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). En esta psicosis el paciente oscila exageradamente de un polo (maníaco) a otro (depresivo) de modo irregular que no le permite integrar ambos extremos, se presenta con la misma frecuencia en hombres y mujeres presentan el mismo riesgo de padecer la enfermedad, la cual típicamente suele aparecer en la adolescencia o en la edad adulta. En cuanto a su forma de aparición, normalmente el episodio aparece de forma aguda, los síntomas pueden manifestarse en cuestión de días o semanas. La duración de los episodios es muy variable.

Los síntomas del trastorno bipolar o psicosis maniaco depresiva se manifiestan bajo las siguientes características:

- Estado de ánimo, vive permanentes oscilaciones, pasa de un humor exageradamente alegre a sentirse angustiado/a o viceversa. Existe la posibilidad de caer en una fase depresiva o maníaca.
 - Comportamiento cambiante sus conductas son irregulares, no siguen una línea directriz previsible, esto provoca resentimientos en distintas áreas de su vida, a veces comportamientos explosivos.
 - Actitud, tienen un patrón de ir cansándose progresivamente debido al aburrimiento que le provoca la rutina, necesita ser estimulado/a en forma permanente y creciente en caso contrario se siente aburrido y pierde todo interés, lo mismo ocurre frente a situaciones nuevas. Al inicio de las nuevas propuestas tienen una fuerte intensidad que decae a poco de andar, como si en el transcurso del tiempo decayera la motivación.
 - Vida afectiva, es un área conflictiva cambia rápidamente de postura frente a sus afectos. Hay en la psicosis maniaco depresiva una necesidad permanente de búsqueda de diversidad de experiencias como forma de llenar el vacío que experimenta lo cual afecta su vida emocional al iniciar una relación suele idealizar en demasía mostrando un entusiasmo exacerbado que rápidamente decaerá.
 - Poseen una gran propensión a destruir con sus comportamientos todo lo que construyen (vínculos, trabajos, etc.)
 - Se sienten incomprendidos están convencidos de que nadie puede saber lo que siente y piensa y que no hay quien pueda ayudarlo lo que los lleva a excluirse de una vida social activa.
 - Fantasía Tiene una tendencia a fantasear, sin embargo, cambia fácilmente su interés, su foco de atención hacia otro centro de interés.
- a) *Otros trastornos psicóticos*, cuando el cuadro clínico es de esquizofrenia y a la vez de trastorno afectivo se habla de trastorno esquizoafectivo.

- Trastorno esquizoafectivo. - Este se consideraba como un sub tipo de esquizofrenia, pero actualmente es conceptualizado como una entidad aparte.

No se ha definido si está relacionado con la esquizofrenia o con la enfermedad bipolar. Estudios recientes han encontrado una prevalencia de trastornos bipolar en familiares de esquizomaniacos (pacientes con síndrome de maniaco y esquizofrenia a la vez), contrariamente a los esquizodepresivos (pacientes con un síndrome depresivo y esquizofrenia). Esto ha validado la existencia de la dicotomía bipolar, en los pacientes esquizoafectivos

- Trastorno esquizofreniforme. - La psicosis reactiva breve y otros trastornos psicóticos de corta duración la evolución es rápida (menor de 1 mes), generalmente precedida de estresores psicosociales y tienden a resolverse de manera espontánea.
- Trastorno delirante. - No hay alucinaciones, el delirio es plausible y altamente estructurado además de que no se presentan las experiencias de pasividad ni las alteraciones de efecto.

PSICOSIS ALCOHÓLICO



Para Mosby M (2010), El alcoholismo es consecuencia del consumo abusivo del alcohol y produce una dependencia física que el organismo no es capaz de vivir sin ello, y en el caso de abstinencia, la persona presenta *delirium tremens*, donde se producen alucinaciones donde la persona ve monstruos, bichos, que le recorren su cuerpo o que están en su cuarto, en los casos graves, la persona puede llegar a morir, por eso es necesaria la atención médica en el caso de que una persona con adicción deje el alcohol.

Una vez que ha dejado el alcohol, con la ayuda imprescindible de la familia, la persona será para siempre un enfermo o alcohólico, esto quiere decir que no podrá probar nunca más el alcohol, si lo hiciese, caería de nuevo en las redes de la poderosa droga, no olvidemos que todas las drogas tienen mucha fuerza y poder sobre el ser humano.

Consecuencias del alcoholismo

Consecuencias físicas

Coma etílico, sucede después de beber mucho, la persona llega a perder el conocimiento con el riesgo de vomitar y ahogarse con su propio vómito; problemas cardiovasculares: aumento de la tensión arterial y problemas en el corazón; polineuritis: inflamación de los nervios con dolor; cirrosis: degeneración del hígado y otros síntomas físicos más.

Consecuencias psíquicas

Lagunas de memoria que no se recuperan, depresiones, epilepsia, delirium tremens, enfermedades mentales graves como las psicosis, demencia por el

alcohol, suicidio, celotipia: la persona se vuelve tan insegura que empieza a desconfiar de su pareja y a tener celos sin un fundamento real.

Consecuencias sociales

Rechazo de los demás, despidos de los trabajos, soledad, ruina económica, mala higiene, agresiones, violencia, cárcel, separaciones, accidentes con víctimas mortales y minusválidos para toda la vida, maltratos físicos y psicológicos, dolor a la familia y a uno mismo

EL DELIRIUM TREMENS

Es un síndrome grave, potencialmente letal, que ocurre en aproximadamente el 5% de los pacientes que siendo alcohólicos incurren en abstinencia súbita de alcohol. Tiene una morbilidad cercana al 10%. Su aparición se sitúa, generalmente, a las 72 horas de haber tomado la última copa de alcohol. Sin embargo, puede desarrollarse sin que haya habido un cambio en el patrón de bebida. De esta manera, en los servicios de urgencias pueden encontrarse pacientes que, aun bebiendo, presenten los síntomas y signos propios del síndrome.

Etiología

Está asociado a una ingesta diaria intensa de alcohol define la adicción a éste. Beber en exceso diariamente durante un tiempo prolongado produce inevitablemente adicción al alcohol y el subsiguiente síndrome de abstinencia. Desafortunadamente la cantidad y duración del alcohol ingerido requerido para producir dependencia física y síntomas de abstinencia no han sido suficientemente valoradas. Se cree que estos últimos se hacen evidentes en los pacientes que consumen diariamente entre 100 y 150 gramos de etanol durante dos o cuatro semanas.

Manifestaciones clínicas

Se caracteriza por presentar componentes neuropsiquiátricos como el temblor, alucinaciones, confusión, agitación y signos de hiperactividad autonómica, tales como midriasis, diaforesis, taquicardia y taquipnea.

Generalmente se produce 72 a 96 horas después de haber bebido por última vez y suele resolverse en 3 a 5 días. Se trata de una afección grave con un riesgo de morbilidad elevado puesto que estos pacientes son susceptibles de padecer deshidratación debido a la fiebre, la diaforesis y los vómitos.

El síndrome puede tener un inicio brusco e insidioso, adquiriendo los síntomas su máxima intensidad en un período de 1 a 8 horas. La variedad en la presentación puede dificultar el diagnóstico: la agitación puede ser leve o extrema y es posible que no haya signos autonómicos o que estos sean muy graves; también hay alteraciones que semejan cuadros esquizofrénicos, con alucinaciones auditivas o visuales. Los pacientes de peor pronóstico son aquellos en los que se hallan signos autonómicos agravados por hiperventilación y alcalosis.

MANIFESTACIONES CLINICAS	
Componentes neuropsiquiátricos	Hiperactividad autonómica
Agitación	Midriasis
Desorientación	Fiebre
Alucinaciones	Diaforesis
Verborrea	Taquicardia
Temblor	Taquipnea
	Oliguria

Diagnostico

El diagnóstico se fundamenta esencialmente en la evaluación del paciente.

- a. Historia de interrupción de ingesta de alcohol varios días antes
- b. Estado mental: desorientación, pérdida de memoria, efecto plano, imposibilidad de concentración.
- c. Estado físico: examen neurológico y cardio-pulmonar
- d. Laboratorio clínico: se solicita cuadro hemático, química sanguínea (electrolitos, glicemia, calcio), gases arteriales, niveles de alcohol en sangre.

El primer objetivo de esta evaluación es confirmar el diagnóstico de delirium tremens y diferenciar otras posibles causas.

Diagnóstico diferencial

A pesar que el delirium tremens se considera característico del alcoholismo crónico, pueden detectarse hallazgos similares en otras formas de encefalopatía metabólica, aguda o post-traumática.

SÍNDROME DE WERNICKE – KORSAKOFF

Este síndrome caracterizado por alteraciones oculares, ataxia y estado confusional, se diferencia del delirium tremens por su compromiso neurológico ocular: nistagmus horizontal, parálisis bilateral del recto externo y parálisis de la mirada conjugada. Además, la ataxia ocasionada por atrofia del vermis cerebeloso superior y el daño de los núcleos vestibulares es persistente. Este síndrome es causado por deficiencia de vitamina B₁ o tiamina y, por lo tanto, su tratamiento difiere notablemente al del delirium tremens.

Hematoma subdural

No es infrecuente que se presente en los alcohólicos debido a una caída. Lo importante es notar que la agitación es leve, aún inexistente y que el cuadro suele mostrar signos neurológicos focales.

Síndromes esquizofrénicos agudos

Estos muestran típicamente un número menor de signos autonómicos y de alucinaciones, pero los delirios son más notorios

Otros cuadros clínicos de meningitis, neumonía y accidente cerebro vascular, también pueden hacer difícil el diagnóstico, dando lugar a síndromes atípicos.

Tratamiento

Debe iniciarse lo más pronto posible. El fármaco indicado es el diazepam. Se aconseja administrar 10 mg IV en 3 a 5 minutos. Si pasados 20 minutos el paciente no se ha tranquilizado pueden aplicarse 5 mg IV.

Los pacientes deben ser monitorizados y vigilados cuidadosamente para prevenir la broncoaspiración y el agravamiento de los trastornos en el ritmo cardíaco.

Intervención de enfermería en psicosis o pacientes psiquiátricos

De acuerdo con Ugalde M, Rigol A. (1995) los principios básicos sobre el plan de intervención de pacientes psiquiátricos en psicosis.

- Observar directamente y evaluar su conducta mientras sonríe.
- Practicar una vigilancia adecuada
- Satisfacer las necesidades en forma causal y como algo cotidiano
- Promover y proteger la individualidad y alentar el dialogo en los pacientes.
- Reconocer a los pacientes como persona humana
- Aprender a otorgar con amabilidad, calidez y empatía
- Estar pronto para aceptar en vez de contradecir
- Aprender a anticiparse y controlar con una tarea rutinaria
- Practicar una tolerancia aséptica, vigilar a la vez que se confía
- Alentar en lugar de persuadir

- Estar siempre listo para escuchar
- Evitar el reproche y el uso de términos que la afecten moralmente
- Las órdenes deben darse como si emanara de una autoridad superior
- Disminuir las prestaciones y el auto fastidio

Aprender apreciar a los pacientes

- Hablar para aliviarse de su angustia y malestar
- Censurar cuando están agitados
- Se quejan para ocultar su desconcierto
- Son ágiles mentales para ocultar su vergüenza
- Se muestran excitables o hiperactivos por inseguridad
- Formulan preguntas frívolas y fuera el lugar cuando se sienten solos o inseguros
- Charlan para calmar su jaqueca
- Cuando se sienten inseguros prueban distintos tipos de reacciones
- Intentan comunicarse en cada acción.
- Cuando están atemorizados se muestran molestos muy charlatanes y discutidores
- Quieren ser amistosos, aunque parezcan difíciles.
- Pueden volverse indebidamente suspicaces.
- No se les debe afligir imponiéndoles pautas demasiado complicadas.
- Estar muy atento al signo de cambio de humor o de inquietud
- Recordar que es una ofensa tratar al enfermo mental tan sólo como tal descuidarlo y limitarlo.

Intervención de enfermería en pacientes agresivos y suicidas

- Supervisar sin que se note
- Tratar de encontrar la causa, y si es posible abordarla
- Especular sobre cuál podría ser la necesidad inmediata del paciente.
- Apreciar que las acciones por muy buenas que parezcan comunican el intento agresivo-suicida sea un pedido de ayuda.
- Ocuparse del medio y del tono de la atmósfera social
- Se debe considerar los efectos que este disturbio puede tener sobre los otros pacientes y el personal.
- Observar si puede engendrar o no hostilidad, iniciativa, descontento, autoinculparse, relegarse.

Esquizofrenia simple. - El profesional de enfermería debe considerar que estos pacientes desarrollan un comportamiento extravagante, son incapaces de satisfacer sus necesidades por la disminución del rendimiento en general, la psicoterapia individual es importante para restablecer el empobrecimiento social y evitar a un vagabundeo, y que se encierren en sí mismos, se vuelvan ociosos y pierdan la objetividad de la vida.

Esquizofrenia catatónica. - El personal de enfermería debe estar alerta a la presencia de trastornos psicomotores que pueden provocar caídas y accidentes graves, estos pacientes se mantienen inmóviles sin ánimo, pueden obedecer automáticamente o desobedecer órdenes, cuando obedecen órdenes es ahí donde el enfermero debe promover la alimentación, el tratamiento la higiene etc., cambio de posturas y evitar actitudes rígidas.

Esquizofrenia residual. - El profesional de enfermería debe considera que el paciente presenta un estado crónico del curso de la enfermedad, debido a la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles. Apoyar con terapias individuales para ayudar a tener iniciativa, evitar el empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje,

incentivar a la comunicación no verbal a través de gestos (expresión facial, contacto visual, entonación y postura), incentivar a levantar el ánimo empobrecido, propiciando el aseo personal y del comportamiento social en la terapia grupal.

Esquizofrenia hebefrénica. El personal de enfermería al brindar cuidado de enfermería a este tipo de pacientes debe tener en cuenta de no despertar suspicacia, porque al presentar la desorganización del pensamiento se puede incentivar a la agresión física por presentar poco afecto e inadecuado comportamiento y entraña manifestaciones hipocondriacas.

Esquizoafectiva. El personal de enfermería al realizar el cuidado de enfermería debe tener cuidado al paciente porque suelen presentar depresiones intensas que pueden llegar al suicidio, presentan ideas delirantes de persecución o grandiosidad, alucinaciones, a veces religiosidad excesiva, y conducta hostil o agresiva.

Intervención de enfermería en la esquizofrenia

El personal de enfermería debe tener en cuenta que la esquizofrenia es un conjunto de trastornos que se manifiestan por alteraciones características del humor y de la conducta, es por eso que debe mantener la seriedad al tratar a estos tipos de pacientes, ya que la conducta es cambiante de acuerdo a la percepción equivocada que tiene el paciente frente al trato que brinda el enfermero(a) y su entorno.

Intervención de enfermería en conducta inhibida

1. Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos:

Pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente. Dirigir nuestro interés y cuidado.

Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista.

Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás

Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.

Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.

Comenzar con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).

Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de ésta al paciente.

2. Aumentar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía:

Proporcionarle atención en una forma sincera y con interés.

Apoyarle en todos sus éxitos cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etcétera.

Ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, etcétera.

Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo).

Pasar el tiempo suficiente con el enfermo.

3. Orientar al enfermo en la realidad:

Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, etc.).

Incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo:

Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es. Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de sensopercepción en una forma que esté apegada a los hechos. No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas

4. Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:

Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico. Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.

Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo.

Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar las discusiones ideológicas o teóricas.

Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella; usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.

5. Asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo.

Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple.

Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas (retirar objetos que puedan utilizarse en conductas autodestructivas).

Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás en respuesta a las alucinaciones auditivas

6. Conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes. Retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás.

Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta 'extraña' del paciente recién llegado: dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (por ejemplo, "el paciente está muy enfermo en este momento; necesita de nuestra comprensión y apoyo").

Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentra a disposición de los otros

enfermos si es que se necesitan a los demás para atender al paciente recién llegado.

7. Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.

Recordar: La regresión es un retorno propositivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento —un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio.

Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir desde ese punto para su atención.

Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto. Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva. Alentarlo a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad.

Establecer objetivos realistas. Marcar los objetivos y expectativas cotidianos.

Procurar que el paciente se percate de lo que de él se espera.

Intervención de enfermería en las ideas delirantes

Las ideas delirantes son creencias falsas y fijas que no tienen ninguna base en la realidad. Los pacientes pueden tener distintas formas de ideas delirantes. Alguno puede tener cierta introversión sobre su estado delirante pero no puede modificarlo. El paciente trata de llenar alguna necesidad a través de la idea delirante, como sería un aumento de su autoestima, consecución de seguridad, apoyo, castigo, liberación de la ansiedad asociada con sentimientos de culpa, miedo, etc. Los enfermos (especialmente aquellos que sufren paranoia) pueden tener ideas delirantes fijas —ideas que pueden persistir durante toda su vida. Muchos pacientes psicóticos tienen ideas delirantes transitorias, las cuales no tienen que persistir todo el tiempo. Se han identificado tres fases en el proceso del pensamiento delirante; primero, el paciente está totalmente entregado a su ideación delirante; segundo, con las ideas delirantes coexiste prueba de realidad y confianza en los demás, y tercero el paciente ya no experimenta ideas delirantes. Recordar:

Las ideas delirantes son una protección y podrán ser abandonadas únicamente cuando el enfermo se sienta autosuficiente y seguro. Las ideas delirantes no se encuentran bajo el control consciente del enfermo.

Conductas o problemas

- Ideas delirantes de control
- Ideas delirantes de grandeza
- Ideas delirantes de persecución
- Ideas delirantes de infidelidad (referente a sí mismo o a la pareja)
- Ideas de referencia
- Ideas delirantes de acusación
- Ideas delirantes de riqueza
- Ideas delirantes de pobreza
- Ideas delirantes de contaminación
- Ideas delirantes somáticas
- Ideas delirantes paranoides
- Ideas delirantes respecto a los hábitos de alimentación y calidad de la comida.

Objetivos a corto plazo

Ayudar al paciente a sentirse más seguro en el ambiente.

Ayudarlo a crear autoestima. Integrarlo en una comunidad terapéutica.

Animar al paciente a confiar en los miembros del equipo terapéutico y en otras personas en magnitud suficiente para que relate los detalles de su pensamiento delirante.

Objetivos a largo plazo

Respecto a las ideas delirantes transitorias:

Eliminar ideas delirantes patológicas.

Reasumir responsabilidades de la vida en la comunidad próxima al hogar del paciente.

Referente a las ideas delirantes fijas:

Aumentar el reconocimiento de las ideas delirantes y la capacidad del paciente para enfrentarlas.

Aumentar la capacidad del paciente para funcionar adecuadamente en su ambiente hogareño.

Plan de cuidado de enfermería

1. Ayudar al paciente a sentirse seguro y aceptado en la medida de lo posible.

2. Construir una relación de confianza.

 Ser sincero cuando se hable con el enfermo. Evitar comentarios vagos o evasivos.

 Ser consistente en la fijación de las expectativas, reglas de reforzamiento, etcétera.

 No prometer lo que no se pueda cumplir.

 Alentar al paciente a que hable con la enfermedad, pero no obligarlo a obtener informes en forma cruzada.

 Explicarle los procedimientos que se van a llevar a cabo (tratar de asegurarse de que el enfermo entiende el proceso).

3. Ayudar al paciente a aumentar su autoestima

 Darle retroalimentación positiva para sus éxitos.

Reconocer y apoyar los logros cumplidos del enfermo (por ejemplo, actividades o proyectos terminados, responsabilidades cumplidas en el servicio o interacciones iniciadas).

Hacer que el paciente participe en actividades con una sola persona al principio, después en pequeños grupos y gradualmente irlo integrando en actividades de grupos mayores.

4. Disminuir la ansiedad y los temores del paciente; ayudarlo a sentirse con mayor tranquilidad.

Reconocer las ideas delirantes del paciente como percepciones del ambiente.

Al principio, no argüir con el enfermo ni tratar de convencerlo de que sus ideas son falsas o irreales.

Interactuar con el enfermo con base en cosas reales; no insistir en el material delirante.

Mostrar empatía en cuanto a sus sentimientos; darle apoyo y aceptación.

No hace prejuicios y hacer bromas respecto a sus creencias.

5. Ayudar al paciente a reconocer sus ideas delirantes como tales.

Nunca dar a entender al paciente que se aceptan sus ideas delirantes como parte de la realidad.

Directamente intervenir con dudas respecto a las ideas delirantes tan pronto el paciente demuestre que puede aceptarlo. No discutir con él pero sí presentar una relación detallada de hechos en cuanto a la situación como uno la ve.

Intentar explicar las ideas delirantes como un problema en la vida del enfermo: ¿puede el paciente apreciar que sus ideas delirantes interfieren con su vida?

6. Ayudar al paciente a descubrir formas más sanas de tratar con sus sentimientos de ansiedad, temor y disminución de la autoestima, independientes de las ideas delirantes.

Animar al enfermo a expresar sus sentimientos; apoyarlo en sus intentos de decir su ansiedad, temores, etc., en forma directa.

Buscar junto con el enfermo distintas formas de expresión y de enfrentamiento a sus sentimientos; ayudarlo a encontrar otras maneras más eficaces y aceptables para él.

7. Disminuir o eliminar las ideas delirantes respecto a comida y alimentación:

- Que otros se privan de alimento cuando el paciente come. - Sentar al enfermo con un grupo de pacientes que también se encuentren tomando sus alimentos. El paciente puede comer si se coloca la comida donde los miembros del equipo terapéutico no puedan observar la alimentación del paciente. Puede ser útil ayudar al paciente alimentando con una cuchara.

- Que los alimentos se encuentren contaminados:

Los platos, tazas y utensilios desechables pueden ser de utilidad.

El alimento puede ser traído del hogar del paciente.

Puede ser útil si los miembros del equipo terapéutico toman sus alimentos en compañía del paciente.

Servir los alimentos en recipientes que el paciente pueda abrir (por ejemplo, envases de cartón para la leche).

Servir los alimentos sin abrir o quitar la cascara (como papas, huevos, naranjas, plátanos o uvas) y dejar que el paciente observe su preparación o permitir que él mismo los prepare.

- Que el alimento se encuentre envenenado.

Es muy importante ganar la confianza del paciente.

Dejar que otros pacientes (o miembros del equipo terapéutico) sean servidos y comiencen a comer antes que el paciente para que éste pueda tomar los alimentos.

Puede ser útil dejar que el paciente ayude a servir la comida.

Dejar que el paciente seleccione sus propios alimentos de una cafetería.

Siempre sugerir, en formas verbales o no verbales, que el paciente podrá encontrar agradable la alimentación.

Advertencia: Algunas de las medidas antes citadas pueden ser útiles para aumentar la ingesta nutricional del enfermo, pero deben efectuarse sin que de alguna manera puedan aprobar su sistema delirante. Deben hacerse en forma no intrusiva y al principio cuando el estado nutricional del enfermo se encuentra muy alterado. A medida que se desarrolla la relación de confianza, poco a poco se introducirán otros alimentos y más procedimientos sistemáticos.

Intervención de enfermería en las alucinaciones

Considerar que las alucinaciones son percepciones sin objeto; es decir, de un estímulo externo sin que haya un origen en el mundo exterior. Pueden captarse por cualquiera de los sentidos —vista, audición, olfato, tacto, gusto, por lo tanto, el personal de enfermería debe brindar atención con objetividad observando los cambios conductuales y/o personales del paciente porque los pacientes a menudo actúan con base en estas percepciones internas, lo cual puede hacer un efecto más compulsivo que la realidad externa, autoagresión o agredir a los que se encuentran en su entorno. Estas alucinaciones pueden ocurrir por abstinencia de alcohol, barbitúricos, meprobamato, otras sustancias. Por lo que se requiere un diagnóstico minucioso porque puede deberse a enfermedad cerebral orgánica, efectos de drogas alucinógenas, intoxicación por fármacos. Debemos recordar la alucinación aparece con mucha convicción de realidad para el paciente, quien puede percibirla como real y anteponerla en rango a la realidad que tiene su ambiente externo, o bien puede ser que el enfermo se percate de que está alucinando. La alucinación puede guardar relación con incapacidad para distinguir y discriminar entre estímulos diferentes (por ejemplo, el ruido de un cuarto contiguo que puede ser percibido o distorsionado como más real o más in mediato que la voz de una persona que le está hablando directamente al enfermo).

Conductas o problemas

El trabajador de enfermería debe considerar como una conducta problemática a los pacientes que presenten alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles u olfatorias), miedo e inseguridad, agitación, agresión hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos), incapacidad para discriminar entre percepciones reales e irreales, culpa, remordimiento o vergüenza al reconocer experiencias alucinatorias, conducta manipuladora (por ejemplo, evitar actividades u otras responsabilidades a causa de las “alucinaciones”), ideas delirantes, rehusarse a comer, porque ponen en riesgo su vida y de los demás ya sea el grupo familiar y el clínico.

Objetivos a corto plazo

Proporcionar seguridad al paciente y a los demás, disminuir los estímulos del medio ambiente.

Interrumpir el patrón de alucinaciones; colocarlas de nuevo con interacciones reales y actividades con otras personas, disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación del enfermo.

Objetivos a largo plazo

Establecer relaciones satisfactorias con los demás, establecer patrones de trabajo para disminuir miedo, ansiedad e ira en una forma que el paciente las sienta como seguras y aceptables, independientes de las alucinaciones u otros síntomas psicóticos, comprender el proceso alucinatorio, planear la posible recidiva de las alucinaciones.

Plan de cuidado de enfermería

1. Evitar que el paciente se dañe a sí mismo, a los demás o a los objetos. Proporcionar supervisión para proteger al enfermo, pero evitar estar “encima” de él.

Buscar datos que indiquen que el paciente se encuentra alucinando (por ejemplo, intentos de escuchar sin razón manifiesta, hablar con “alguien” cuando no hay nadie presente, mutismo, expresión facial inapropiada)

2. Interrumpir el patrón de alucinaciones del enfermo.

Percatarse de todos los estímulos del ambiente, incluyendo los sonidos que proceden de otros cuartos (por ejemplo, la televisión o el sonido de aparatos de radio procedentes de áreas vecinas).

Tratar de disminuir los estímulos o pasar al enfermo a otras áreas.

Evitar conducir al paciente a que crea que sus alucinaciones son reales.

No conversar con “voces” o de alguna otra forma reforzar la creencia del paciente de que sus alucinaciones son parte de la realidad.

Comunicarse verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos. Evitar la gesticulación, las ideas abstractas y darle oportunidad de elegir.

3. Animar al enfermo a que tenga contacto con personas reales, interactúe con las mismas y desempeñe actividades.

Responder verbalmente a todo lo que el paciente hable que sea acorde a la realidad; reforzar su conversación cuando se refiere a la realidad actual.

Animar al enfermo a hacer que los miembros del equipo de trabajo se percaten (le las alucinaciones —cuando éstas acaecen o interfieren con la capacidad del enfermo para conversar o efectuar actividades).

Si el paciente tiene el aspecto de estar alucinando ganar su atención y proporcionar una conversación o una actividad concreta de interés.

Mantener una conversación con temas sencillos y básicos para proporcionar una base en la realidad.

Brindarle la posibilidad de llevar a cabo actividades fáciles de ejecutar y con cumplimientos realistas (por ejemplo, proyectos de tejido o de fabricación de objetos de artesanía).

Si el paciente lo tolera, utilizar medios táctiles (palmear su espalda) en una forma que no parezca una amenaza, a fin de darle también una base de apoyo en la realidad; permitirle también que toque el brazo o la mano de la enfermera.

4. Disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación del enfermo.

Brindar un ambiente estructurado con la mayor cantidad de actividades sistemáticas en cuanto sea posible. Explicar cuando se tengan que llevar a cabo cambios inesperados. Hacer clara la exposición de las expectativas del cuerpo de enfermería para que el paciente las entienda en términos sencillos y directos.

Permanecer alerta en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que el paciente se lesione, lastime a otros o destruya objetos.

Intervenir en forma personal o con aislamiento y medicación por razón necesaria (si es que ha sido prescrito por su médico) en forma apropiada.

Evitar “acorrallar al paciente” ya sea en forma física o verbal.

Permanecer realista en las expectativas del paciente; no esperar más (ni menos) de lo que éste puede dar.

Fomentar una relación de confianza.

5. Ayudar al paciente a expresar miedo, ansiedad o cualquier otro sentimiento que perciba.

Animar al paciente a que exponga sus sentimientos; primero, en forma personal, después en pequeños grupos y más adelante en grupos mayores según lo tolere.

Ayudar al enfermo a que busque y conozca formas de aliviar su ansiedad cuando pueda verbalizar dichos sentimientos.

6. Ayudar al paciente a aliviar su culpa, remordimiento o vergüenza cuando recuerde su conducta psicótica.

Animarlo a exponer sentimientos; mantener una actitud de apoyo.

Mostrar aceptación de la conducta del enfermo, del paciente como persona; no hacer bromas ni juzgar su conducta.

Intervención de enfermería en las conductas maniaca

La conducta maniaca, llamada también trastorno afectivo bipolar, se caracteriza por un antecedente de estados de ánimo “altos” y “bajos” con periodos de relativa normalidad y funcionamiento efectivo intercalado. El inicio de la enfermedad suele aparecer entre los 20 y 40 años de edad. Hay estudios que indican un fuerte componente hereditario de este padecimiento. Los padres del paciente a menudo tienen antecedentes de alcoholismo. El enfermo por lo general abusa del alcohol, a veces en un intento de auto medicarse, o bien puede tener ambos problemas — trastorno bipolar afectivo y alcoholismo— cada uno de los cuales necesita tratamiento.

El carbonato de litio es el fármaco de elección en la mayoría de los casos. Puede estar contraindicado en enfermos que sufren alteraciones hepáticas, renales o del funcionamiento cardiaco. La observación y medición frecuentes de la concentración de litio en suero a intervalos específicos es una medida necesaria.

Conductas o problemas

Hiperactividad, agitación en incremento, esquemas y planes grandiosos, asociaciones laxas (ideas laxas y poco asociadas), discurso apresurado (rápido o forzado), ideas y discurso tangencial, disminución de la concentración, lapsos cortos de atención, vestimenta y vestido inapropiado, abigarrado o extravagante o uso excesivo de maquillaje, prodigalidad en la compra de objetos, insomnio, fatiga, ingesta deficiente de nutrientes y líquidos, conducta hostil, amenaza de agresión a sí mismo y a los demás, alucinaciones, ideas delirantes, actuación de impulsos sexuales; conducta seductora e incitante

Objetivos a corto plazo

Disminuir la hiperactividad, la agitación y las alucinaciones, etc. Establecer y mantener funcionamiento biológico adecuado en las áreas de nutrición, hidratación, emuntorios, reposo y sueño.

Objetivos a largo plazo

Educar al paciente y a su familia para que comprendan la enfermedad, su componente genético, la necesidad de emplear quimioterapia, y los signos y síntomas de intoxicación.

Aceptar la necesidad de continuar la administración de medicamentos y hacer análisis sanguíneos con frecuencia según lo indique el médico.

Plan de cuidado de enfermería

1. Establecer comunicación y construir una relación de confianza.

Mostrar aceptación del paciente como persona.

Usar una forma de aceptación al paciente que implique calma y relajación.

Evitar contraer compromisos que no puedan cumplirse en forma realista.

Asignar al paciente los mismos miembros del equipo terapéutico cuando sea posible (tener en cuenta la capacidad de alguno de los miembros del equipo terapéutico para trabajar con un paciente maniaco durante periodos prolongados).

2. Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación.

Disminuir los estímulos del medio ambiente siempre que sea posible.

Tomar en cuenta todo lo que indique aumento de la inquietud o agitación eliminando estímulos del medio ambiente y quizá aislando al enfermo; puede ser beneficioso dar al paciente un sitio privado o un cuarto individual.

Limitar las actividades de grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulos que esto entraña.

Administrar medicamentos (probablemente se necesitarán carbonato de litio y fenotiacinas al principio). Utilizar juiciosamente los medicamentos por razón necesaria, sobre todo antes que la conducta del enfermo quede fuera de control.

Proporcionar un ambiente consistente y estructurado. Dejar que el paciente sepa lo que se espera de él. Fijar los objetivos junto con el enfermo tan pronto sea posible.

Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio, los procedimientos que se seguirán, las pruebas que se harán, etc. No discutir con el enfermo.

Animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. Buscar formas de aliviar el estrés o la tensión con el paciente tan pronto sea posible hacerlo.

3. Proporcionar actividad física y un desahogo para aliviar la tensión y energía. Ayudar al paciente a planear actividades dentro de sus posibilidades de logro y ejecución. Recordar que el lapso con que el paciente cuenta para mantener la atención y la planeación deben ir de acuerdo.

Evitar las actividades que impliquen mucha competencia.

Evaluar en qué magnitud el paciente puede tolerar los estímulos y la responsabilidad con respecto a las actividades de grupo, interacciones con los demás o con las visitas, e intentar limitar esto según lo que se observe.

4. Favorecer el descanso y el sueño

Dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el programa cotidiano del enfermo.

Observar de cerca al enfermo en busca de signos de fatiga. Observar y registrar sus patrones de sueño.

Disminuir los estímulos antes que el enfermo se retire (por ejemplo, las luces tenues, apagar la televisión, proporcionarle la posibilidad de un baño tibio).

Utilizar medidas de comodidad o medicamentos para que concilie el sueño si es necesario.

Animar al paciente a seguir una rutina de sueño durante las horas de la noche (limitar la interacción con el enfermo en el turno nocturno) en lugar de hacerlo durante el día (dejar sólo una corta siesta durante el día).

5. Darle una dieta nutritiva.

Observar y registrar los patrones de alimentación del paciente, y la forma de ingesta de alimentos y líquidos. Puede ser necesario llevar un registro del ingreso y pérdidas, conteo de calorías y de la ingesta de proteínas.

El paciente puede necesitar una alimentación elevada en proteínas, alta en calorías con alimentos suplementarios.

Proporcionar medicamentos que el enfermo pueda ingerir si es que no puede permanecer sentado y comer (por ejemplo, alimentos licuados mezclados con leche, sándwiches, o alimentos que puedan ser tomados con los dedos)

6. Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana.

Observar y llevar un registro del patrón de emuntorios (el estreñimiento es un problema frecuente).

Ayudar al enfermo a satisfacer la mayor cantidad de necesidades personales que sea posible.


Si necesita ayuda, ayudarlo en su higiene personal, incluyendo aseo bucal, baño, vestimenta y lavado de ropas.

Proporcionar apoyo emocional.

Dar al paciente retroalimentación positiva cuando sea necesario.

Las tareas estructuradas que el paciente pueda cumplir en forma suficiente — a corto plazo, proyectos simples o responsabilidades, actividades ocupacionales o terapia recreativa.

Alentar al paciente a que exprese adecuadamente sus sentimientos respecto a los planes futuros de tratamiento o a la planeación del alta. Ayudarlo en todos los objetivos idealistas y en los planes que él proponga.



CAPÍTULO IV
TERAPIAS EN ALTERACIONES
MENTALES (PSIQUIÁTRICA)

CAPÍTULO IV

TERAPIAS EN ALTERACIONES MENTALES (PSIQUIÁTRICA)

Toro G.J. (2010), describe.

1. Psicofarmacológica

Los psicofármacos son sustancias químicas de origen natural o sintético que presentan una acción específica sobre el psiquismo, o sea, que son susceptibles de modificar la actividad mental. Actúan pues, sobre diversas áreas psíquicas: estado de consciencia, sensopercepción, psicomotricidad, afectividad, conducta, etc.

Los psicofármacos tienen una actividad específica sobre el psiquismo, pero actúan también sobre otros órganos y sistemas a los que afectan en grado variable desde lesiones subclínicas a cuadros severos.

Es importante que el enfermero conozca y sepa interpretar adecuadamente aquellos síntomas y signos que muestren los pacientes sometidos a tratamiento con psicofármacos.

Estudia el efecto de las drogas sobre las funciones psíquicas. Finalmente es preciso recordar que el tratamiento psicofarmacológico, es un tratamiento médico y por lo tanto en ningún caso debe ser manejado por otras personas o profesionales.

A. Antipsicóticos o Neurolepticos.- Son psicofármacos, es decir, son medicamentos que se utilizan en psiquiatría (especialmente en esquizofrenia y también en psicosis-tóxica, demencias seniles, etc.)

Indicado en casos de: Esquizofrenia, Manía, Trastornos delirantes, Psicosis inespecíficas, Trastornos paranoides.

- **Tipos de antipsicóticos**

- a. Butirofenonas, Acciones Farmacéuticas: Neuroléptica Antipsicótica Antiemética Endocrina Neurovegetativa. Los principales fármacos son:

Haloperidol antipsicóticos importante, Droperidol solo en neuroléptica analgésica.

b. Fenotiacinas, Acciones farmacológicas: Neuroléptica o síndrome neuroléptico; esto quiere decir que a dosis muy altas al paciente se le produce un grado de inmovilidad. No hay interés ni iniciativa por nada, teniendo una indiferencia emocional y afectiva; pero si está consciente (mantiene sus facultades intelectuales). Como Antipsicótica revertir y calmar la esquizofrenia, no la cura, solamente revierte los síntomas como la agitación, alucinaciones, etc. Su acción antipsicótica la ejercen tanto en crisis aguda como en los tratamientos crónicos de la esquizofrenia. Acción Antiemética supresión del reflejo del vómito cuyo estímulo tiene una estación o paso por el centro de gatillo o zona de gatillo. La mayoría de los vómitos llegan a ésta zona y estimulan al centro del vómito. Esta sustancia bloquea la zona de gatillo. No son efectivos en el vómito por mareos (auto, avión, etc.), ya que este parte en el oído medio (origen vestibular) y llega directo al centro del vómito.

- Endocrina acción central.

- Neurovegetativa antagonista alfa 1, antihistamínicos (clorpromazina gran efecto). Clorpromazina, Levomepromacina, Tioridacina, Trifluopericina, Tioproperacina, Perfenacina, Flufenacina, Pipotiaccina

Tioxantenos.- Son fármacos utilizados en el tratamiento de diversas condiciones emocionales, nerviosos y psiquiátricos. Zuclopentixol, Tiotixeno

c. **antipsicóticos atípicos**, también llamados antipsicóticos de segunda generación, son una clase de medicamento usado para el tratamiento de ciertos trastornos psiquiátricos. Algunos han sido aprobados para su uso en pacientes con esquizofrenia, otros se ven indicados para tratar la manía, Anorexia Nerviosa, desorden bipolar, agitación psicótica y otras, tenemos los siguientes: Palmitato de Paliperidona (Xeplion), Clozapina (Clozaril), Risperidona (Risperdal), Olanzapina (Zyprexa), Quetiapina (Seroquel), Ziprasidona (Geodon), Aripiprazol (Abilify), Paliperidona (Invega),

Asenapina, Iloperidona (Zomaril), Sertindol (Serlect), Zotepina, Amisulpride, Bifeprunox, Melperona

- **Efectos secundarios**

Son algo más comunes en hombres jóvenes. Consisten en contracciones tónicas de la musculatura del cuello, cara y lengua. Con una ampolla de Biperideno (Akineton) Intramuscular mejora el cuadro.

Parkinsonismo. - Aparece en el primer mes de tratamiento se puede usar drogas Antiparkinsonianas con propiedades Antihistamínicas en dosis de 4 a 6 mg. o el biperideno.

2. Antidepresivos.

Los antidepresivos y la terapia electroconvulsiva constituyen los principales métodos de tratamiento biológico para la depresión. Los primeros antidepresivos descubiertos fueron los inhibidores de la mono amino oxidasa (MAO) partiendo de la conservación de la Isoniazida y la Iproniazida tiene propiedades antidepresivas en pacientes tuberculosos.

- **Indicado en casos de:**

Depresión mayor, Trastorno obsesivo convulsivo, Fobia social, Trastornos de control de impulsos.

- **Tipos de antidepresivos:**

- a) Titraciclicos y tetraciclicos.

Amitriptilina, Imipramina, Clorimipramina, Maprotilina, Desipramina, Nortriptilina, Trazadona, Mianserina, Nefazodona.

- b) ATC (Antidepresivos tricíclicos)

Amitriptilina, Amoxapina, Butriptilina, Clomipramina, Desipramina, Dibenzepina, Dosulepina, Doxepina, Imipramina, Iprindole, Lofepramina, Melitracen, Maprotilina, Nortriptilina, Opipramol, Protriptilina, Trimipramina

c) IMAO (inhibidores del mono amino oxidasa)

Brofaromina, Harmalina, Iproclozida, Iproniazida, Isocarboxazida, Moclobemida, Nialamide, Fenzina, Selegilina, Toloxatona, Tranilcipromina

d) ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)

Alaproclate, Citalopram, Etoperidona, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Zimelidina.

e) ISRD (Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina)

Amineptina, Fenmetrazina, Vanoxerina.

f) ISRN (Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina)

Atomoxetina, Maprotilina, Reboxetina, Viloxazina

g) IRSN (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina) Duloxetina, Milnacipran, Venlafaxina

h) NaSSAs (Antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos) Mirtazapina, Setiptilina, Mianserina.

i) (PSRS) (Potenciadores selectivos de la recaptación de serotonina)

Tianeptina

• **Efectos secundarios**

- Los Antidepresivos. - Tienen efectos sedantes y anticolinérgicos (sequedad de la boca, sudoración, visión borrosa y estreñimiento) a nivel del sistema nervioso central puede producir somnolencia, euforia, fatiga.
- Anticolinérgico.- Sequedad de la boca, sudoración, visión borrosa y constipación. Inducción de glaucoma. Síndrome confusional y delirio. Producción de íleo paralítico. Retención urinaria. Hipertrofia prostática. Los más alérgicos son la amitriptilina, clomipramina, trimipramina y la doxepina.

- Psiquiátricos.- Producen Episodios maníacos o hipomaniacos
 - Neurológico.- Mareos, insomnio, fatiga, temblor fino, temblor de lengua, mioclonus de extremidades inferiores, delirio y excitación psicomotora. Disminuye el umbral convulsivo y provocar convulsiones en pacientes epilépticos usar con precaución a los triciclos.
 - Cardiovasculares.- Palpitaciones taquicardias y arritmias. Los antidepresivos triciclicos se deben evitar en pacientes con infarto cardiaco ya que aumenta los riesgos de arritmias ventriculares y paro cardiaco.
 - Alérgicos.- Reacciones alérgicas en la piel, puede provocar ictericia de tipo alérgico obstructivo.
 - Sexuales.- Producen impotencia, anorgasmia, disminución del lívido y trastorno de la prolactina, galactorrea, ginecomastia y amenorrea.
- **Otros efectos secundarios**

Aumento de peso. Aumenta el consumo de dulces y las caries dentales.
Náuseas, vómitos

3. Ansiolíticos e Hipnóticos

Los ansiolíticos son fármacos que se usan para aliviar los estados de ansiedad. Las benzodiazepinas son los ansiolíticos más utilizados; actúan sobre los receptores benzodiazepínicos, asociados con los receptores del ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Estos fármacos se prescriben a menudo a casi cualquier persona con síntomas de estrés, tristeza o enfermedades físicas leves, pero su uso carece de justificación en muchas situaciones. Las benzodiazepinas están indicadas para el alivio de la ansiedad intensa durante períodos cortos, pero no se aconseja su administración prolongada. Es necesario averiguar la causa del insomnio antes de prescribir un hipnótico y tratar los factores subyacentes siempre que sea posible. Una causa frecuente de insomnio suele ser el consumo de alcohol,

factor que los pacientes no suelen tener en consideración. Se pueden diferenciar varios tipos de insomnio:

- Insomnio pasajero: afecta a personas que normalmente duermen bien, y es debido a causas ajenas como cambios del turno de trabajo, desfases horarios o ruidos.
- Insomnio de corta duración: está relacionado casi siempre con un problema emocional o una enfermedad médica grave. Puede durar unas semanas y recidivar.
- Insomnio crónico: casi nunca mejora con los hipnóticos. Suele deberse a una dependencia leve motivada por una prescripción poco juiciosa. Son causas frecuentes: la ansiedad, la depresión (despertar temprano) y el abuso de alcohol y drogas. En estos casos es necesario tratar el problema psiquiátrico de base. Otras causas de insomnio son las siestas diurnas y los factores físicos, como el dolor, el prurito y la disnea.

- **Efectos secundarios**

Somnolencia, en dosis altas pueden presentarse disartria, confusiones y desorientación, aumento de conducta agresiva es raro y puede ocurrir más en individuos con personalidad impulsiva y comportamiento agresivo previo, puede agravar las afecciones bronquiales. Las benzodiazepinas pueden causar labio leporino y paladar hendido por lo tanto deben evitarse durante el primer trimestre del embarazo. Puede producir la sedación más de 24 horas. Disminución de la agudeza mental. Interferir con la coordinación y la capacidad laboral. Aumento del riesgo de accidentes cuando se combina con alcohol. Sobre dosis de 10 - 20 veces, produce intoxicación letal.

4. Otros ansiolíticos

Azaspironas.

Efecto adversos.- Mareos nauseas, cefalea, inquietud y a veces insomnio

Indicaciones.- el principal es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), ansiedad patológica, insomnio. Trastorno adaptativo o del ajuste. Trastorno de pánico. Trastorno de ansiedad generalizada. Fobias. Trastornos por estrés postraumática, depresión, trastorno bipolar y psicosis aguda, síndrome de abstinencia al alcohol

Farmacología.- Se clasifican en 4 grupos:

Alcoholes, Aldehídos

Barbitúricos

Hipnóticos no Barbitúricos

Antihistamínicos

Todas estas drogas deprimen el sistema nervioso central y en cantidades suficientes pueden provocar depresión respiratoria y muerte.

Manejo clínico. - Ninguno de estas drogas se utilizan como agente terapéutico en enfermedades siquiátricas la principal indicación de los Ansiolíticos es en el tratamiento en corto plazo de formas relativamente transitoria de ansiedad, temor o tensión. También se utilizan como sedantes Pre-Operatorios en el manejo de dolor de corta duración. En términos generales las Benzodiazepinas se usan más en medicina general que en psiquiatría.

Otros farmacos. - Fármacos para trastornos cognoscitivos:

Taccina (cognex).- La taccina ha sido aprobada para demencia tipo Alzheimer y es de variable utilidad. La mayoría cognoscitiva se ha observado en el lenguaje, atención, orientación, memoria. Ejecución de tareas simples y razonamiento.

Efectos adversos más comunes con elevación de transaminasas (por lo que se recomienda controles semanales las primeras 18 semanas y luego cada 3 meses) náuseas y/o vómitos, diarreas, mareo y cefaleas.

Antiparkinsonianos.- En psiquiatría se utiliza fundamentalmente para tratar los síntomas extrapiramidales de los medicamentos antipsicóticos.

Existen tres tipos de drogas:

- Anticolinérgico, amantadina es un agonista de la dopamina que ha sido empleado también para tratar los síntomas extrapiramidales incluido por antipsicótico como el parkinsonismo, la aquinesia y la disquinesia labial. Es eficaz igualmente que los anticolinérgicos, los efectos colaterales más comunes: mareos, insomnio y falta de concentración, constipación, sequedad de mucosa, visión borrosa retención urinaria, eyaculación tardía, fotofobia, trastorno de memoria y en casos severos se presentan un cuadro de intoxicación atropinica acompañado de delirium.
- Antihistamínicos.- Este grupo de fármacos se utilizan en psiquiatría para el tratamiento de síntomas extrapiramidales inducidos por antipsicóticos y como hipnótico y sedantes suaves. La citroheptadina: Posee efectos antihistamínicos, acción colinérgica, alternativa para tratar síntomas extrapiramidales, no producen dependencia física, también se utiliza como hipnótico, efectos secundarios: sudación mareos e hipotensión, náuseas, vómitos, diarrea y deficiente coordinación motora.
- Betabloqueadores.- Los antagonistas de los receptores beta adrenérgico se emplean en el manejo de ciertos síntomas como acatasia inducida por antipsicótico, el temblor y los síntomas somáticos de la ansiedad.

5. Psicoestimulantes.

Están aprobados para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la narcolepsia y algunas veces en la depresión.

Los psicoestimulantes son simpaticomiméticos y producen liberación, especialmente de dopamina produciendo estimulación de varias regiones cerebrales, en particular el sistema reticular ascendente.

Grupo compuesto por dextroanfetamina, metilfenidato y penolina de los cuales solo 2 últimos se utilizan, en especial el metilfenidato.

El empleo de estos fármacos para tratar de depresión sus indicaciones.

La depresión en ancianos o en pacientes con enfermedad médica crónica como el SIDA.

Los efectos adversos son: ansiedad, irritabilidad, insomnio, anorexia, palpitaciones y disforia.

Bromocriptina.- El uso principal es en el tratamiento de la enfermedad de parkinson.

En psiquiatría se utiliza en la terapeuta del síndrome neuroléptico maligno. Los efectos secundarios son los síntomas digestivos relacionados con la dosis, cefalea, mareo y sedación, en algunos casos se puede presentar movimientos involuntarios y síntomas sicóticos.

Clonidina.- Es empleado en psiquiatría en el control de síntomas de abstinencia de opiáceos y en el síndrome de Gilles de la Tourette.

Su mayor indicación en la actualidad es en el tratamiento de los síntomas automáticos de la abstinencia de opiáceos, como taquicardia, sudoración, lagrimeo, rinorrea.

Otras posibles indicaciones son en los trastornos de ansiedad, manía y esquizofrenias, efectos diversos son: Sequedad de la mucosa, fatiga, sedación, mareo, náuseas e hipotensión.

6. Bloqueadores del canal del Calcio

El verapamil (isoptin) es más utilizado en psiquiatría (trastorno bipolar).

Otra indicación es la crisis hipertensiva.

Los efectos adversos y comunes son: la hipotensión y la bradicardia.

También provocan nauseas, constipación, cefalea mareo y fatiga.

Hormona tiroidea.- Se emplea en psiquiatría como potencializadoras de los antidepresivos en casos resistentes.

7. Estabilizadores del Ánimo:

Se denomina estabilizadores del ánimo por ser efectivos tanto en la depresión como en la manía, en el trastorno bipolar, y por su capacidad de prevenir tanto los episodios depresivos como los maníacos en dicho trastorno.

Litio.- Australia en 1949, su utilidad en el tratamiento profiláctico en la enfermedad bipolar fue establecida en estudios bien controlados en la década del 60.

Su efectividad como antimaniaco ha estimulado un necesario y sano interés en el diagnóstico diferencial de las psicosis agudas 55% de las cuales son episodios maníacos que responden a este fármaco.

A diferencia de otros psicofármacos su uso se basa en niveles plasmáticos y no en dosis empíricas.

Farmacología.- Se absorbe fácilmente después de la administración oral y su nivel sérico pico se obtiene en 90 - 120 minutos.

Se distribuye igualmente por vía renal.

La vida media del litio en el organismo varía con la edad, de 18 - 20 horas en adultos jóvenes, a 36 horas en pacientes ancianos.

Indicaciones.- Manía e Hipomanía. El litio es la droga de primera elección en el tratamiento de la fase maníaco o hipomaniaca del trastorno bipolar.

Episodio depresivo mayor.- En el episodio depresivo mayor del paciente bipolar el uso del litio puede ser efectivo en algunos casos. En la mayoría es necesario agregar un antidepresivo.

Profilaxis del trastorno bipolar.- Está claramente establecido que el litio disminuye las recaídas tanto maníacas como depresivas del trastorno bipolar. Es más efectivo en la prevención de los episodios maníacos que los depresivos.

Ciclotimia.- el litio debe ser utilizado en las ciclotimias más severas, con marcado menoscabo psicosocial su efectividad en el subtipo depresivo.

Manejo clínico.- Antes de utilizar el litio (theralite, otros) se debe estudiar el estado renal y tiroideo del paciente (nivel sérico de creatinina, T3, T4 y TSH), también en el embarazo.

Durante el primer mes de uso se ordena litemias semanales; quincenales en los dos meses siguientes. En los pacientes que tienen litemias estables se repiten cada 3 o 3 meses. En el resto del primer años, y dos veces al año posteriormente.

Hay una serie de factores que pueden alterar la litemia como:

La edad, ya que la depuración renal del litio disminuye con el incremento de esta y por consiguientes los ancianos requieren dosis más bajas para obtener niveles terapéuticos.

El peso, los pacientes con mucha masa muscular requieren dosis relativamente más altas para obtener niveles terapéuticos.

Estado de la enfermedad, durante una crisis maníaca el paciente requiere y tolera dosis relativamente más altas.

La Dietas hiposódicas por la misma razón expuesta antes aumenta los niveles de litio con el peligro de toxicidad. Trastornos Hidroelectrolíticos pérdidas de agua o electrolitos por vómito, diarrea, sudor excesivo, pueden aumentar los niveles de litio.

Las funciones tiroideas y renales deben ser evaluadas periódicamente en los pacientes que reciben litio a largo plazo, está contraindicado en la falla renal o enfermedad tubular severa, el infarto agudo del miocardio y la miastenia.

No debe ser usado en el embarazo (primer trimestre y últimas semanas) ya que aumenta la incidencia de la cardiopatía de Stein. También puede producir letargo, cianosis y hepatomegalia en el recién nacido cuando la madre recibe litio durante los últimos meses del embarazo. Esta contra indicada en la lactancia, ya que se excreta en la leche materna.

Los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, diarreas, temblor fino, fatiga, aumento de peso, disminución de la memoria, también son frecuentes la poliuria y polidipsia, que se deben a la inhibición de la hormona antidiurética; Otros efectos secundarios más raros son edema de la cara y los tobillos, acné, foliculitis, reacciones alérgicas cutáneas, empeoramiento de la soriasis, caída del cabello, leucocitos.

Los síntomas tóxicos iniciales son dolor abdominal vómito, aumento del temblor, mareo, ataxia, somnolencia o inquietud, lenguaje arrastrado, visión borrosa y tinitus. La intoxicación más severa produce hiperreflexia, convulsiones, nistagmus, confusión, letárgica y estupor que puede eventualmente llegar al coma, arritmias cardíacas, insuficiencia renal o muerte.

8. Otros estabilizadores del Ánimo

Los bloqueadores de los canales de calcio también pueden ser útiles en la manía aguda y el tratamiento profiláctico del trastorno bipolar. El mejor estudiado es el verapamil (isoptin 240 - 480 mg/día), producen hipotensión y bradicardia y problemas de conducción cardíaca.

El clonazepan (ribotril) es un coadyudante del litio en la manía aguda (3 - 6 mg/día), y a veces en la profilaxis del bipolar.

La clozapina (leponex) es útil en la manía y parece que en casos difíciles también está indicada en la profilaxis.

Intervención de enfermería en psicofarmacología

- ✓ Detectar y hacer conocer al personal médico sobre los síntomas y signos que muestren los pacientes sometidos a tratamiento con psicofármacos
- ✓ Informar al paciente y familiares de la posibilidad de aparición de efectos indeseables y de su fácil corrección.
- ✓ Motivar y tener ocupado al paciente, evitando de esta manera su aislamiento y tendencia al encamamiento. Vigilar la aparición de estados depresivos.

- ✓ Vigilar y controlar la aparición de fenómenos neurológicos que son los más frecuentes y aparatosos. El paciente estará informado de los mismos y sabrá que son fácilmente corregibles. En el momento de la aparición de la crisis distónica será preciso estar al lado del paciente para tranquilizarlo. Mientras, se habrá dado aviso al médico que prescribirá la medicación correctora oportuna. Administrar Akinetónâ I.M. o I.V (muy lento) una ampolla en este tipo de urgencia.
- ✓ Se tomará la presión 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. Es imprescindible advertir al paciente anciano que debe de pedir ayuda para levantarse (prevención de caídas).
- ✓ 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 y no bebiendo cantidades exageradas de líquidos que disminuirán el apetito y edematizarán al paciente. Insistir en una correcta higiene buco-dental para prevenir la aparición de candidiasis, aftas y caries que se ven favorecidas por la hiposialorrea.
- ✓ Es preciso tomar la temperatura y la frecuencia cardíaca cada 12 horas. Ante la aparición de hipertermia inexplicable debe de suspenderse el tratamiento.
- ✓ Vigilar y controlar la correcta alimentación del paciente asegurando así mismo un suficiente aporte de líquidos. El paciente 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.
- ✓ Vigilar y controlar a diario, preguntando al paciente, la existencia de retención urinaria y/o estreñimiento, como efecto del medicamento

TERAPIA PSICOFISICA

Tratamiento electro convulsivo psicocirugía y otros tratamientos biológicos.



<http://psicologiaelectroconvulsiva.com>

1. **Terapia electro convulsiva.** - La inducción artificial de la crisis convulsiva, se inició en 1933 cuando SAKEL, introdujo la insulino-terapia, posteriormente MENUDA, utilizó el alcanfor, y después el cardiazol para provocar convulsiones en 1939 CERLETTI y BINI desarrollaron el tratamiento electroconvulsivo (TEC), que es la única modalidad de tratamiento convulsivo utilizado en la actualidad.

Antes de la introducción del TEC, la mortalidad de la enfermedad depresiva era hasta de 10 - 15% por año, tanto por suicidio como por otras causas.

La mortalidad disminuyó, considerablemente después de que este tratamiento fue introducido.

Indicaciones: la mayoría de indicaciones actuales se relacionan básicamente con dos situaciones, pacientes con ciertos trastornos que no responden a la terapia farmacológica. Está contraindicado en:

- Depresión severa unipolar o bipolar de características siquiátricas o con síntomas endógenos, agitados o retardados o con riesgo serio de suicidio, constituye la principal indicación del tratamiento electroconvulsivo.

- Manía TEC, no es el tratamiento de elección en la manía pero es efectivo cuando el paciente no responde satisfactoriamente a las drogas antipsicóticas y al litio.
- Esquizofrenia.- El tratamiento de la (TEC), tampoco es de elección en la esquizofrenia pero es particularmente efectivo en la esquizofrenia catatónica y cuando hay agitación severa.

Mecanismo de acción. - El requisito básico de la efectividad del TEC, es la producción de una crisis convulsiva generalizada de más de 25 segundos de duración. En estudios con primates señalan que el TEC, promueve la liberación de serotonina y norepinefrina y a largo plazo disminuye la sensibilidad de receptores beta adrenérgicos postsinápticos, debido a que los trastornos del efecto hay desincronización de ritmos circadianos se ha postulado que el TEC, resincroniza estos ritmos de manera analógica a cómo opera la desfibrilación cardíaca.

Técnica. - Consiste en la aplicación a través de dos electrodos bitemporales de una corriente eléctrica de 100 a 130 voltios durante 0.1 a 4 segundos de duración, aunque ha tenido varias modificaciones tales como el uso de un anestésico de acción corta, un relajante muscular, oxigenación el monitoreo de la convulsión por EGG, la colocación de electrodos unilaterales en el hemisferio no dominante y la utilización de estímulos eléctricos de pulso breve. Las primeras modificaciones mencionadas han sido universalmente aceptadas ya que han disminuido las fracturas, dislocaciones, la sobre estimulación vagal, y el medio que desarrolla los pacientes con el método antiguo.

Contraindicaciones. - Entre las pocas contraindicaciones absolutas de este tratamiento están el infarto del miocardio o accidentes cerebrovasculares durante seis semanas previas, edema cerebral, elevación de la presión intracraneana y aneurisma aórtica, o cerebrales. El embarazo no constituye una contraindicación.

Efectos Secundarios:

El más común es la pérdida de memoria (anterograda y retrograda) y la confusión mental. Estos efectos se presentan especialmente después del 5º tratamiento y desaparecen entre 3 a 6 semanas.

- 2. Psicocirugía.** - Esta modalidad fue introducida en 1935, por MONIZ y LIMA, es todavía más controvertida y criticada. Su utilización indiscriminada en los primeros años con el empleo de métodos quirúrgicos burdos dio lugar a críticas justificadas.

La introducción de los psicofármacos ha venido relegando gradualmente la psicocirugía a un lugar muy secundario.

Indicaciones. - La psicocirugía ocasionalmente se emplea como una medida de último recurso para tratar agresión patológica o automutilación, comportamiento a menudo asociado con epilepsia, retardo mental, esquizofrenia. Las técnicas preferidas en estos casos son amigdalectomía y la hipotalotomía.

Trastornos obsesivos compulsivos y afectivos.- La gran mayoría de la psicocirugía actualmente se practica en el tratamiento de trastornos crónicos severos que no han respondido a otros métodos de tipo obsesivo.

Agresión patológica.- La psicocirugía ocasionalmente se emplea como medida de último recurso para tratar agresión patológica comportamientos asociados con epilepsia, retardo mental, trastorno de personalidad o esquizofrenia crónica.

Dolor Intratable.- Se ha realizado también psicocirugía en pacientes con dolores crónicos y debilitantes que causan sufrimientos excesivos.

OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS.

- **Terapia lumínica.** - Esta modalidad terapéutica se aplica en el trastorno depresivo estacional o sea aquel en que los síntomas aparecen en el otoño o invierno. También se llama fototerapia y consiste en la exposición diaria por cerca de una hora a la luz artificial brillante.
- **Sueño prolongado.** - Desde tiempo inmemorial el hombre aprendió a refugiarse en el sueño mediante el alcohol y drogas estupefacientes, para hurtarle al cuerpo los sinsabores de la vida.

Klaesi (1922), fue el primero en proponer el sueño prolongado como tratamiento de las perturbaciones mentales. En el Reino Unido y en la Unión Soviética, todavía se emplea con cierta frecuencia solo o asociada al TEC, o a psicofármacos antidepresivos, se usa en el tratamiento de la crisis de ansiedad, principalmente en el comienzo del tratamiento de depresiones ansiosas.

Durante 10 - 15 días se mantiene al enfermo en coma en un lugar lo más aislado posible, durmiendo de 12 - 20 horas por día, para asegurar su sueño se le administra una mezcla de neurolépticos en dosis adecuadas para cada paciente. El enfermo no se levanta sino para comer, evacuar, debe cuidarse la hidratación, el sueño prolongado no cura pospone los problemas y ayuda a clamar la angustia.

- 3. Agripnia o privación de sueño.** - Llamado insomnio provocado. Los melancólicos suelen sufrir de insomnio, con despertar precoz y ansioso, pues bien, se ha comprobado que la privación de sueño puede resultar terapéutico sobre todo en las depresiones endógenas graves y de recientes apariciones.

El mecanismo de acción puede hallarse ligado a modificaciones metabólicas del acetil colina. Una, dos o tres veces por semana, el melancólico es mantenido en vigilia durante toda la noche.

La privación del sueño todavía es experimental, se basa en que la privación de sueño por una noche produce la mejoría en pacientes con depresión.

El efecto terapéutico es inmediato y tanto más seguro cuando el tratamiento se realiza en una institución en grupos y con la ayuda de personal especializado, que entretiene al enfermo para evitar que se duerma.

Intervención de enfermería en psicofísica

- Preparación pre y post electrochoque
- Comunicar al psiquiatra para realizar el procedimiento en caso de conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás. Y que se encuentre agitación no controlable con medicamentos o cuando hay negación del paciente a descansar.
- Situaciones en las cuales el paciente no puede ser controlado de otra manera, para administrar la medicación, periodos en los que no se pueden administrar los fármacos no hacen el efecto esperado. Estados de confusión, pacientes suicidas.
- Antes de la administración de la terapia física realizar el examen de prueba de embarazo.

TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO O PSICOTERAPIA



Definición. - Se basa en la aplicación de técnicas psicológicas encaminadas a aliviar el sufrimiento emocional de una persona. En términos generales quienes requieren la ayuda son aquellas personas con grado considerable de angustia, inseguridad básica, pérdida de autoestima. Normalmente cualquier persona puede experimentar en algún momento de su vida alguna de las condiciones ya expuestas.

1. Psicoterapia individual. - Los pacientes que más se benefician con esta terapia son los que padecen neurosis, tales como la histeria de ansiedad (fobias) algunos estados obsesivos e histéricos.

El tratamiento estará supervisado por un terapeuta entrenado, siendo el elemento más importante la relación creada entre el paciente y él, luego de un tiempo por su naturaleza es un tratamiento largo, basado en años, caros, tanto en tiempo como en dinero, se utiliza para pacientes ambulatorios, el papel que desempeña la enfermera es mínimo.

La psicoterapia individual se sub-divide en:

1.1.- Supresiva

1.2.- De sostén o de apoyo

1.3.- De relación

1.4.- Expresiva

1.5.- psicoanálisis

1.6.- Hipnoterapia

1.7.- Terapia por medio de fuego, música, relajación

1.8.- Terapia del comportamiento.

1.1. Psicoterapia Supresiva.- El objeto de la psicoterapia supresiva es detener la enfermedad clínica y es posible volver al paciente al estado pre-morbo en este tipo de terapia los pensamientos, sentimientos o impulsos inconscientes es combatida activamente.

La actitud del terapeuta es de firmeza, autoritaria, técnicas como la persuasión, la interacción llena de confianza al paciente.

Se emplea en el tratamiento de psicosis incipiente, de tenidas o moderadas, en algunos casos es empleada en el tratamiento de neurosis, el objetivo legítimo no es la solución de los conflictos neuróticos sino la prevención de ganancias secundarias.

1.2. Psicoterapia de Sostén o de Apoyo.- Aquí el terapeuta presta algunos de sus recursos al paciente con la misma facilidad, en otras palabras el paciente se le permite y ánima a depender del terapeuta mientras agrupa sus propias defensas.

También se emplea las técnicas como el interés amistoso, la sugestión y la tranquilización, el paciente puede discutir sus problemas conscientes y obtener alivio.

La psicoterapia de apoyo se emplea en pacientes en buen estado de salud que ha presentado trastornos psiquiátricos solo en respuestas a intensas presiones, del momento, esta técnica permite recuperar a su estado primitivo.

- 1.3. Psicoterapia de Relación.- En este caso la relación particularmente en su aspecto inconsciente ocupa un grado excepcional el centro del problema. El terapeuta trata de sostener actitud interesada comprensiva y desprovista de juicio.

Debe ser apegado a la realidad desprovisto a valorar su mentalismo y tratar de ayudar al paciente a valorar su propia conducta y medio ambiente de modo correcto no aprobará los elementos destructivos patológicos de la conducta del paciente como ser humano con potencialidad valiosa, hay una interacción importante entre el paciente y el terapeuta.

- 1.4. Psicoterapia Expresiva.- Mediante esta técnica se ayuda a expresar verbalmente de modo libre y completo: pensamientos, sentimientos, preocupaciones y problemas de lo que paciente está consciente, pero en los cuales no se hizo ningún intento de llegar a los datos reprimidos.

- 1.5. Psicoanálisis.- La palabra psicoanálisis puede ser usado correctamente en cualquier de los sentidos.

Para designar un conjunto de hechos y de teorías de la psicología del hombre.

Para asignar un método de psicoterapia. La personalidad y la conducta del paciente, incluyen factores que han originado en los años más tempranos de su vida estos son explorados y aclarados de un modo muy claro. La regla básica de psicoanálisis es que debemos recibir instrucciones mediante la comunicación verbal del paciente con el analista debe hacerse en forma de asociaciones libres, en el proceso de libre asociación el paciente trata hasta el pensamiento, permitiendo de este modo que la corriente de su habla representa el juego espontáneo de su pensamiento tal como sucede en una soñación (soñar de día). El tratamiento psicoanalítico tiene que ver con el fenómeno denominado transferencia.

1.6. Hipnoterapia.- Puede ser definida como un estado artificialmente producido emparentado con el sueño, en que el sujeto entra en relación íntima con el hipnotista, las sugerencias que hace el hipnotista virtualmente no pueden ser distinguidas de su propio ego.

1.7. Terapia por Medio del Juego. - En este tipo de tratamiento se alienta al paciente a ejecutar juegos imaginarios con diversos juguetes u otros materiales.

Es una técnica que hace posible que el paciente se exprese por si mismo, el paciente y el terapeuta se comunican no verbalmente (gestos, señas).

1.8. Psicoterapia de Conducta. - Indica el énfasis que los practicantes ponen sobre una conducta franca y abierta en oposición a la exigencia que del psicoanalista y psiquiatra. La dinámica nace en aspectos e inconscientes de la vida mental.

Ejemplo: El terapeuta conductista como el psiquiatra que sigue orientaciones dinámicas (al realizar una terapia de sostén), recurrirán a técnicas de sensibilización, de sugestión positiva, de relajamiento y de seguridad.

2. Psicoterapia grupal. - La modalidad de psicoterapia de grupo ha experimentado notable auge en los últimos años. Este interés obedece a la demanda no satisfecha de psicoterapia individual y otra parte como alternativa de atención, característicamente diferente para ciertos trastornos psicopatológicos.

Usualmente el proceso terapéutico grupal tiene una duración hasta de un año, tiene una frecuencia de una sesión semanal de 90 min. de duración. La relación grupal permite una interacción social destinada a un enriquecimiento mutuo por medio de la observación de los sentimientos que se desarrollan entre los miembros del mismo. Permite el grupo además una interacción con expresión de sentimientos y actitudes que en la vida corriente del individuo permanecen fuertemente reprimidos por carencia de estímulos provenientes de otros

miembros igualmente enfermos. La dinámica grupal es a su vez orientado por el terapeuta líder del grupo.

Los principios de estos grupos son básicamente similares los requisitos para participar en ellos son: Ser adictos a las drogas: Terminar con la adicción, alcohólicos: terminar con el alcoholismo.

La enfermera debe conocer la existencia y las funciones de estos y otros grupos similares, para ser capaz de avisar al paciente y ayudarlo, si es posible a entrar en contacto con ellos.

Se divide en: Grupos Homogéneos, grupos Heterogéneos, psicodrama, reuniones de Sala.

2.1. Psicodrama. - En este procedimiento la sesión comienza actuando como en el caso de una pieza teatral por algunos miembros, refiriéndose a algunas situaciones de conflictos de las relaciones humanas. Ejemplo: una joven trae a su casa a cenar a un amigo a quien sus padres desaprueban.

En el cual el episodio que va a producirse y la distribución de los papeles lo hace el director del grupo, más tarde se hace cargo de ambas funciones todo el grupo y la actuación es a voluntad, luego vienen las conclusiones del grupo donde participan todos los miembros.

2.2. Reuniones de sala. - Las reuniones de sala tiene como foco natural la discusión de asuntos que corresponde a la vida del hospital.

Por otra parte, ofrece desventaja sobre las reuniones ordinarias de sala y estas desventajas originan en la mayor actividad y la mayor responsabilidad de los pacientes.

Aumento de la autoestima que se deriva de la identificación del grupo de pacientes con sus representantes que pueden ser activos para modificar el medio ambiente de la sala.

Disminución del sentimiento de culpa con frecuencia estimulado por la posición pasiva dependiente de los enfermos del hospital.

- 3. Terapia familiar.** - En esta modalidad se postula quien está enfermo no es el miembro individual sino la relación familiar. El objetivo terapéutico no está centrado en los procesos psicodinámicos individuales, sino en la teoría de los sistemas entendiéndose cada uno de los miembros de la familia como unidades o subunidades del sistema principal con los roles asignados y características psicopatologías específicas. Es como lograr a veces demostrarse en la interpretación terapéutica de la familia, el hecho de la psicopatología individual de uno de los miembros no sólo aparece como precipitada por la psicopatología familiar, sino que además esta misma alternativa incluso a veces psicótica, es indispensable para sostener la unidad familiar. Se puede observar cómo los miembros no sintomáticos se resisten a un cambio en el estado mental del enfermo emergente quien se constituye así en el problema de la relación anormal de sus familiares.

Esta terapia es una modalidad difícil de realizar por la resistencia u obstrucciones de algunos miembros quienes carecen de la suficiente motivación para un tratamiento.

Tiende a ser cada día más aceptada como la mejor forma de intervención disponible.

Bases y técnicas de psicoterapia familiar. - Existen técnicas que se utilizan frecuentemente en este tipo de psicoterapia para promover la mejoría psicológica, y también son útiles en el proceso de evaluación y diagnóstico, estos son:

- a) Escuchar y entender
- b) Facilitación o evocación
- c) Apoyo
- d) Ventilación de sentimientos

- e) Dirección
- f) Estructura o manipulación ambiental
- g) Clarificación
- h) Educación
- i) Persecución o reestructuración cognoscitiva
- j) confrontación
- k) Interpretación
- l) Sugestión

Entender. - Escuchar no es procedimiento pasivo y distante, mediante esta actitud el médico le trasmite al paciente que él está interesado y participante. La comprensión no se expresa por medio de comentarios muy largos, se debe economizarse el lenguaje intentando clarificar lo que el paciente está diciendo y ayudando a facilitar el flujo de la comunicación. La clarificación se refiere al procedimiento por el cual el médico se asegura de que él y el paciente estén atendiendo lo mismo. No debe olvidarse que el objetivo principal del médico es de ayudar al paciente a que se exprese, el médico no debe hacer preguntas innecesarias, explicaciones prematuras o discursos, ni interferir la comunicación del paciente. Los errores más frecuentes hechos por médicos inexpertos son por ejemplo hablar a menudo, reasegurar muy rápidamente o intentar explicar los síntomas del paciente prematuramente.

Facilitación o evocación. - Corresponde a las acciones que puede tomar el médico para estimular la comunicación y obtener mayor información. La evocación puede ser directa o indirecta. Es directa cuando se pregunta especificando lo que se quiere conocer, pero siempre evitando sugerir la respuesta por ejemplo cuando le da el dolor. Para evitar responder o respuestas inducidas no se debe preguntar en forma que la respuesta sea en forma sí o no, ejemplo: El dolor le da después de la comida. La evocación es indirecta cuando se invita a estimular al paciente a continuar elaborando un tema sin

especificar el contenido de lo que se quiere conocer. Esto se hace generalmente repitiendo parte de lo que el paciente acaba de repetir, si el paciente, por ejemplo: dijo “últimamente me han venido dando dolores de estómago”, el médico puede repetir “dolor es de estómago” en forma de pregunta o mostrando interés. Otra manera de evocación indirecta es resumir lo que el paciente acaba de decir o preguntar simplemente “hay más que quiera añadir o contarme”. El silencio guardado por el médico entre frases o comentarios del paciente también sirve en algunos casos como estímulo indirecto para evocar más acerca de un determinado tema.

Apoyo. - Son todos los actos que comunican el interés o comprensión del médico por su paciente o que promuevan más seguridad en la relación ejemplo: sería el comentar “ya entiendo” o “ha pasado Ud. por una experiencia muy dura”. También se dirige a aquellas expresiones que se dirigen a restaurar el bienestar o confianza del paciente, especialmente cuando el temor o ansiedad; ejemplo:

“Yo creo que todo saldrá bien” un apoyo más específico que generalmente es más útil serio, por ejemplo: “con esta medicación muchos pacientes afectados con su enfermedad mejoran, pero si usted no mejora hay otras que podemos emplear”. El apoyo más específico no debe hacerse hasta que el médico haya examinado cuidadosamente el problema o puede causar desconfianza o inseguridad. En general la reaseguración va orientada a indicarle al paciente que su situación no es tan desesperada no es tan mala como él piensa. También constituyen maniobras de apoyo, resumir lo que el paciente a dicho, el afirmar verbalmente o con la cabeza, el sonreír con la aprobación.

Ventilación de sentimientos o abreaccion. - Al permitir la comunicación verbal y no verbal de sentimientos que habitualmente el paciente no expresa como: rabia, tristeza. La tensión y ansiedad van a reducir y por consiguiente disminuir ciertos síntomas que dependen de ella, como, por ejemplo, una cefalea tensional. El efecto terapéutico de la abreacción es reforzado por la actitud comprensiva del médico, desprovista de elementos condenatorios o moralistas.

Dirección. - Son afirmaciones o actos que indican, instruyen o exigen claramente lo que debe hacerse; ejemplo: “debe tomar esta medicación tres veces al día por cinco días”. Hay que tener en cuenta que en relación a aspectos emocionales o el manejo de la vida en general, esta técnica es poco útil y rara vez debe ser usada. De otro lado es necesario acudir a expresiones directivas tales como, “no le podré ayudar si no me cuenta más acerca de su vida sexual”, pero siempre teniendo en cuenta las ventajas y los riesgos que se corren al ejercer la autoridad médica en esta forma. La autoridad del médico solo debe emplearse cuando a medidas menos potentes han fallado o en caso inmediato de peligro a la vida del paciente.

Estructuración o manipulación ambiental. - Es otra medida de soporte que debe usarse en ciertos casos que comprenden la intervención sobre el ambiente que rodea al paciente; ejemplo: de modalidad serían la hospitalización, la intervención con personas significativas en la vida del paciente, el liberarlo transitoriamente de ciertas responsabilidades asignándolas a otros miembros de la familia.

Clarificación. - Son experiencias del médico que tiene el fin de estimular decisiones o planeación al indicar alternativas y consecuencia sin dirigir al paciente a seguir un curso específico de acción; ejemplo: “si usted se separa de su esposa va a tener que vivir con menos ingresos económicos y estará más sólo, pero si no lo hace continuará experimentando la tensión y dificultades que existen en su matrimonio”. Incluye expresiones o actitudes o expresiones no verbales que de una u otra forma dan consejo, dirección sutil o guía sin que el paciente se sienta obligado, por ejemplo, una actitud optimista al formular sugiere sin decirlo, “Usted se va a sentir mejor” o comentarios como “yo creo que usted va a dormir mejor”.

Educación. - La información que imparte el médico acerca de temas relacionados con la salud y enfermedad puede tener un gran valor, desde el punto de vista de prevención primaria, pero también posee importantes efectos terapéuticos, cuando determinados síntomas están basados en concepciones erróneas como sería, por ejemplo: La ansiedad causada por la creencia de que la masturbación puede provocar impotencia.

Persuasión o reestructuración cognoscitiva. - Estrechamente ligado con el enfoque selectivo la estructuración cognoscitiva pretende modificar de una manera más sistemática actitudes o conceptos erróneos o mala adaptación por medio de razonamientos lógico y racional. Ciertas depresiones por ejemplo pueden deberse a metas muy elevadas y pocos realistas.

Confrontación. - Es un comentario que comprende el paciente con algún elemento de un comportamiento que no estaba siendo expresado verbalmente, sino en forma no verbal, por ejemplo “lo noto triste”.

Interpretación. - Son comentarios que adscriben motivos conscientes o inconscientes a la conducta observable, usualmente ligando esto con otros cuentos, como, por ejemplo; “Pose el comportamiento que haya venido mostrando veo que Ud. parece desconfiar de mí, así como desconfía de otras personas”. Esta técnica se usa rara vez, depende del tipo de psicoterapia que se da en la práctica médica.

Sugestión. - A través de esta técnica se modifica conductas, sugestionando al paciente de las actitudes negativas y transformándolas en positiva.

- 4. Psicodinámicas:** Cuando una persona busca ayuda ante una figura de autoridad y profesionalmente idónea para sus desajustes emocionales o sus problemas de relación interpersonal, decimos que se dan condiciones para el establecimiento de una psicoterapia, habida cuenta que dicha ayuda está basada en la comunicación. La psicoterapia surgió a comienzos del siglo XX con Sigmund Freud, a través de su teoría sobre el psicoanálisis.

Desde el punto de las ciencias sociales no requiere que las personas se relacionen psicológicamente y este sentido ha permanecido como vigencia indiscutible, aunque ampliada en su perspectiva.

Desde el punto de vista de la técnica está basada en las premisas teóricas básicas del inconsciente y el simbolismo del lenguaje y las actuaciones humanas.

Desde el punto de vista de la eficacia del método psicoterapéutico afirma que todas las formas universales de ayuda emocional, en alguna proporción de elementos comunes como la persecución y la sugestión.

Elementos básicos. -

- El tipo de trastorno emocional
- La personalidad básica y los recursos adaptativos de quien tiene el sufrimiento emocional.
- La personalidad, fundamental teórica y habilidades específicas del psicoterapéutico.
- Los objetivos del tratamiento, acordados contractualmente con base en los anteriores criterios.

1. Trastornos emocionales.- En cuanto al trastorno emocional, podemos decir en términos generales quienes requieren la ayuda, son aquellas personas con grado variable de angustia, inseguridad básica, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, conflictos en la vida de relación e insatisfacción en sus realizaciones.
2. Personalidad básica y recursos adaptativos.- Un cierto número de personas logran, gracias a su estado de integración psíquica y a sus recursos adaptativos, sonríen a situaciones de conflictos o crisis emocional transitoria, sin el recurso de ayuda del psicoterapeuta.

Otro número de personas sin embargo se verán abocados a una situación de restricción o impotencia en su desempeño psicosocial, con incapacidad para comprender más o menos aún para solucionar por si mismo su conflicto o angustia limitando por ello, el goce de la vida. Un componente fundamental de la psicoterapia es precisamente la motivación o decisión de voluntad.

La psicoterapia de tipo expresivo o psicodinámica resuelve para muchas personas un vacío afectivo y comunicacional que el momento de consulta

genera una sensación de abandono o desesperanza y pérdida de la estima personal.

Ser escuchado y comprendido en medio del sufrimiento emocional, es el comienzo del rescate de la autoestima. Un requisito también pertinente al carácter expresivo de la psicoterapia de orientación dinámica es suficiente grado de fuerza integradora del yo en términos de: capacidad de tolerancia a la frustración y en la estima dirección, capacidad de aplazamiento de las gratificaciones, capacidad para establecer algún tipo de relación interpersonal significativa en el pasado de la persona, capacidad de mirada interior psicológica por lo cual se hace posible la interiorización.

3. Personalidad fundamental teórica y habilidades específicas del psicoterapeuta.- Un psicoterapeuta debe tener una formación de entrenamiento profesional debe poseer unos dotes humanísticos, debe tener una capacidad de empatía que posibilite ubicarse en la situación de conflicto de la persona de consulta y debe ser flexible en sus criterios, inspirar confianza y apoyo.
4. Objetivo terapéutico.- El objetivo es formar una relación terapéutica que en esencia es una armonización entre los deseos del paciente de ser comprendido y gratificado en sus necesidades de dependencia y la función de interpretar y controlar dicha dependencia de carácter infantil promoviendo a la vez el esclarecimiento de la conducta neurótica y por ende la madurez y autonomía del paciente.

Variedades de psicoterapias

1. Psicoterapia psico analítica:

- 1.1. Psicoanálisis.- Está encaminado a hacer conscientes los procesos inconsciente que determinan la conducta neurótica. También es un procedimiento de reducción de la personalidad y como tal, exige una exploración de todos los elementos contributarios del desarrollo del individuo, desde la infancia.

- 1.2. Análisis de la resistencia.- Es el rechazo al cambio de los patrones de comportamiento habitual.
- 1.3. Asociación libre.- Expresa en forma abierta y no controlada las ideas que cursan por su mente, posibilitando con ello, la liberación de represión que controla la emergencia de material inconsciente.
- 1.4. Análisis del sueño.- consiste en hacer una historia del sueño con la orientación del psicólogo favorece a la regresión y es una vía para acceder al inconsciente.
- 1.5. Trasferencias.- El paciente proyecta en su análisis de actitud o emociones que son evocativas de experiencias previamente vividas o actualmente vigentes, con personas emocionalmente significativas.

El psicoanálisis está indicado para personas con ciertos trastorno neuróticos. Su duración suele ser entre 2 a 5 años, con una frecuencia de 4 a 5 sesiones semanales de 50 minutos de duración.

2. Psicoterapias de orientación analítica.- El objetivo se centra en los conflictos interpersonales actuales. La psicoterapia de orientación analítica tiene además las indicaciones completada para el psicoanálisis, alguna conducta psicótica moderada sin antecedentes de cronicidad o deterioro marcado de las funciones yoicas. Su duración es de 1 a 2 años con una frecuencia de 1 a 2 sesiones semanales de 50 minutos de duración.
 - 2.1. Psicoterapia breve.- Se entiende como una modalidad de intervención realizada en un número breve de cesiones, desde 15 a 40 con una intensidad de 2 sesiones semanales de 50 minutos de duración. El objetivo del tratamiento se centra en su conflicto emergente de la vida del consultante.
 - 2.2. Psicoterapia en grupo.- Presenta un gran auge debido a la demanda insatisfecha de la psicoterapia individual. El proceso terapéutico tiene una duración de un año con una frecuencia de 1 sesión semanal de 90 minutos. La relación grupal, permite una interacción social destinada al

enriquecimiento mutuo por medio de las vivencias de los sentimientos que se desarrollan en sus miembros.

- 2.3. Psicoterapia de apoyo.- Es aquella encaminada a fortalecer el yo que es afectado por trastorno sicóticos o situaciones externas a la persona que producen una ruptura grave en la forma de comportamiento psíquico habitual.

OTRAS PSICOTERAPIAS

Autocontrol, Alarma para el aneurisma, Modelaje práctica masiva de tratamiento adversitos. Entrenamiento asertivo

PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA

Se trata de modificar uno o más patrones alterados de pensamiento que caracteriza al trastorno como temores fraccionales o el pesimismo exagerado de un deprimido.

El primer paso consiste en identificar las ideas racionales, ya que estas no son siempre consiente y evidente para el paciente. El abordaje de las ideas irracionales se realiza por medios verbales o comporta mentales.

Terapia de familia. - el objetivo son de reconocer el patrón a menudo encubierto que mantiene el balance, ayudar a la familia a comprender el significado de estos patrones y estimulan el cambio que dé lugar a una función más adaptativa.

Terapia de pareja. - orientada a modificar la interacción de dos personas en conflicto sobre cualquier aspecto importante de la vida de pareja como las necesidades afectivas, sexuales, el manejo de dinero. su objetivo puede ser relativamente limitados como la ayuda de resolver problemas puntuales.

Psicoterapia interpersonal. - su indicación primordial son los de presiones moderadas o leves.

Hipnoterapia. - La hipnosis es un estado de intensa concentración localiza con suspensión relativa de la conciencia del entorno.

El trance hipnótico, el sujeto puede recordar eventos no conscientes en la vigilia y revivirlos con la misma intensidad que cuando ocurrieron.

Intervención de enfermería en psicoterapias

- ✓ La psicoterapia comienza identificando problemas conductuales. En la gran mayoría de los casos la persona no es consciente que su forma de pensar o su filosofía de vida, es la que le genera malestar, alteración y determinados síntomas.

- ✓ Identificar la Sintomatología que suele achacar a otras causas habitualmente externas. Esto se produce porque la persona ha pensado así todo su vida y cree, erróneamente, que pensar así es normal por el mero hecho que lleva toda su vida haciéndolo.
- ✓ En la psicoterapia lo primero que se hace es encontrar estos errores, identificarlos como tales y conseguir que el paciente sea plenamente consciente de ellos.
- ✓ Una vez que se han identificado estos errores, a veces muy sutil es, comenzar la labor de rehabilitación entrenando a la persona para que piense de una manera más sana.
- ✓ Para esto se realiza una reflexión conjunta y razonada con el paciente y terapeuta, acerca de los planteamientos insanos que presente el paciente, que posibilite que el paciente aprenda a reconocerlos y posteriormente los erradique. Al mismo tiempo se intenta que comprenda y acepte conceptos terapéuticos y que los entrene y automatice enseñando de esta forma al cerebro a pensar con estos datos y conceptos nuevos, consiguiendo de esta forma un funcionamiento sano de su cerebro y beneficiarse de esta forma de todos los beneficios psicológicos que esto conlleva.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS

Definición. - Una emergencia psiquiátrica corresponde al pedido del paciente o de otras personas (familiares, amigos empleadores, policía, etc), para evaluar inmediatamente la conducta perturbada de un individuo. La urgencia puede ser vivida conscientemente por el paciente como en el caso de un intento de suicidio o de un ataque de pánico, o podría no ser consciente para el individuo como ocurre en los estados confusionales o crisis psicópatas produciéndose una situación de tensión o alarma por parte de las personas relacionadas con el individuo, de tal manera que la urgencia es definida por personas que observan la conducta del paciente.

Evaluación. - El primer paso en la evaluación de una emergencia psiquiátrica como en cualquier urgencia médica constituye el determinar si hay una amenaza a la vida.

Hay tres problemas urgentes que requieren atención médica inmediata:

El paciente violento o potencialmente violento.

El paciente con una condición médica potencialmente fatal y que se presenta con un comportamiento alterado

El paciente con riesgo severo de suicidio.

En general la emergencia psiquiátrica puede considerarse como un trastorno en un sistema cuyos tres componentes son: el estado biológico, el psicológico y el social.

Estado biológico. - Este se evalúa por medio de la entrevista médica y del examen físico.

Puede ser sugestivo de un problema orgánico el que haya ocurrido un cambio abrupto de personalidad que el individuo tenga una historia previa de buen ajuste, y funcionamiento psicosocial cuando se presenta fluctuaciones rápidas y periódicas en el estado mental o cuando hay signos de trauma, enfermedad aguda, o signos vitales anormales en asociación con una conducta perturbada.

Estado psicológico. - La evaluación del estado psicológico se hace realizando un examen del estado mental y obteniendo una historia psiquiátrica.

Una técnica útil cuando se va a entrevistar a un paciente que parece ser difícil es lo siguiente:

El médico debe presentarse, preguntarle al paciente que le diga cuál es el problema y luego escuchar durante cinco minutos. Generalmente, el paciente percibirá el interés de escucharlo, se sentirá algo incomodo con el silencio y comenzará a hablar, se debe tratar de no interrumpir por varios minutos, y mientras tanto observar la apariencia, la conducta del paciente, así como la manera en que está manejando esta situación, y como se siente usted con él. De esa manera el médico tendrá una idea de que tan agudo es el problema, que tan severo es y si el paciente es capaz de responder al interrogatorio médico.

Estado social. - este se investiga obteniendo información sobre la situación familiar, laboral y de relaciones interpersonales, bien sea del mismo paciente o de otras personas. es muy importante indagar por pérdidas, cambios recientes a nivel social o interpersonal ya que estos frecuentemente son los precipitantes de la situación de urgencia.

Principios generales de manejo. - ante una emergencia psiquiátrica el médico cuenta con cuatro recursos importantes: Relación médico paciente o habilidades psicoterapeúticas. - ante todo el médico debe tener en cuenta que en toda emergencia el paciente, la familia, la policía o las personas que rodean al enfermo están confusas, a menudo desesperadas sin saber qué hacer. el médico va a manejar la situación de una manera calmada, pero con autoridad y firmeza.

Habilidades psicoterapéuticas:

- Escuchar. - escuchar al paciente y comunicarle que usted ha entendido lo que él le está tratando de decir. es una parte esencial tanto en la evaluación como en el tratamiento. si usted escucha cuidadosamente, el paciente le dirá cuál es el problema y qué necesita.

- Silencio. - se usa como un método específico para estimular al paciente a comunicarse, dando información útil para el diagnóstico y el tratamiento. el silencio causa un grado de ansiedad que lleva al paciente a hablar para llenar el vacío de silencio. el médico implica por su silencio que él está dispuesto escuchar.
- Empatía. - es la capacidad de entender cómo se siente otra persona y de comunicarle esta comprensión, es diferente de la simpatía. ejemplo: simpatía sería decir “siento mucho de lo que paso”. la simpatía coloca una carga en la otra persona, a menudo haciéndola sentir culpable por hacerlo sentir mal a usted, mientras de la empatía implica comprensión y confirmación de un sentimiento.
- Transferencia. - es el desplazamiento de sentimiento que pertenecía a alguien en el pasado hacia una persona en el presente. es común que hacia el médico el paciente sienta confianza y respeto, así como que espere ayuda de él debido en parte que él paciente está trasladando hacia el médico sentimiento positivo que tuvo hacia sus padres.
- Establecer límites. - a veces cuando él paciente transgrede estas normas es necesario establecer límites o clasificar la realidad.
- El paciente que no se quiere desvestir para el examen físico o que rehúsa hablar con cualquier persona a no ser que le llame un psiquiatra, debe ser informado que no se le podrá tratar basado en un examen parcial y que el médico será el que tomará la decisión.
- Contención física. - algunos pueden pensar que aplicar medidas de contención física es algo inhumano, sin embargo, dejar que un paciente se haga daño o haga a otros es seguramente más inhumano.

Para restringir físicamente a un paciente se debe contar por lo menos con cinco personas, uno asignado a cada extremidad y otra libre para otros propósitos como abrir o cerrar puertas, aplicar medicación, etc. Idealmente se deben usar correas de cuero o de tela gruesa en lugar de sábanas tela común y corriente, ya que las primeras, aplican una presión más uniforme y sostenida; además se puede utilizar la camisa de fuerza.

La contención debe hacerse de tal manera que las vías respiratorias no se obstruyan y que el enfermero pueda inyectar fácilmente, se debe levantar ligeramente la cabeza del paciente. Revisar las ligaduras periódicamente.

Aun cuando se crea que el paciente está completamente sicótico se le debe explicar que las medidas de contención se aplican para su protección y para ayudarlo a controlar su conducta.

Psicofármacos. - El uso de psicofármacos solo hacerse cuando se tenga una impresión diagnóstica, y si esta no se tiene todavía y el paciente esta agitado o violento, es preferible usar las medidas de contención física. En el servicio de vigencia se van a utilizar dos grupos de psicofármacos.

Ansiolíticos o tranquilizantes menores. - Tenemos las benzodiazepinas, su administración es oral o parenteral y tienen un alto índice terapéutico. Se absorbe mejor por la vía oral que por la vía intramuscular, ya que la absorción por esta última es irregular.

La aplicación intravenosa debe hacerse lentamente y en una vena de buen calibre.

Las benzodiazepinas están indicadas en:

1. Crisis convulsivas: Diazepan
2. Delirium tremens: Clordiazepóxido
3. Trastorno que curse con ansiedad prominente: sean de índole neurótica o reacciones situacionales o de ajuste. Benzodiazepinas, de acción corta, por ejemplo: oxazepan.
4. En cuadros de origen tóxico que cursan con agitación, ansiedad o inquietudes y si la etiología no está muy clara o hay, sospecha de haber usado sustancias con efectos anticolinérgicos debe usar la medicación menos potente y en este caso las benzodiazepinas estarían más indicadas que los antipsicóticos. La indicación primordial de los antipsicóticos en urgencia psiquiátricas, es el control del paciente sicótico cuando esta agitado, beligerante o violento. Se prefiere usar antipsicótico potentes o baja dosis, que produzcan poca

hipotensión arterial y con escasos efectos anticolinérgicos. La droga que mejor llena los anteriores requisitos es el haloperidol. (Repitiendo la dosis hasta que haya un control de síntomas más agudos). Las drogas antidepresivas y el litio no deben usarse en pacientes con emergencias psiquiátricas. Son drogas que demoran un tiempo para hacer efecto, pueden ser muy tóxicas y sólo deben prescribirse por el médico que vaya a estar a cargo del paciente.

Otros recursos. - Aquí se incluye la mediación ante personas significativas para él paciente; el ínter consulta psiquiátrica; la hospitalización, el referir al paciente un tratamiento ambulatorio; el referir al paciente para estudio por trabajo social, etc.

PACIENTES EN EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS



<http://emergencias-psiquiatricas.blogspot.com>

1. Paciente deprimido. - Los trastornos afectivos y depresivos son de gran importancia para los médicos no psiquiatras, ya que junto con los trastornos médicos se presentan los trastornos de ansiedad, el trastorno emocional es el más frecuente en la práctica médica.

Evaluación. - Se considera como diagnóstico de depresión en los siguientes casos:

El paciente tiene síntomas típicos (tanto físicos o vegetativos como psicológicos) de depresión.

Sus quejas son vagas y múltiples.

El paciente llora fácilmente durante la consulta.

El enfermo ha estado consultando frecuentemente en el servicio de urgencias.

El paciente refiere haber tenido una pérdida (afectiva económica, por enfermedad, de estatus, etc.) reciente.

Manejo

Hospitalización. - Indicado cuando el riesgo de suicidio es alto, cuando la depresión es de carácter psicótica y cuando hay relaciones interpersonales o familiares muy hostiles o destructivos; En síntomas endógenos muy severos,

cuando haya enfermedad médica seria o psiquiátrica o asociado al cuadro depresivo.

Tratamiento Ambulatorio. - Indicado para aquellos pacientes no incluidos dentro de las consideraciones anteriores. No administrar antidepresivos. Realizar terapia psicológica

Ínter consulta Psiquiátrica. - Cuando hay dudas acerca de la disposición debe solicitarse el ínter consulta psiquiátrica.

2. Paciente suicida. - El síndrome psiquiátrico que más se asocia con el comportamiento suicida es la depresión; el alcoholismo, los cuadros sicóticos como la esquizofrenia.

Los pacientes con trastorno de personalidad fronteriza e histérica, también presenta frecuentemente comportamientos suicidas. Así mismo personas que están atravesando un estrés de tipo psicosocial severo.

Evaluación. - Parte importante de la evaluación del riesgo es primero detectar si el paciente presenta ideación suicida y posteriormente tratar de hacer un diagnóstico y tener en cuenta los aspectos que se mencionarán a continuación.

El paciente con ideas de suicidio generalmente las verbaliza si se le pregunta. El insomnio persistente va precedido de un intento de suicidio.

La depresión es una enfermedad como cualquier otra, amenazando la vida.

Aspectos de tipo epidemiológico, útiles para evaluar el riesgo de suicidio.

Aspectos Biográficos. -

- Historia de Intentos Previos. - Puede decirse que aquellos que han intentado suicidio previamente son más susceptibles a suicidarse que los que nunca han intentado.
- Estado Ocupacional. - Desempleados, ciertas profesiones como la médica, cuando hay sentimientos de fracaso en el trabajo o rol ocupacional.

- Estado Marital. - El suicidio ocurre más en viudos, separados, solteros. El riesgo es mayor en personas que viven solas (os), que se sienten solas (os) o cuando ha habido pérdidas recientes.
- Sexo. - Son más frecuente en mujeres en casos de alcoholismo y enfermedad coronaria.
- Edad. - Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes y en personas mayores de 50 años.
- Historia Familiar. - Son más comunes en aquellos con historia familiar positiva para ambos.
- Religión. - Las tasas más altas de suicidio en protestantes o en personas que no practiquen su religión.

Aspectos Psiquiátricos.- Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con conducta suicida son: depresión, alcoholismo, psicosis, trastornos de la personalidad.

Aspectos Médicos. - Mayor riesgo cuando hay dolores intratables en enfermedades crónicas o terminales, cirugías múltiples

Métodos Contemplados o Utilizados. - Arma de fuego. Salto de altura. Sección o perforación de órganos vitales. Ahorcamientos. Ahogamiento.

Intoxicación con venenos. Arrojar al agua sin saber nadar. Intoxicación con gas. Sobredosis de drogas psicotrópicas, analgésicas y somníferas.

Conceptos importantes que deben tenerse en cuenta en la evaluación y manejo del paciente suicida son los siguientes:

Qué la mayoría de ellos cambiarán su ideación suicida con el tiempo y tratamientos necesarios.

Tomar seriamente toda amenaza o intento de suicidio.

No se debe temer el indagar por ideación suicida en todo el paciente que se encuentre en una crisis emocional, deprimida, psicótica, etc.

El médico debe estimular, reforzar y aliarse con la parte sana del paciente.

Manejo

Hospitalización. - Cuando el riesgo se considera alto, el paciente debe hospitalizarse y ser manejado idealmente por un médico psiquiatra. Para la hospitalización de un paciente se debe tener en cuenta requisitos como: El paciente nunca debe estar solo, siempre debe estar acompañado por personal de enfermería; no hospitalizar en un piso alto, no debe haber vidrios a su alcance, revisar detalladamente sus pertenencias personales para buscar, objetos o drogas potencialmente peligrosas, lazos o cordones de cortinas, persianas, etc.

Ambulatorio. - Es importante que el médico ofrezca disponibilidad telefónica y controles frecuentes de seguimiento. También es básico el apoyo que pueda ofrecer la red social familiar del enfermo.

Se debe evitar la prescripción de antidepresivos a pacientes suicidas ya que estas drogas son muy tóxicas en sobredosis si no hay supervisión familiar y médica.

Psicoterapia. - Este tipo de urgencia es más de tipo psicoterapéutico que farmacológico ya que los fármacos usualmente son de efecto demorado.

3. Paciente psicótico. - Estos tipos de pacientes puede tener principalmente tres tipos de presentación:

El paciente agitado o violento

El paciente negativista

El paciente confuso

Estos cuadros se presentan en forma aislada o en combinación, por ejemplo: confusión y agitación, confusión y negativismo, negativismo y violencia, etc.

Psicosis aguda es un término descriptivo que significa que el paciente ha perdido la capacidad de cuidarse y de distinguir la realidad de la fantasía. Por lo tanto, este término no indica la etiología de la psicosis.

Las causas de conducta psicótica son:

Síndromes cerebrales agudos o crónicos, con comportamiento sicóticos (también llamados psicosis orgánicas). Psicosis funcionales.

3.1. Psicosis orgánicas (paciente confuso). - Se deben a un síndrome orgánico cerebral de tipo agudo y por lo tanto la forma de presentación es usualmente como un síndrome de confusión mental o de delirio permitiendo un diagnóstico diferencial con otros cuadros sicóticos (funcionales).

La causa de psicosis orgánica es múltiple, pero las más comunes a nivel de urgencias son de etiología tóxica, es decir causadas por alcohol o drogas.

El síndrome de confusión está caracterizado por memoria, orientación, cálculo; se pueden presentar otros síntomas no específicos como: ideas delirantes, trastornos de la sensopercepción, hiper o hipo actividad psicomotora, etc.

Evaluación. - La evaluación de este tipo de pacientes requiere una historia médica y psiquiátrica completa dentro de la cual es especialmente importante indagar por:

Enfermedad médica pre-existentes con potencial de producir un síndrome orgánico cerebral. Enfermedad psiquiátrica previa. Medicación con efectos secundarios potenciales sobre el sistema nervioso. Historia de abusos del alcohol u otras drogas.

Se debe realizar un examen clínico completo y los exámenes de laboratorio al igual que un examen mental, dentro del cual tendrá especial importancia al hallazgo de un trastorno de conciencia y trastorno de las funciones intelectuales superiores.

Manejo. - Los pacientes con síndrome orgánico cerebral pueden tener una alteración tan leve que no sea fácilmente reconocida o pueden tener confusión, desorientación y agitación. En el otro extremo están los pacientes orgánicos severamente agitados, déficit en su examen mental. Especialmente para estos últimos existen varias medidas que pueden ser útiles.

1. Orientación Repetida e Instrucciones. - Si el paciente está moderadamente alterado, dígame donde está, quién es usted, y si es necesario quién es él y que cuidado médico está recibiendo. Explicar detalladamente todos los que se va a realizar. El tener la habitación iluminada, tener objetos familiares y disponer de un reloj de pared
2. Contención Física. - Cuando el paciente está muy agitado la contención física está indicada.
3. Medicación. - No usar narcóticos, Benzodiacepinas o barbitúricos para el tratamiento de síndrome orgánico cerebral, porque pueden provocar excitación paradójica. La medicación antipsicótica como el haloperidol es la más indicada, pero se debe usar dosis más bajas que habitualmente empleados en tratamiento de psicosis funcionales. Las benzodiacepinas sólo están indicadas en cuadros de origen tóxicos y cuando la etimología no está claro o se sospecha que el paciente haya recibido sustancias con efectos anti colinérgicos, y en el Delirium Tremens.

3.2. Psicosis funcionales. - Pueden deberse a las siguientes entidades:

Esquizofrenia. Enfermedad maniaca-depresiva. Estado paranoide. Depresiones psicóticas. Psicosis breve reactiva y otras psicosis inespecíficas.

Evaluación. - En estos cuadros sicóticos no hay alteraciones de la conciencia o del sensorio. Tampoco hay alteraciones de funciones mentales superiores como de memoria, orientación, trastorno del contenido del pensamiento como ideas delirantes: trastornos de la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones); trastornos del afecto euforia, depresión, apatía; hiper o hipo actividad psicomotora.

Manejo. -

- Medicación. - Iniciar el tratamiento con una de las drogas antipsicóticos, algunos psiquiatras recomiendan administrar un antipsicótico con efecto sedante (clorpromazina o tioridazina. Cuando el paciente se muestre callado y retraído se formula un antipsicótico incisivo (trifluoperazina o haloperidol). Si el manejo va a ser ambulatorio es mejor asociar estos dos últimos fármacos con una droga anticolinérgica como el Biperideno (Akineton) para prevenir efectos extrapiramidales.
- Hospitalización. - En un paciente sicótico negativista o cuando no hay apoyo familiar es indicado la hospitalización en una unidad psiquiátrica o en hospital psiquiátrico.
- Ambulatorio. - Cuando no se llenen los requisitos de hospitalización y los antecedentes del paciente, su situación clínica y respaldo de la familia permiten manejo ambulatorio teniendo controles médicos regulares.
- Paciente violento o agitado.

Este paciente se presenta con agitación psicomotora de variable intensidad y a veces puede exhibir ideación o comportamiento agresivo o destructivo hacia objetos o personas sin problema psiquiátricos o médicos.

Evaluación. - En general hay varios grupos de pacientes que pueden presentar conducta violenta.

Psicosis Funcionales y Orgánicas. -

Los cuadros producidos por el alcohol como la intoxicación alcohólica común y la intoxicación patológica.

Los cuadros tóxicos producidos especialmente por estimulantes del sistema nervioso central como cocaína, pasta básica de coca y anfetaminas.

Dentro de la Psicosis funcionales se destacan la esquizofrenia y la enfermedad maniaco depresivo, fase maniaca.

Trastorno de Personalidad Antisocial. - Con antecedentes de comportamiento agresivo. Epilepsia temporal. Síndrome de confusión. Estados paranoides. Estados disociativos. Situaciones de grave estrés interpersonal en individuos impulsivos y agresivos

En la evaluación de riesgos de violencia se debe tener en cuenta.

Historia previa de conducta violenta, tipo de violencia considerada o realizado, grado de control demostrado verbal y físicamente durante la entrevista, presencia de un cuadro sicótico.

Manejo. - Con un paciente violento o agitado resolver primero la situación inmediata, retirando al paciente a un cuarto calmado y aplicar las siguientes medidas:

Medidas Generales. - Acercarse al paciente con varios miembros, nunca solo de tal manera que la puerta o la salida de la habitación sean accesibles para el médico y el personal. Establecer comunicación verbal.

Preguntar al paciente en forma calmada y repetida quién es usted, donde está él, y que está sucediendo. Usar medidas de contención física rápidamente si es necesario. No administrar medicación antes de tener posibilidad para evaluar al paciente. Un enfermero agitado y sicótico está a menudo más asustado de lo que aparenta.

Es necesario proceder calmadamente y con firmeza explicando previamente los procedimientos a realizar.

Medicación. - La medicación antipsicótica está indicada en: Paciente sicótico, violento y peligroso, la conducta psicótica aguda es el resultado de un síndrome cerebral orgánica que está siendo tratado médicamente. Para sedarlo mientras se traslada a otro hospital psiquiátrico.

El paciente comenzará a recibir medicación en el servicio de urgencias.

La droga más indicada por sus efectos anticolinérgicos e hipotensores es el Haloperidol.

En estados de agitación de acción moderado o leve se prefiere la vía oral, Haloperidol. Para el tratamiento de las reacciones extrapiramidales de tipo distónico producidas por el Haloperidol se puede utilizar el Biperideno (Akineton).

- 5.- Paciente ansioso. - El paciente ansioso. - Es la existencia prominente, expresada en forma variable según el cuadro clínico correspondiente y en la manera que se detalla a continuación:

Estados de pánico. Crisis histéricas o conversivas. Crisis disociativas. Otras situaciones como: Trastornos transitorios del ajuste (reacciones o desastres naturales, accidentes, pérdidas afectivas severas, etc). Crisis familiares (entre conyugues o entre padres e hijos, por abuso de alcohol; uso de drogas, experiencias sexuales, infidelidad, enfermedades físicas agudas).

Evaluación. -

Ataques de Pánico. - Se caracteriza por crisis repentinas y espontáneas de ansiedad, en circunstancias diferentes al agotamiento físico, a situaciones fóbicas. Los síntomas comunes durante la crisis pueden ser: Diarrea. Palpitaciones. Dolor u opresión precordial. Sensación de sofocación o asfixia. Sentimientos de mareo, vértigo, inestabilidad. Sensaciones de irrealidad, extrañeza o despersonalización. Parestesias. Oleadas de calor o frío. Sudoración.

Desmayos, temblores. Miedo a morir, a enloquecerse o descontrolarse.

Crisis Históricas y conversivas. - Se manifiestan por síntomas variados no explicados por causas orgánicas: sordera, ceguera, afonía, pérdida de conciencia, convulsiones, parestesias, parecias, parálisis, dolor, etc.

Los pacientes con crisis conversivas pueden ser sujetos normales que están reaccionando a un estrés agudo, enfermos con otras psicopatológicas como depresión o esquizofrenia o pacientes con antecedentes claros de síntoma conversivos previos.

Crisis Disociativas. - Tiene aparición súbita, precedida de algún estrés de cuadro caracterizado por amnesia, comportamientos no habituales para el sujeto (fugas con conducta organizada, estados de estupor o trance, comportamiento descontrolado, desorganizado).

Manejo. - Explicación de la situación con el consecuente reaseguramiento de que no va a enloquecer o a morir es el paso terapéutico. También es importante la corrección y explicación de la fisiopatología del síndrome de hiperventilación comúnmente asociado con los estados de ansiedad aguda.

En casos de crisis conversivas se puede utilizar medidas de tipo sugestivo o placebo, pero en ningún caso se debe recurrir a métodos dolorosos. Si se va usar alguna medicación debe usarse preferiblemente Benzodíacepinas, usualmente por vía oral.

Intervención de enfermería en urgencias y emergencias psiquiátricas

- ✓ A veces está indicado que el paciente duerma en una habitación compartida, ya que la soledad en muchas ocasiones puede potenciar el suicidio. Es importante recalcar al paciente, que, aunque no está en condiciones de entenderlo esto es una etapa pasajera de su vida

- ✓ No es conveniente el exceso de visitas, pero sí ayuda la presencia de las personas más allegadas al paciente siempre con su consentimiento
- ✓ Controlar la ingesta y potenciar los hábitos higiénicos del paciente ya que de alguna manera van a estar mermados o anulados.
- ✓ Una excesiva demostración de vitalidad por nuestra parte sólo empeora las cosas, comentarios como “pero si la vida es bella” “es una cobardía matarse” no ayudan en absoluto
- ✓ Es necesario descartar las causas orgánicas de los signos y síntomas.
- ✓ Construir una relación de confianza: se presentará y explicará su papel al paciente, se fomentará la aceptación y la autoestima admitiendo la ansiedad del paciente y ofreciéndole consuelo, se proporcionará seguridad con las medidas pertinentes
- ✓ Comunicarse de forma tranquila: explicándole todos los procedimientos de forma simple y comprensible
- ✓ Adoptar una actitud de aceptación
- ✓ Ayudar al paciente a reconocer las causas y los efectos de la ansiedad
- ✓ Orientar al paciente para que comience el proceso de resolución de problemas, facilitándole la expresión de sentimientos y haciendo hincapié en las percepciones realistas.
- ✓ Ayudar a identificar el acontecimiento desencadenante, se determinan las medidas ya adoptadas para resolver el problema y se determinan las medidas habituales de afrontamiento
- ✓ Una vez identificadas las opciones disponibles, se selecciona la más deseable y se le ofrece ayuda directa
- ✓ Si el paciente está hiperventilando, se le animará a que respire con una bolsa de papel sobre la boca y la nariz, y se emplearán técnicas de control de la respiración y ejercicios de relajación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, R., (1985) “Aplicación del proceso de Enfermería”, Ed. Doyma, Barcelona,
- Cabrera, P. D. (2013, Marzo 3). Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo
- Carrasco Gómez. J. y Maza Martín J. M.(1977) Psiquiatría Legal y Forense. Edit. La ley-Actualidad. Madrid. pp III.37-4 - III.37-7.
- CIE 10 (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Volumen 2 Manual de instrucciones.
- Escuela de la fe (2006). Temperamento y Carácter. Extraído el 25 de agosto, 2013 del sitio Web: http://www.es.catholic.net/jovenes/template_articulo.phtml
- Hales R. E, Yudofsky S. C, Talbott J. A. Tratado de psiquiatría American Psychiatric Press Edit. Ancora S.A. 2ª ed. Barcelona 1996. 669-686
- Leal Cercós C. y Leal Cercós M.I.: Histeria. En Trastornos neuróticos. Sociedad española de psiquiatría y Sociedad española de psiquiatría biológica. Psiquiatría editores S.L. Barcelona, 2001. 363-383.
- Lewis D. O, Yeager C. A, Swica Y, Pincus J. H, Lewis M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. Am. J. Psychiatry Dec;154(12):1703-10.
- Kenberg. Trastornos de la personalidad. En: https://www.academia.edu/28669690/Kernberg_Trastornos_graves_de_la_personalidad_cap_1_y_2_pdf
- Manual de la salud mental. En: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5. London, 2014.
- Mazzuca, Roberto (2010). Las categorías clínicas de la neurosis y la perversión en el seminario 16 Anuario de Investigaciones, vol. XVII, 2010, pp. 89-102 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina.
- Mosby M. (2010) “Fundamentos de Enfermería en Salud Mental” Impreso en España por Clamades S.L. pág. 521
- Organización Panamericana de la Salud (2010) “Atención primaria en salud mental” Págs. 210.
- OMS (2004). Promoción de la salud mental. Catálogos de la librería. Ginebra

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037, E.U.A.
- Organización Panamericana de la Salud. 2011. Salud Mental Perinatal. Washington, D. C.: OPS, © 2011. Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037
- Paivan P J.(2010). Personalidad. Extraído el 15 de agosto, 2013 del sitio Web: <http://www.liceodigital/filosofia/filosofia.html>
- Poletti, R.A., (1980) "Cuidados de Enfermería", Ed. Rol, Barcelona.
- Pelletier, L.R., (1990) "Enfermería Psiquiátrica". Ed. Doyma, Barcelona,
- Rigol, A.; Ugalde, M., (1980). Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, Ed. Salvat, Barcelona.
- Ribera Casado J.M., Cruz Jentoft A.J.(1997) "Geriatría en Atención Primaria". J. Urianch & Cia. Barcelona, 2da. Edición: 17-22.
- Toro G.J. (2010) "Fundamentos de Medicina" Medellín Colombia. Págs.661.
- Thompson JS, Thompson MW. (1996). Genética Médica. 4ta. edición. Barcelona: Salvat; p. 90-100.
- Ugalde, M.; Rigol, A. (1995), "Diagnósticos de Enfermería", Ed. Masson, Barcelona,
- Vélez A. Hernán (2012) "Fundamentos de Enfermería Psiquiátrica" Medellín Colombia Págs. 412

ANEXOS

CUESTIONARIO DE CÓLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN (CIA) CLAVES DE RESPUESTAS

N= NUNCA, RV=RARAS VECES, A=AVECES, AM=A MENUDO, S=SIEMPRE

Nº	HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
1	Soy un (una) renegón(a)	1	2	3	4	5
2	No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada	1	2	3	4	5
3	Siento como si me hierva la sangre cuando no me escuchan	1	2	3	4	5
4	Paso mucho tiempo molesto (a) más de lo que la gente cree	1	2	3	4	5
5	Paso mucho tiempo molesto (a) como si tuviera algo pesado sobre mis hombros	1	2	3	4	5
6	Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor	1	2	3	4	5
7	Fácilmente me molesta pero se me pasa rápido	1	2	3	4	5
8	Con frecuencia estoy molesto (a) y a punto de explotar	1	2	3	4	5
9	No me molesto (a) si alguien no me trata bien*	5	4	3	2	1
10	Yo soy muy comprensible con todas las personas*	5	4	3	2	1
11	Yo no permito que cosas sin importancia me molesten*	5	4	3	2	1
12	Es muy seguido estar muy amargo (a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo	1	2	3	4	5
13	Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo	1	2	3	4	5
14	Cuando estoy molesto(a) no puedo dejar de gritar, mientras que otras veces no grito	1	2	3	4	5
15	Algunas veces me siento bien, y en minutos siguientes cualquier cosa me molesta	1	2	3	4	5
16	Hay momentos en lo que estoy tan molesto(a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de cierto tiempo me siento bastante relajado	1	2	3	4	5
17	Normalmente me siento tranquilo y de pronto de un momento a otro me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa	1	2	3	4	5
18	Hay épocas en las cuales he estado tan molesto(a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me vuelvo más tranquilo	1	2	3	4	5
19	Pienso que la gente que constantemente fastidia está buscando un puñete o una cachetada	1	2	3	4	5
20	Peleo con casi todo la gente que conozco	1	2	3	4	5
21	Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle	1	2	3	4	5

**BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

22	En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas	1	2	3	4	5
23	Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien	1	2	3	4	5
24	Pienso que cualquiera que me insulta o insulte a mi familia está buscando pelea	1	2	3	4	5
25	Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien	1	2	3	4	5
26	Si alguien me golpea primero, yo lo respondo de igual manera	1	2	3	4	5
27	Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario	1	2	3	4	5
28	Yo golpeo a otro(a) cuando el(ella) me insulta primero	1	2	3	4	5
29	Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema	1	2	3	4	5
30	No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo	1	2	3	4	5
31	Si alguien me molesta soy capaz de decirle lo que pienso sobre el(ella)	1	2	3	4	5
32	Cuando la gente me grita, yo también le grito	1	2	3	4	5
33	Cuando me enoja digo cosas feas	1	2	3	4	5
34	Generalmente hago amenazas, digo cosas feas que después no cumplo	1	2	3	4	5
35	Cuando discuto rápidamente alzo la voz	1	2	3	4	5
36	Aun cuando estoy enojado(a) no digo malas palabras ni maldigo *	1	2	3	4	5
37	Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir*	1	2	3	4	5
38	Cuando estoy enojado(a) algunas veces golpeo la puerta	1	2	3	4	5
39	Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo	1	2	3	4	5
40	A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa	1	2	3	4	5
41	Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos	1	2	3	4	5
42	Cuando me molesto mucho boto las cosas	1	2	3	4	5
	TOTAL					

Fuente MINSA

NOTA: los asteriscos son respuestas de clasificación inversa (*)

*adaptación psicométrica del **Emil. Coccaro** por el equipo técnico departamento de promoción de la salud mental de prevención de problemas psicosociales.

CUESTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESION

GRUPO	ITEMS
IRRITABILIDAD	1 - 11
COLERA	12 - 18
AGRESION	19 - 42

**CUADROS DE CATEGORIAS
GRUPO DE IRRITABILIDAD**

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
MUY ALTO	40 A mas.....
ALTO	33 A..... 39
PROMEDIO	27 A..... 32
BAJO	22 A.....26
MUY BAJO	0 A.....21

**CUADROS DE CATEGORIAS
GRUPO DE COLERA**

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
MUY ALTO	28 A mas.....
ALTO	22 A..... 27
PROMEDIO	15 A..... 21
BAJO	11 A.....14
MUY BAJO	0 A.....10

**CUADROS DE CATEGORIAS
GRUPO DE AGRESIVIDADES**

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
MUY ALTO	91 A mas.....
ALTO	73 A..... 90
PROMEDIO	53 A..... 72
BAJO	42 A.....52
MUY BAJO	0 A.....41

CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN PRECOZ DE ALZHEIMER

Fecha:

Hora:

Establecimiento:.....

DATOS DEL USUARIO

Apellidos

Nombres

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

(M)

(F)

Grado de instrucción

Estado civil

Dirección:

ÁREAS A EVALUAR	VALORACIÓN MENTAL	PUNTUACIÓN
1. Orientación en el tiempo	Colocar 1 punto por cada respuesta correcta	
	➤ ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
	➤ ¿En qué estación del año estamos?	
	➤ ¿En qué año estamos?	
	➤ ¿Qué día de la semana es hoy?	
	➤ ¿Qué mes estamos?	
	➤ ¿Qué día del mes estamos?	
2. Orientación en el espacio	Respecto al lugar donde nos encontramos	0 - 1
	➤ ¿En qué lugar estamos? Vale cualquier descripción correcta del lugar	
	➤ ¿En qué ciudad nos encontramos?	
	➤ ¿Cuál es el nombre de la provincia?	
	➤ ¿Dentro de que región se encuentra esta provincia?	
	➤ ¿En qué piso nos encontramos?	

ESCALA DE ALTERACION MENTAL

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Terapia Actual:

Fecha de Evaluación:.....

Dirección:

Puntaje: (Cada ITEM equivale a 1 punto, coloque 0 en cada caso de no presentar la sintomatología). Se considera de:

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1 – 3 puntos | : Leve |
| 4 – 6 puntos | : Moderado |
| 7 – 9 puntos | : Severo |
| 10 – 14 puntos | : Muy severo |

CATEGORIA	CARACTERISTICAS	PUNTAJE
Estado de ánimo, ansioso.	Preocupación, espera lo peor, irritabilidad.	
Tensión	Fatiga, respuesta lenta, desasosiego, incapacidad para relajarse, temor, facilidad para el llanto.	
Fobias	A la oscuridad, extraños, a la soledad, a los animales, al tráfico, a la multitudes.	
Insomnio	Dificultad para dormir, despertar nocturno, sueño insatisfecho, fatiga para levantarse, pesadillas, terror nocturno.	
Intelectual (cognoscitivo)	Dificultad para concentrarse, memoria disminuida.	
Estado de ánimo deprimido	Perdida de interés, pérdida del placer, juego y diversión, somnolencia diurna, despertadores de madrugada.	
Conducta durante la entrevista	Intranquilidad, temblor de manos, ceño fruncido, cara cansada, sibilancia, palidez facial, pasar salivas, pupilas dilatadas, exoftalmia.	
Síntomas somáticos (sensoriales)	Visión borrosa, debilidad, escalofríos, bochornos, sensación de picazón.	
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, sensación de desvanecimiento.	
Síntomas respiratorios	Presión u obstrucción de pecho, sensación de shock, disnea, sibilancia.	
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, dolor abdominal, acidez, gastritis, distensión abdominal, náuseas, diarreas, pérdida de peso, estreñimiento.	
Síntomas genitourinarias	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación prematura.	
Síntomas autonómicos	Sequedad bucal, bochornos, sudoración excesiva, palidez, cefalea, tensional, caída de cabello, mareos.	

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, abdominales, adormecimiento, bruxismo, voz entrecortada, incremento del tono muscular, contracciones mioclónicas.	
---------------------------------	---	--

Leyenda Instrumento elaborado por las docentes (utilizado en la práctica como instrumento de investigación)

PUNTAJE TOTAL: -----
.....

Resultado:.....

TEST SEMIOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN

Nº	PREGUNTAS	ESCALAS				
		N	RV	AV	CS	S
AGNOSIA						
1	¿No puede reconocer fácilmente los objetos por su nombre?					
2	¿Al realizar una actividad diaria olvida la secuencia a seguir?					
ILUSIÓN						
3	¿Con frecuencia percibe que los objetos cambian su tamaño real?					
4	¿Confunde la utilidad de un objeto por otro?					
ALUCINACIÓN VISUAL						
5	¿Ud. Ve cosas que los demás no pueden ver?					
6	¿Cree haber visto cosas, personas o animales por un instante que en realidad no existen?					
ALUCINACIÓN AUDITIVA						
7	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?					
8	¿Escucha murmullos acusatorios o denunciantes?					
ALUCINACIÓN TÁCTIL						
9	¿Ud. Siente sensaciones extrañas en el cuerpo?					
10	¿Siente que hay animales que recorren su cuerpo?					
ALUCINACIÓN GUSTATIVA Y OLFATIVA						
11	¿Percibe aromas que para Ud. son agradables y para otros resultan desagradables?					
12	¿Tiene deseos de querer comer algo inusual como...?					

Leyenda Test elaborado por los docentes, para aplicar en la comunidad

VALORES

- N** = Nunca (0)
- RV** = Rara Vez (1)
- AV** = Algunas Veces (2)
- CS** = Casi Siempre (3)
- S** = Siempre (4)

INTERPRETACIÓN

- 0 – 2 : Normal
- 3 – 5 : Riesgo
- 6 – 8 : Alteración

SEMIOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

Nº	PREGUNTAS	ESCALAS				
		N	RV	AV	CS	S
ELEVACIÓN DEL UMBRAL						
1	¿Para que tome atención en algo tienen que gritarle o pellizcarlo?					
2	¿Tienen que llamarle varias veces la atención para que pueda concentrarse en algo?					
INDIFERENCIA ANORMAL						
3	¿Cuándo su familia pasa por momentos penosos o tristes Ud. Se muestra indiferente ante ello?					
4	¿Cuándo recibe buenas noticias simplemente le da igual?					
INESTABILIDAD O DISTRAIBILIDAD						
5	¿Se distrae con facilidad ante un hecho o una conversación importante?					
6	¿Cuándo Ud. realiza una actividad pierde la concentración de lo que está haciendo?					
FATIGA DE LA ATENCIÓN						
7	¿Le es difícil mantener la concentración cuando realiza una actividad?					
8	¿Al realizar una actividad fácilmente te cansas y dejas de hacerla?					
HIPERPROSEXIA						
9	¿Presta demasiada atención a cosas insignificantes?					
10	¿Le da mucha importancia a todo lo que sucede a su alrededor?					
PERPLEJIDAD ANORMAL						
11	¿Presta atención a algo sin entender lo que es?					
12	¿Fija la atención con asombro ante algo sin saber la razón?					

Leyenda Test elaborado por los docentes, para aplicar en la comunidad

VALORES

- N** = Nunca (0)
RV = Rara Vez (1)
AV = Algunas Veces (2)
CS = Casi Siempre (3)
S = Siempre (4)

INTERPRETACIÓN

- 0 – 2 : Normal
 3 – 5 : Riesgo
 6 – 8 :Alteración

ESCALA DE LA SEMIOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

Nº	INTERROGANTES	Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
01	¿Cuándo piensas algo bueno o malo lo relacionas con alguna experiencia vivida?				
02	¿Cuándo expresas una idea lo expresas en forma ordenada y completa?				
03	¿Cuándo escuchas a alguien que te cuenta algo tienes dudas?				
04	¿Tienes fobias o miedo a algo?				
05	¿Te afecta o recuerdas mucho lo que te sucedió en tu vida?				
06	¿Te mantienes concentrado en una idea que tengas o simplemente se te olvida rápido?				
07	¿Cuándo realizas una actividad piensas que no es suficiente y lo vuelves a realizar?				
08	¿Te gusta que solo te cuenten o platiquen temas que tú sabes y no otros temas de interés?				
09	¿Te cuesta mucho comprender lo que otras personas quieren hacerte entender?				
10	¿Con frecuencia piensas que si alguien te ayuda es que quiere algo contigo?				
11	¿Crees que con solo pensar o hablar puedes realizar algo?				
12	¿Piensas que de un momento a otro tienes ganas repentinas de hacer algo?				
13	¿Piensas con frecuencia que tú eres el único en la tierra o eres el salvador?				
14	¿Con frecuencia piensas que te buscan, persiguen o quieren hacerte algo?				
15	¿Piensas que los demás piensan lo mismo que tú?				
16	¿Piensas que tienes un don sobrenatural dentro de ti?				
17	¿Piensas que puedes realizar actos sobrenaturales utilizando objetos que te rodean?				
18	¿Piensas que las personas que están a tu alrededor te quieren lastimar o hacerte daño?				
19	¿Con frecuencia piensas y dices que tienes más bienes que otras personas?				

Leyenda Test elaborado por los docentes, para aplicar en la comunidad

Nunca = 1 A veces = 2 Casi Siempre = 3 Siempre = 4

1 – 19 = Usuario con Pensamiento Normal

20 – 57 = Usuario con Riesgo de Alteración del Pensamiento

58 – 78 = Usuario con Alteraciones del Pensamiento

CUESTIONARIO DE LAS TENDENCIAS INSTINTIVAS

Nº	PREGUNTAS	SI	A VECES	NO
1	¿Sientes deseos de quitarte la vida?			
2	¿Buscas agredirte y/o causarte daño a propósito?			
3	¿Eres alguien violento que frecuentemente agredes a las personas física y verbalmente?			
4	¿Con frecuencia no tienes deseos de comer?			
5	¿Con frecuencia tienes deseos de comer?			
6	¿En ocasiones sientes deseos de consumir sustancias que no sean alimentos (tierra, heces, jabón, etc.)?			
7	¿Te cuesta dormir por las noches?			
8	¿Frecuentemente duermes todo el día y en la noche permaneces despierto/a?			
9	¿En tu casa tu familia dice que caminas dormido?			
10	¿Con frecuencia tienes pesadillas?			
11	¿Sientes demasiado sueño que en cualquier lugar te paras quedando dormido?			
12	¿Sientes deseos de tener relaciones sexuales varias veces al día?			
13	¿Sientes deseos de tener relaciones sexuales con niños?			
14	¿Sientes deseos de tener relaciones sexuales con algún familiar?			
15	¿Sientes atracción por personas de tu mismo sexo?			
16	¿Sientes deseos de tener relaciones sexuales con algún animal?			

Leyenda Test elaborado por los docentes, para aplicar en la comunidad

Donde:

Si = 3	1 – 3	4 – 6
A veces = 2	Instinto de vida	Hambre y Apetito
No = 1	3 = Normal	3 = Normal
	4 – 5 = Riesgo	4 - 5 = Riesgo
	6 – 9 = Tiene alteración	6 - 9 = Tiene alteración

7 – 11

Sueño

5 = Normal
6 – 10 = Riesgo
11 – 15 = Tiene alteración

12- 16

Sexualidad 5 = Normal
6 – 10 = Riesgo
11 – 15 = Tiene alteración

ESCALA DE LA SEMIOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

N o	INTERROGANTES	SI	NO	A VECES
0 1	¿Acostumbras culpar o dar responsabilidad a otras personas sobre tus propios actos o problemas?			
0 2	¿Sientes que no sabes lo que haces, ni donde estas y con quienes estas siempre?			
0 3	¿Sientes que tienes sensaciones de dormir repentinamente?			
0 4	¿Acostumbras quedarte dormido profundamente y solo despiertas con un golpe o ruido fuerte?			
0 5	¿Has perdido alguna vez el dominio de tu cuerpo?			
0 6	¿Sientes o te imaginas con frecuencia objetos o animales que te causan terror o quieren hacerte daño?			
0 7	¿Te embriagas o tomas licor en exceso frecuentemente?			
0 8	¿Realizas actos buenos o malos que luego no recuerdas que lo hiciste?			

Leyenda Test elaborado por los docentes, para aplicar en la comunidad

SI = 3

A Veces = 2

NO = 1

1 – 8 = Usuario con Normal estado de conciencia.

9 – 16 = Usuario con Riesgo de deterioro de la conciencia.

17 – 24 = Usuario con Desorden de la conciencia.

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS
S.R.Q. – 18

Fecha: Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F

Dirección:

Motivo de consulta:

.....

....

.....

....

.....

....

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? SI NO
2. ¿Tiene mal apetito? SI NO
3. ¿Duerme mal? SI NO
4. ¿Se asusta con facilidad? SI NO
5. ¿Sufre temblor en las manos? SI NO
6. ¿Se siente nervioso o tenso? SI NO
7. ¿Sufre de mala digestión? SI NO
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad? SI NO
9. ¿Se siente triste? SI NO
10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? SI NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? SI NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? SI NO
13. ¿Tienes dificultad en hacer tu trabajo?
¿Su trabajo se ha visto afectado? SI NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? SI NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas? SI NO

16. ¿Se siente aburrido? SI NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? SI NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? SI NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS

1 – 18:

19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? SI NO
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? SI NO
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI NO
22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? SI NO
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento? SI NO
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? SI NO
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? SI NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? SI NO
- ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? SI NO
27. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. Bebía demasiado? SI NO

Cuestionario elaborado por la OMS/OPS

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un “caso”.

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina un “caso”.

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

La pregunta

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un “caso”.



Ministerio de Salud
 Personas que atendemos Personas
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI

FICHA DE TAMIZAJE

DIRECCION DE SALUD UCAYALI ESTABLECIMIENTO:
 FECHA:
 SERVICIO: Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina P.F. Otros
 NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:
 EDAD: SEXO: Masculino Femenino
 DIRECCION:

Lea al Paciente

Debido a que la violencia es dañino para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor conteste a éstas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto(a) ¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente? ¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente? ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?	Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Quién? ¿Desde cuándo? ¿Cuándo fue la última vez?	
Si es niño, niña - adolescente ¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo? ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?	Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Quién? ¿Desde cuándo? ¿Cuándo fue la última vez?	

Marque con aspa (X) todos los indicadores de maltrato, que observe
 En todos los casos: niña(o), adolescente, adulto(a), anciana(o).

FISICO	PSICOLOGO	SEXUAL	NEGLIGENCIA
Hematomas y contusiones inexplicables. Cicatrices, quemaduras, Fracturas inexplicables Marca de mordeduras, Lesiones de vulva, perineo y recto, etc. Laceraciones en la boca, mejilla, ojo, etc. Quejas crónicas sin causa Fiebre, problemas de sueño (Mucho Sica: Sueño, interrupción del sueño) Enuresis (orinos)	Extrema falta de confianza en si Tristeza, depresión o angustia Retrimiento Llanto frecuente Exagerada necesidad de ganar, Sobresalir. Demandas excesivas de atención. Mucha agresividad o pasividad frente a Otros niños Temor a los padres o de llegar al hogar Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. Bajo rendimiento académico. Aislamiento de personas Intento de suicidio Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.	Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños) Irritación dolor, lesión y hemorragia en zona genital. Embarazo precoz Aborto Riesgo de infección de transmisión sexual.	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. No vacunación o atención de salud. Accidentes o enfermedades muy frecuentes. Descuido en higiene al niño. Falta de estimulación del desarrollo. Fatiga, sueño, hambre No escolaridad No control de gestante No control de peso y talla al niño.

Fecha: Derivado por: Firma:

Nombre del profesional que atendió el caso:

Referencia:
 HOSPITAL
 CENTRO DE SALUD
 OTROS

INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO

(Adaptado de Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport, 1987).

Descripción: Consiste en un cuestionario que reúne contrariedades interpersonales, familiares y laborales, cuya intensidad ha de evaluar el propio sujeto, de acuerdo a un puntaje convencional. El inventario tiene un coeficiente alfa de Crombach de 0,87 y puede ser útil para el estudio de las relaciones entre las contrariedades cotidianas y el inicio, exacerbación o recurrencia de los síntomas psicológicos y físicos.

Nombre: _____ Fecha: _____

A continuación se expone una lista de posibles acontecimientos generadores de tensión o de molestias. Lea con cuidado cada frase y piense si le ha ocurrido a usted en las últimas 24 horas. Si no le ha ocurrido marque con una X en el espacio que hay a continuación de la frase. Si le ha ocurrido, indique la intensidad de la molestia que le ha causado, puntuando de 1 a 7 en el espacio correspondiente.

(Al inicio del cuestionario se indica la manera de puntuar). Conteste lo más sinceramente que pueda para que la información que obtengamos sea útil.

X: No me ocurrió en las últimas 24 horas.

1: Me ocurrió pero no me fue estresante.

2: Me resultó muy poco estresante.

3: Me resultó poco estresante.

4: Me resultó muy estresante.

5: Me resultó extremadamente estresante.

6: Me causó pánico.

Ítem	X	Nº
1- Rendir poco en el trabajo	()	()
2- Rendir poco por culpa de otros	()	()
3- Preocupación por el trabajo pendiente	()	()
4- Prisa por acabar el trabajo dentro del plazo	()	()
5- Interrupción de su trabajo o actividad	()	()
6- Alguien ha arruinado totalmente su trabajo	()	()
7- Tener que hacer algo para lo que no sirve	()	()
8- Incapacidad para acabar un trabajo	()	()
9- Estar desorganizado	()	()
10- Ser criticado o agredido verbalmente	()	()
11- Ser ignorado por los demás	()	()
12- Hablar o actuar en público	()	()
13- Ser maltratado por un dependiente	()	()
14- Ser interrumpido mientras habla	()	()

15- Verse obligado a hacer vida social	()	()
16- Anulación de la cita o compromiso por parte del otro	()	()
17- Competir con alguien	()	()
18- Ser mirado fijamente	()	()
19- No oír de otro lo que a uno le gustaría	()	()
20- Tener contacto físico no deseado	()	()
21- Ser malentendido	()	()
22- Quedar cortado o en ridículo	()	()
23- Dormir mal	()	()
24- Olvidar algo	()	()
25- Temer el embarazo o la enfermedad	()	()
26- Sufrir malestar físico o enfermedad	()	()
27- Alguien coge prestado algo suyo sin su permiso	()	()
28- Daños a sus propiedades	()	()
29- Accidente menor (romper algo, desgarrar ropa)	()	()
30- Preocuparse por el futuro	()	()
31- Encontrarse sin comida u objetos de aseo	()	()
32- Discutir con el cónyuge, el novio o la novia	()	()
33- Discutir con otra persona	()	()
34- Esperar más de lo que quisiera	()	()
35- Ser interrumpido mientras piensa o descansa	()	()
36- Alguien se le cuele, sin respetar el turno	()	()
37- Rendir mal en algún deporte o juego	()	()
38- Hacer algo que no quería hacer	()	()
39- Ser incapaz de cumplir los planes diarios	()	()
40- Tener problemas con el auto	()	()
41- Tener problemas de tráfico	()	()
42- Tener problemas económicos	()	()
43- No tener algo que se quiere	()	()
44- Encontrar algo fuera de sitio	()	()
45- Mal tiempo	()	()
46- Gastos inesperados (multas, impuestos, etc).	()	()
47- Confrontación con alguna autoridad	()	()
48- Recibir malas noticias	()	()
49- Preocupación por el aspecto personal	()	()
50- Verse expuesto a la situación o al objeto temido	()	()
51- Discutir sobre TV, películas, deportes o libro	()	()
52- Violación de la intimidad	()	()
53- Incapacidad para comprender algo	()	()
54- Preocuparse por problemas de otros	()	()

**BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

55- Tener la sensación de no poder eludir un peligro		
56- Modificación de algún hábito personal (fumar, comerse las uñas)		
57- Tener problemas con los niños		
58- Llegar tarde al trabajo o a una cita		

Calificación:

205-306 puntos

103-204 puntos

00-102 puntos

Estrés crónico

Estrés agudo episódico

Estrés agudo

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

(Versión de 15)

Nombre:.....

Fecha:

Descripción: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario hetero administrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa

1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4 : Normal
- 5 ó +: Depresión

Pregunta a realizar	SI	NO
1.- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6.- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9.- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11.- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12.- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14.- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
Puntuación total		

**BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

ESCALA DE ZUNG (EAMD) DEPRESION

NOMBRE.....

EDAD.....SEXO.....

FECHA.....

ITEMS	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES	PUNTAJE
1. Me siento triste, abatido y melancólico					
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor					
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro					
4. Me cuesta mucho dormir por la noche					
5. Como igual que antes					
6. Aún tengo deseos sexuales					
7. Noto que estoy adelgazando					
8. Estoy estreñado					
9. El corazón me late más rápido que antes					
10. Me canso sin motivo					
11. Mi mente esta tan despejada como siempre					
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes					
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto					
14. Tengo confianza en el futuro					
15. Estoy más irritable que antes					
16. Encuentro fácil tomar decisiones					
17. Siento que soy útil y necesario					
18. Encuentro agradable vivir					
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto					
20. Me gustan las mismas cosas que antes.					

PUNTAJE.....INDICE EAMD.....

DIAGNÓSTICO.....

.....

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

ESCALA DE ZUNG (EAA) ANSIEDAD

NOMBRE.....

EDAD.....SEXO.....FECHA

ITEMS	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES	PUNTAJE
1. Me siento más nerviosa y ansiosa que de costumbre					
2. Por las mañanas me siento mejor					
3. Despierto con facilidad o siento pánico					
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos					
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme					
6. Me tiemblan los brazos y las piernas					
7. Me mortifican los dolores de cabeza					
8. Me siento débil y me canso fácilmente					
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente					
10. Puedo sentir que me late rápido el corazón					
11. Sufro de mareos					
12. Sufro de desmayo o siento que me voy a desmayar					
13. Puedo inspirar o expirar fácilmente					
14. Se me adormecen me hincan los dedos de las manos y pies					
15. Sufro molestias estomacales					
16. Orino con mucha frecuencia					

**BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

17. Generalmente mis manos están secas y calientes					
18. Siento bochornos					
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche					
20. Tengo pesadillas					

PUNTAJE.....INDICE EAMD.....

DIAGNÓSTICO.....

CLAVES PARA CALIFICAR LA ESCALA DE ZUNG (EAMD) DEPRESION
 NOMBRE.....
 EDAD.....SEXO.....FECHA.....

ITEMS	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES
1. Me siento triste, abatido y melancólico	1	2	3	4
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por la noche	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como siempre	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que antes.	4	3	2	1

PUNTAJE.....INDICE EAMD.....DIAGNÓSTICO.....

**BASES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL Y ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

CLAVES PARA CALIFICAR LA ESCALA DE ZUNG (EAA) ANSIEDAD

NOMBRE.....
EDAD.....SEXO.....FECHA.....

ITEMS	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES
1. Me siento más nerviosa y ansiosa que de costumbre	1	2	3	4
2. Me siento con temor sin razón	1	2	3	4
3. Despierto con facilidad o siento pánico	1	2	3	4
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos	1	2	3	4
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme	4	3	2	1
6. Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3	4
7. Me mortifican los dolores de cabeza	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente	4	3	2	1
10. Puedo sentir que me late rápido el corazón	1	2	3	4
11. Sufro de mareos	1	2	3	4
12. Sufro de desmayo o siento que me voy a desmayar	1	2	3	4
13. Puedo inspirar o expirar fácilmente	4	3	2	1
14. Se me adormecen me hincan los dedos de las manos y pies	1	2	3	4
15. Sufro molestias estomacales o indigestión	1	2	3	4
16. Orino con mucha frecuencia	1	2	3	4
17. Generalmente mis manos están secas y calientes	4	3	2	1
18. Siento bochornos	1	2	3	4
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas	1	2	3	4

PUNTAJE.....INDICE EAMD.....DIAGNÓSTICO.....

CONVERSIÓN DE LOS RESULTADOS NUMÉRICOS AL ÍNDICE EAA
(ANSIEDAD)

DENTRO DEL LÍMITE NORMAL: NO HAY ANSIEDAD PRESENTE																
TOTAL	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
INDICE EAA	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40	41	43	44
PRESENCIA DE ANSIEDAD MÍNIMO A MODERADA																
TOTAL	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47				
INDICE EAA	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59				
PRESENCIA DE ANSIEDAD MARCADA A SEVERA																
TOTAL	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59				
INDICE EAA	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74				
PRESENCIA DE ANSIEDAD EN GRADO MAXIMO																
TOTAL	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
INDICE EAA	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92	94
TOTAL	76	77	78	79	80											
INDICE EAA	95	96	98	99	100											

TABLA PARA CONVERTIR LA SUMA TOTAL EN EL INDICE EAMD
(DEPRESION)

SUMA TOTAL	INDICE EAMD	SUMA TOTAL	INDICE EAMD	SUMA TOTAL	INDICE EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	52	62	78
23	29	43	53	63	79
24	30	44	54	64	80
25	31	45	55	65	81
26	33	46	56	66	83
27	34	47	58	67	84
28	35	48	59	68	85
29	36	49	60	69	86
30	38	50	61	70	88
31	39	51	63	71	89
32	40	52	64	72	90
33	41	53	65	73	91
34	43	54	66	74	92
35	44	55	68	75	94
36	45	56	69	76	95
37	46	57	70	77	96
38	48	58	71	78	98
39	49	59	73	79	99
				80	100

DIAGNÓSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACIÓN

ESCALA DE EVALUACION	INDICE DE EAMD
No depresión Controles normales	25 – 49
Ligeramente deprimido	50 – 59
Moderadamente deprimido	60 - 69
Severamente deprimido	70 a más

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Escala de Lawton y Brody	
ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	1- 0
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	
- No es capaz de usar el teléfono	
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	
- Realiza independientemente pequeñas compras	
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	
- Totalmente incapaz de comprar	
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	
- No participa en ninguna labor de la casa	
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	
- Lava por sí solo pequeñas prendas	
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	

Escala de Lawton y Brody	
ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- No viaja	
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	
- No es capaz de administrarse su medicación	
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	
- Incapaz de manejar dinero	

Fuente escala del Dr. Lawton Y Brody

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan