

En psiquiatría se maneja:

- DSM – IV
- CIE – 10

## **TEMA 1. CONCEPTO DE SALUD MENTAL. SALUD MENTAL Y MODO DE VIDA**

### **SALUD MENTAL**

La O.M.S define a la salud mental como resultado de la presencia de aspectos psicológicos afectivos y sociales sobre la salud necesaria para alcanzar el concepto de bienestar.

El concepto de salud mental se vincula a la noción del desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, sus condiciones de vida; es decir, la influencia del medio que lo rodea.

De un modo más preciso se puede definir a la salud mental como la capacidad del individuo para:

- a) Establecer relaciones satisfactorias con los demás
- b) Participar de forma constructiva en las modificaciones de su entorno con un papel activo
- c) Resolver de manera equilibrada sus potenciales conflictivos
- d) Desarrollar su personalidad

Por lo tanto, podemos considerar que un individuo relaciona de manera sana en cuanto a salud mental se refiere, si en el transcurso de su desarrollo se muestra capaz de una adaptación flexible ante los conflictos que le puedan surgir y puede soportar las frustraciones y la angustia que estos conflictos le crean.

La salud mental no significa solo ausencia de trastornos mentales o de comportamiento y tampoco que solamente sea solo tener una buena adaptación social.

El trabajo y salud mental consiste pues en prevenir, cuidar, readaptar y asistir al enfermo dentro de un engranaje de pasos graduales que van desde el hospital al medio habitual del sujeto dentro de la sociedad.

### **MARCO CONCEPTUAL**

Dado que los problemas de salud mental están condicionados por múltiples factores no siempre fácilmente identificables y partiendo de la realidad biopsicosocial del individuo tendremos en cuenta varias cuestiones para establecer un marco conceptual sencillo:

1. Estadios evolutivos y crisis de transición: el individuo por su propia naturaleza en el proceso evolutivo vital se va a ver condicionado por su realidad física; es decir herencia y constitución; por su excepción psicológica y por su interacción con el medio. De tal modo, que este proceso y aún en el caso ideal de que no se viera sometido a ningún tipo de interacción ambiental nociva aún así, el individuo sufriría una serie de cambios a los que el individuo va a tener que adaptarse. Aquí aparece el concepto de vulnerabilidad que va a venir condicionada por el modo de interacción de un individuo con el medio. Un individuo será más vulnerable cuantos menos recursos personales posea. La falta de equilibrio entre el individuo y su entorno aumentan el riesgo de vulnerabilidad y provoca la aparición de crisis.
2. Son los aspectos generales de la patología psiquiátrica: al margen de la adscripción a un modelo teórico de las de estas escuelas para comprender la causalidad de la patología concreta, se vuelve a tener en cuenta el aspecto biopsicosocial del proceso salud-enfermera. En este sentido la patología viene determinada por la interacción de una serie de factores genéticos, orgánicos, psicológicos, sociales y ambientales que dependiendo del trastorno puede ser más evidente el reconocimiento de unos u otros. Hoy en día se considera la existencia de una multicausalidad que determina la presentación de los síntomas. Los distintos factores etiológicos pueden estar presentes como predisponentes, desencadenantes y modificadores de la presentación, intensidad y curso de una determinada patología.
  - Factores biológicos: pueden ser hereditarios (retraso mental) o adquiridos (Déficit de un neurotransmisor, por drogas).
  - Factores psicológicos: todo lo que nos puede afectar en nuestra vida
  - Factores ambientales: todo lo que nos rodea (circunstancias, estilo de vida que vayamos a tener).

## SALUD MENTAL Y MODO DE VIDA

En los últimos años, ha habido una evolución en la concepción de la salud que estaba muy focalizada en lo biológico y en lo orgánico y ahora se le da una consideración importante a la dimensión psicológica y social. El equilibrio entre el ser humano y el entorno socioambiental van a influir en el nivel de vida y en la calidad de vida, por lo

tanto ha habido un esfuerzo importante por descubrir las influencias que el medio ambiente tiene sobre las personas.

Una de las definiciones más aceptables es la de Henderson, Hall y Lipton que data de 1980 que afirman que el estilo de vida de una persona es el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de esa persona o más simple la forma de vivir de una persona. Por lo tanto, el estilo de vida juega un papel central en el mantenimiento de la salud aunque existan otros factores que influyan en el proceso de enfermar.

## TEMA 2. RELACIÓN PERSONAL SANITARIOS-PACIENTE

La relación personal de enfermería-paciente es aquella relación que se establece entre enfermero-paciente que tiene unos objetivos, una finalidad y que se desarrolla en función de esos objetivos. Es una relación terapéutica diferente por tanto de la relación social ordinaria.

	<b><i>Relación profesional</i></b>	<b><i>Relación social</i></b>
<b><i>Finalidad</i></b>	<i>Se trata de trabajar con pensamientos, comportamientos y sentimientos problemáticos para el paciente.</i>	<i>Compañerismo, placer, diversión, necesidades básicas</i>
<b><i>Roles</i></b>	<i>Están perfectamente delimitados</i>	<i>No están delimitados</i>
<b><i>Satisfacciones Necesidades</i></b>	<i>Se trata de cubrir las necesidades del paciente, no las de la enfermera</i>	<i>Las necesidades y satisfacciones son mutuas</i>

En la relación terapéutica, además, el paciente no escoge a la enfermera que le va a cuidar y el enfermero/a tampoco elige los pacientes que va a tratar, pero si elige a los amigos. El enfermero/a no elige a los pacientes pero si eligió una profesión, por tanto tiene que actuar como tal profesional. La relación con el paciente no es una relación social ordinaria pero debe ir carada de humanidad, educación, respeto, comprensión, amabilidad, confianza, empatía, aceptación, saber estar, tolerancia, flexibilidad, etc.

### HABILIDADES INTERPERSONALES

No todos tenemos las mismas habilidades, pero podemos adquirirlas, podemos aprenderlas.

Son las características personales que debe tener la enfermera/o:

1. Empatía: capacidad de sentir lo que otro siente sin sentir su dolor.
2. Aceptación: aceptar a un enfermo tal y como es no significa tener que aprobar toda su conducta, tampoco es resignación dejado o abandono entre esa situación problemática. La aceptación es un proceso activo una serie de conductas positivas resignadas a transmitir al enfermo el respeto que merece como persona humana. Hay que tener siempre presente que es importante cuidar la dignidad de la persona y recordar que dignidad es la capacidad que tiene la persona para controlar una serie de factores sobre su conducta y entorno; y ser capaz de tomar decisiones.
3. Autenticidad: No escondernos detrás de barreras, reconocer nuestras motivaciones, nuestras necesidades emocionales y nuestros prejuicios. Las enfermedades mentales tienen lugar en un dominio en el que las personas de la calle acostumbran asociar juicios de valor y juicios morales que el personal de enfermería debe de evitar y debe de evitar cualquier expresión social hacia el enfermo.
4. Concreción: es importante saber sintetizar, ayudar al paciente a concretar los síntomas.
5. Escucha activa: No solo se trata de oír lo que nos dice un paciente, se trata de escuchar por lo tanto es importante poner atención en todo lo que el paciente está comunicando. Es importante lo que dice y lo que no dice, y es importante lo que dice y como lo dice. En una escucha activa debemos siempre personalizar, es decir, utilizar siempre el nombre del paciente, no emitir juicios de valor, no discutir con el paciente, no inducir respuestas, utilizar el silencio. Cuando se está escuchando es importante un mínimo contacto visual sin intimidar, tener una postura activa y correcta. Es importante una expresión facial de atención, activos (retroalimentación) para el que habla verbal y no verbal, usar un tono de voz adecuado, no juzgar.
6. Observar: hay que observar todo lo que pasa alrededor de ese paciente. La observación es una fuente tremenda de datos, para observar lo que no me dice el paciente, para haber si coincide lo que me dice con lo que yo estoy observando.

### **TEMA 3. ESQUIZOFRENIA**

Se debe distinguir entre psicosis y neurosis:

- Psicosis: locura (endógena o exógena)
- Neurosis: Trastorno funcional, tiene consciencia de la enfermedad (ansiedad crónica, stress postraumático, fobia, crisis de angustia)

## DIFERENCIAS ENTRE NEUROSIS Y PSICOSIS

La neurosis:

1. Es un conglomerado de síntomas somáticos (cefaleas, diarreas, molestias gástricas) y/o de aspecto funcional, psíquicos (ansiedad, insomnio). (No hay nada orgánico detectable que pueda provocar esa sintomatología)
2. Su sintomatología es variable y reversible
3. Cursa con importante ansiedad
4. Hay conciencia de enfermedad, contacto con la realidad
5. No se detecta signo orgánico (de aspecto funcional)
6. No hay peligro para la vida excepto que hay ideas de suicidio
7. Disminución de la capacidad de rendimiento a nivel cognitivo (disminución de la concentración, disminución de la atención)

La psicosis:

1. Hay una pérdida de contacto con la realidad
2. No suele haber conciencia de enfermedad
3. Es un trastorno mental en el que el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere en la capacidad de afrontar algunas demandas cotidianas y alcanzar un adecuado contacto con la realidad.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una psicosis y se deriva de palabras griegas que significa personalidad dividida. Kraepelin le llamó demencia precoz. En 1911 Bleuler la bautizó como esquizofrenia.

El comienzo de esta ocurre típicamente en los últimos años de la segunda década de la vida, es decir, al final de la adolescencia principio de la edad adulta. El inicio puede ser brusco o insidioso, el pronóstico es mejor la de inicio brusco pero es la menos frecuente.

La mayoría de los sujetos tienen alguna fase prodrómica como es aislamiento social, pérdida de interés en los estudios, trabajo, deterioro de la higiene y del aseo, comportamientos extraños, etc.

Esto se puede atribuir a aquel sujeto que está pasando un mal momento o alguna otra patología; sin embargo en un momento dado por la aparición de algún síntoma positivo se diagnóstica la esquizofrenia.

En cuanto a la etiología, no se conoce.

## CURSO DE LA ENFERMEDAD

Curso variable con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos mientras que en otros permanecen crónicamente enfermos.

La remisión completa de la enfermedad es poco habitual, algunos tiene un curso relativamente estable mientras que otros presentan una incapacidad grave. Los síntomas positivos son especialmente sensibles a la medicación, mejoran con la medicación, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos.

## ETIOPATOGENIA

1. Componente genético: como apuntó Kraepelin no es raro encontrar familiares con el mismo trastorno y con mayor frecuencia cuanto más cercano sea el parentesco.

En muchos estudios se evidencia la relación entre un aumento del parentesco y el riesgo más elevado de esquizofrenia.

Ej: en uno de los estudios, se observa que los padres biológicos de los esquizofrénicos muestran mayor patología que los padres adoptivos.

- a. Hijo de padres sanos: 1 de cada 100 casos va a padecer esquizofrenia.
  - b. Hijo con uno de los padres esquizofrénicos: 1 de cada 10 casos va a padecer esquizofrenia.
  - c. Hijo con los dos padres esquizofrénicos: 1 de cada 3 casos va a padecer esquizofrenia.
2. La hipótesis de los neurotransmisores: Hipótesis dopaminérgica se postula que hay una cantidad excesiva de dopamina en la sinapsis neuronal por un aumento de la sensibilidad de los dopaminérgicos o bien por una disminución de los antagonistas colinérgicos, y en esto se están centrado actualmente los estudios y el tratamiento.
  3. A nivel de una neuroanatomía parece más frecuente la dilatación ventricular, una atrofia aórtica y resermix cerebelosa, no es un síntoma patognomónico.

## TEORÍAS FAMILIARES

En la década de los 40 y 50 se habló del término de madre esquizofrenica, que se la describe como una madre agresiva, dominante pero muy insegura. Se hablaba de madre protectora y padre ausente, a raíz de ahí se inicia varias escuelas de tipo psicodinámico.

El grupo de palo alto sugiere que los esquizofrénicos no han aprendido a discriminar de forma apropiada entre diversos modelos de comunicación, esta dificultad estaría ligada al uso del mensaje del doble vínculo por parte de los progenitores en particular por parte de la madre.

La teoría del doble vínculo es una comunicación contradictoria. Alguien te está dando un mensaje que a otro nivel te lo está negando. Por ejemplo: le estás diciendo cuanto te quiero pero te hechas para atrás.

## CLINICA DE LA ESQUIZOFRENIA

Ningún síntoma aislado es patognomónico de esquizofrenia.

El diagnóstico supone que hay una serie de síntomas y signos positivos asociados a un deterioro laboral y social.

Síntomas positivos:

1. Ideas delirantes (trastorno del contenido del pensamiento, se trata de ideas delirantes primarias, para que esta sea primaria tiene que cumplir los siguientes requisitos: A. ser falsa, B. irrefutable a toda argumentación, C. establecerse por vía patológica, D. no derivarse de otra manifestación psicopatológica. Si una idea delirante se deriva de otra manifestación psicopatológica no es una idea delirante primaria sino una idea delirante secundaria o idea deliroide (Los celos del alcohólico).

Las ideas delirantes extrañas incluyen robo del pensamiento, es la creencia de que el pensamiento de una persona es captado por alguna fuerza exterior-, la inserción del pensamiento, es la creencia de que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente; ideas delirantes de control, es la creencia de que el cuerpo o los aptos son controlados o estimulados por alguna fuerza exterior).

2. Alucinaciones: Es una alteración de la percepción, es una percepción sin objeto, pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles).

Las alucinaciones típicas de la esquizofrenia se llaman pseudoalucinaciones o falsas alucinaciones en las que hay una gran convicción de realidad por parte del paciente y suceden en la mente del sujeto, son internas.

Deben presentarse en un contexto de claridad sensorial.

3. Lenguaje o pensamiento desorganizado: Se trata de una alteración del curso del pensamiento, es la pérdida de la capacidad asociativa, el sujeto puede perder el hilo del discurso saltando de un tema a otro. Las respuestas pueden no tener

relación con las preguntas y en alguna ocasión el lenguaje es tan desorganizado que es casi incompresible que es lo que llamaríamos ensalada de palabras.

4. Comportamiento gravemente desorganizado: Puede presentarse de muy diversas formas desde tonterías infantiloides hasta agitaciones impredecibles. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de forma incorriente, llevar varios abrigos en un día de sol o diversos comportamientos que se salen de lo normal.

Dentro de los comportamientos raramente desorganizados podemos citar los comportamientos motores – catatónicos que ocurren dentro de la esquizofrenia catatónica.

Comportamientos:

- a. Estupor catatónico que supone una importante disminución de la reactividad al entorno.
- b. Rigidez catatónica: mantiene una postura rígida resistiendo la fuerza ejercida para ser movido
- c. Negativismo catatónico: Resistencia a las órdenes o a los intentos de ser movido
- d. Posturas catatónicas: Se trata de asumir posturas inapropiadas o extrañas.
- e. Agitación catatónica: se trataría de una agitación con actividad motora excesiva sin propósito ni ningún estímulo que la provoca.

Síntomas negativos:

1. Aplanamiento afectivo: Incapacidad para mostrar afecto, es la restricción del ámbito y la intensidad de la expresión emocional. Se caracteriza por una falta de respuesta en la expresión facial con un contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal por monótona, cara inmóvil.  
Se habla también de afectividad embotada en la que hay una reducción en la intensidad y la expresión de la afectividad.  
No hay signos que expresan afectividad o están muy reducidos, se da también la ambivalencia afectiva que es cuando el enfermo experimenta sentimientos contradictorios. (Está muy bien con nosotros y de repente no nos quiere hablar).
2. Alogia: es la restricción de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje; es la pobreza del habla.
3. Abulia: Es la restricción del inicio del comportamiento, se caracteriza por la incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.

OTROS SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS QUE NOS ENCONTRAMOS FRECUENTEMENTE EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

- Falta de conciencia de enfermedad: es muy habitual y es un predictor de mala evolución.

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

- E. paranoide: Es la forma más frecuente y domina los delirios y alucinaciones. Delirios casi siempre relacionados con persecución e influencia de terceras personas sobre el paciente.  
Es la forma de comienzo más tardía y es la que produce un menor deterioro funcional en el paciente; y tienen una mejor respuesta al tratamiento.
- E. hebefrénica: Actualmente llamada esquizofrenia desorganizada. Caracterizada por alteraciones graves de conducta como pueden ser un aspecto físico extraño, deshibición, desorganización, etc.  
Hay también importantes alteraciones de la afectividad, lenguaje desorganizado, etc. Esta forma de inicio más precoz suele comenzar en la adolescencia, produce un gran deterioro funcional y es la de peor pronóstico.
- E. catatónica: Predominan alteraciones de la psicomotricidad. Puede haber estupor o inmovilidad como: catalepsia, flexibilidad, posturas extrañas o afectaciones extremas.  
Puede existir también negativismo extremo o mutismo; que puede ser negativismo activo relacionado con la resistencia a la movilización o pasivo con ausencia de respuesta a las órdenes.
- E. indiferenciada: cumple los criterios de esquizofrenia pero no los criterios de los subtipos antes mencionados.
- E. residual: Se diagnóstica este tipo cuando después de un episodio de esquizofrenia, los signos positivos y las ideas han desaparecido pero persisten síntomas fundamentales negativos.

## MANEJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

La mayor parte de tratamiento con el esquizofrénico debe efectuarse fuera del hospital.

Cuando se produce una crisis que no se controla ambulatoriamente, el paciente precisará un corto ingreso para reducir fundamentalmente su sintomatología positiva.

Una vez estabilizado continuará su tratamiento en consulta ambulatoria o en otros dispositivos.

No todos los esquizofrénicos tienen el mismo grado de esquizofrenia.

Porque pueden otros aspectos como su vida social, fallo de iniciativa, lentitud, su dificultad en el arreglo personal, su dificultad en el medio y es en estos aspectos donde

juega un papel fundamental el manejo del personal de enfermería, ya que la intervención de la enfermería va a tener como finalidad principal conseguir el cumplimiento terapéutico que es crear y manejar un ambiente que fomenta el restablecimiento del contacto con la enfermedad, las habilidades sociales, interpersonales, las habilidades de la vida diaria y el retorno a la capacidad productiva cuando esto sea posible.

1. Establecer relación con el paciente:

Las premisas que van a marcar esta relación son.

- a. Que sea una relación terapéutica
- b. Demostrar que nos interesamos por el paciente, que estamos disponibles, una actitud de apoyo
- c. Escucharle
- d. Informarle de la actividad del servicio
- e. Valorar como tolera nuestra presencia
- f. Hablar con él utilizando frases cortas y sencillas, utilizando un tono adecuado
- g. Dar tiempo suficiente a que conteste
- h. Es normal que tenga dificultades para atender y pensar con fluidez
- i. Procurar hacer preguntas abiertas que nos darán mucha más información que la pregunta cerrada

2. Trabajar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento terapéutico:

Por ello lo ideal es obtener la mejor cooperación posible.

Recordar que es un paciente psicótico que no tiene conciencia de enfermedad, por lo tanto va a ser dado a abandonar el tratamiento, lo cual le provocará una recaída.

Es importante explicar al paciente y su familia la importancia de la medicación en su enfermedad.

Si el paciente está hospitalizado es nuestra responsabilidad que tome la medicación. Debe de tomar un vaso entero de agua a continuación y aún así la ocultarán con facilidad.

Si al paciente lo estamos atendiendo ambulatoriamente se deben establecer citas periódicas y regulares, llamarle por teléfono si no acude a la consulta y comprometer a la familia en la toma de la medicación.

Tanto en el paciente ambulatorio como en el hospitalizado estar atento a los efectos secundarios.

3. Trabajar la conciencia de enfermedad

4. Manejar las ideas delirantes y/o las alucinaciones

No reforzar ni contradecir las ideas delirantes ni las alucinaciones.

Corregir éstas de una forma apagada a la realidad, no entrar en discusiones de detalle ni tampoco apoyar las mismas.

5. Aceptar y entender la afectividad ambivalente:  
Se puede mostrar desbordante de un gran efecto como manifestar una importante habilidad.
6. Ayudar a los demás enfermos a aceptar la conducta extraña de estos pacientes: dar explicaciones simples al grupo
7. Observar para indagar posibles alucinaciones o ideas delirantes que no verbalice, ej: risas, gestos o conductas del paciente.  
Observarle también para protegerle contra posibles conductas autolíticas. Observar también para ver si está desarrollando conductas nocivas para él o para los demás.
8. Trabajar las habilidades sociales favoreciendo la disminución de la regresión
9. Evaluar el nivel de funcionamiento del enfermo estableciendo objetivos realistas procurando que se dé cuenta que es lo que se espera de él. Instruyéndolo en compras domésticas, coger buses, ir al banco, etc. No hacer nada por el paciente que pueda hacer por el mismo.
10. Ayudar a mantener una buena higiene personal:  
Indicarle que tiene que asearse, vestirse adecuadamente, pero siempre procurando que acepte el mayor número de responsabilidades posibles en su arreglo personal.
11. Refuerzo positivo: valorar las percepciones reales del enfermo.

#### **TEMA 4. TRASTORNOS AFECTIVOS**

Las variaciones emocionales son parte de la condición humana y suceden con frecuencia en la vida diaria. Cuando las respuestas emocionales son exageradas, persistentes, o interfieren en la actividad normal pueden que exista un trastorno afectivo.

Se entiende por humor básico aquel estado de ánimo que en condiciones normales fluctúa dentro de unos límites aceptables y controlados por el propio sujeto.

Eutímico: estado de ánimo normal

Distimia: alteración de la afectividad

Disforia: se mezclan síntomas depresivos con gran irritabilidad y ansiedad

Anhedonia: Incapacidad para sentir placer o interés

Alexitimia: incapacidad para expresar los afectos con palabras.

Labilidad afectiva: respuesta emocional excesiva ante un mínimo estímulo, pasando fácilmente de un estado emocional al otro.

## DEPRESIÓN MAYOR O ENDÓGENA

Según el DSM – IV se caracteriza por un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en vez de triste, y el sujeto además debe experimentar cuatro síntomas:

- Cambio en el apetito con aumento o disminución de peso
- Cambios en el sueño
- Alteraciones psicomotoras: agitación, enlentecimiento, falta de energía, sentimientos de infravaloración, culpa, dificultad para concentrarse, para pensar para tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte que pueden ser ideas claves o intentos de suicidio.
- Ánimo triste, desesperanzado
- Aislamiento social
- Deja de disfrutar de la actividad de las que antes disfrutaba
- Disminución de la libido
- Visión negativa del futuro etc.

## DISTIMIA (ANTES LLAMADA DEPRESIÓN NEURÓTICA)

Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo deprimido que sin él. Acompañado de otros síntomas depresivos, pero que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor.

En este caso se suele acompañar de dos síntomas de los que vamos a citar:

- Estado de ánimo triste o desanimado
- Disminución o aumento de peso
- Insomnio e hipersomnia (suele ser de inicio)
- Falta de energía
- Disminución de autoestima
- Dificultad para concentrarse

Convirtiéndose estos síntomas en parte de la experiencia cotidiana considerándolos como su forma de ser.

Siempre hay que explorar las ideas de suicidio es el factor primordial de los cuidados de enfermería.

En niños se considera un año.

#### CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

1. Evitar el suicidio para lo cual tenemos que explorar adecuadamente la ideación suicidio y en casos de que existan riesgo establecer los cuidados apropiados.
2. Fomentar una relación terapéutica con atención activa para interactuar con el paciente teniendo en cuenta que los intentos de explicación, respuestas mecánicas, reacciones espontáneas por nuestra parte son estériles, para lo único que valen es para aumentar su culpabilidad y su sufrimiento.
3. Estimular al paciente a que exprese sus sentimientos de forma verbal, no verbal y como le dé la gana.
4. Animar a la expresión de sentimientos negativos y difíciles de expresar, permitirle que llore si le apetece, y explicarle que el llanto es la expresión de un sentimiento que no hay que sentir ni culpa ni vergüenza y nunca restar importancia a los sentimientos del enfermo especialmente cuando son emociones muy difíciles de expresar. No interrumpir nunca sus comentarios con respuestas banales y procurando siempre que se dé cuenta que todo lo que trata de expresar es aceptado y es válido, sean sentimientos positivos o negativos.  
Puede expresar rabia, ira, irritabilidad, culpa, etc.
5. Saber acompañar, dar apoyo utilizar escucha activa, contacto visual, postura activa, empatía, etc. De forma que perciba interés por parte del enfermero, que le atiende y que entiende su sufrimiento. Procurar que sea el paciente el que hable, evitar preguntas cerradas, utilizar un discurso poco denso sin mensajes complejos y dar tiempo suficiente a que responda.
6. Evitar que tome decisiones de gran trascendencia durante su proceso depresivo e inculcándole que las decisiones importantes requiere que la persona esté funcionando óptimamente. El paciente puede tomar otras decisiones de menos trascendencia y debe de hacerlo en la medida de sus posibilidades. Debemos permitir que suma el control de situaciones en la medida que sea capaz de manejarlas con cierta facilidad.
7. Trabajar en el aumento de la autoestima, tratar de que el paciente entienda que la depresión no está relacionado con un déficit personal o con signo de inferioridad, recordándole los sentimientos de desesperanza son parte del trastorno. En el aumento de la autoestima vamos a intentar mejorarla con un buen aseo o higiene personal, un buen cuidado personal.
8. Indicar sin forzar en la medida que el paciente lo tolere que haga actividades de su vida cotidiana. Indicarle que comience hacer cosas para sentirse mejor

explicándole que entendemos el esfuerzo que esto le supone, en vez de esperar a sentirse mejor para poder hacerlas. Que comience por tareas sencillas que irá aumentando en tiempo y complejidad.

9. Vigilar el funcionamiento biológico – orgánico: nutrición, hidratación, estreñimiento, descanso si duerme, etc.

## **TEMA 5. EL SUICIDIO**

Es el acto de autoaniquilación voluntaria por parte de una persona.

Intento de suicidio es el acto individual de autodaño por ingesta de sustancias o autolesiones sin consecuencias letales.

### **PACIENTES QUE REQUIEREN EVALUACIÓN DE SU POTENCIAL SUICIDA**

1. Pacientes que han sobrevivido a un intento de suicidio
2. Pacientes que acuden al médico o a la enfermera quejándose de ideas o impulsos suicidas.
3. Pacientes que consultan por otras quejas pero si se les preguntan del suicidio admiten tener ideas de suicidio
4. Pacientes que niegan sus ideas de suicidio pero que el personal sanitario consideran que pueden existir.
5. Explorar determinadas patologías psiquiátricas como por ejemplo en la depresión, es el diagnóstico más común asociado a suicidio. Se calcula que el 15% se muere por suicidio y si el paciente deprimido también tiene síntomas psicóticos el riesgo es mayor.

Hay que tener especial atención cuando el paciente empieza a mejorar. En el período de remisión del cuadro clínico es un momento peligroso porque los antidepresivos empiezan actuar desinhibiendo al paciente pero tardan más en actuar sobre la pena y la tristeza. Hay que tener especial precaución en aquellos deprimidos con gran ansiedad, con gran actitud, porque a veces la invierten en el acto suicidio.

Otras patologías relacionadas con el suicidio es el alcoholismo. Se calcula que el 25% de los suicidios son de alcohólicos, además el consumo de alcohol y fármacos pueden desinhibir al paciente deprimido y facilitar el intento, no obstante el mecanismo del suicidio no está muy claro pero podemos citar algunas variables:

- a. Por una parte el tratamiento impulsivo aparece o se refleja bajo los efectos del alcohol
- b. El alcohol disminuye la capacidad de análisis de la realidad
- c. El alcohol muchas veces se toma para animarse, para aliviar dolorosas vivencias pero el alcohol no anima, el alcohol es un potente depresor del SNC
- d. El consumo crónico de alcohol actúa sobre el SNC produciendo una disminución de juicio de la realidad y un aumento de los estados depresivos.
- e. El consumo crónico de alcohol aumenta las tensiones en las relaciones interpersonales a nivel de trabajo, a nivel de colegas...
- f. Se puede tomar alcohol para tener valor para suicidarse

#### OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS AL SUICIDIO

1. Los trastornos de la personalidad: el trastorno límite de la personalidad
2. Otra patología en que si suele haber pocos suicidios pero bastantes intentos son los trastornos conversivos, fundamentalmente las histéricas pero se equivocan en los métodos y se suicidan.

#### ENTREVISTA CON EL PACIENTE SUICIDA

1. Empatía
2. Privacidad: se debe de tener la consulta a solas en algún momento con el paciente y tener siempre presente que preguntar sobre el suicidio y sobre las ideas de suicidio no predispone al suicidio.  
Primero contacto terapéutico, después las preguntas generales y por último las preguntas específicas.  
No intentar convencer a nadie para que no se suicide.

#### OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

1. Evaluar:
  - a. Si hay ideas de suicidio
  - b. Si hubo intentos de suicidio o si estamos valorando un intento de suicidio que ya fue
  - c. Evaluar si existen planes de suicidio detallados
  - d. Evaluar el estado mental del paciente

2. Establecer una buena comunicación con el paciente para que no retenga información y para que no se resiste a una eventual intervención si fuera necesario.

Para establecer una buena comunicación hay que tener una amplitud no crítica, no juzgar, empatía, ir siempre de las preguntas generales a las específicas.

3. Determinar los factores de riesgo: Factores de riesgo personal y democrático del paciente.

Como el suicidio es prevenible se trata de una buena predicción pero hay que tener en cuenta que cualquier factor de riesgo o conjunto de factores de riesgo que sea lo suficientemente sensible para determinar que pacientes con ideas de suicidio va a llegar al suicidio y cual.

Una buena predicción exige valorar cual es el grado de ideación suicida en el momento actual y cuál va a ser presumiblemente en un futuro inmediato. Además hay que tener en cuenta la calidad de los controles tanto internos como ambientales de que dispone el paciente.

Vamos a valorar:

- a. La expresión de la intencionalidad de cometer un suicidio. La mayoría de los pacientes avisan de forma directa o indirecta

- b. Una historia positiva de intentos de suicidio o amenazas, esto es un factor de riesgo con gran peso.

El paciente que hace un intento de suicidio tiene el séxtuple riesgo de intentarlo de nuevo. El aumento del % es mayor durante los tres primeros meses.

Tiene también gran peso una historia positiva de intentos de suicidio en la familia.

- c. Otros factores de riesgo son los trastornos psiquiátricos

- d. Otros aspectos: alcoholismo...

A1. Edad:

-En el niño es poco frecuente el suicidio

-Aumenta la cifra en la adolescencia

-La edad máxima de suicidio está sobre los 75 años en el varón y del 55-65 años en la mujer

-El mayor % está de 15 a 19 años en las mujeres y de 25-29 años en los varones.

B1. Sexo:

-Las mujeres intentan suicidarse de 3-4 veces más que los hombres y los hombres se suicidan de verdad de más de 2-3 veces que las mujeres.

C1. Factores sociales:

-Los solteros tienen más riesgo seguido de los viudos, separados y divorciados, casados sin hijos, casados con hijos.

D1. Grupo familiar:

-la soledad

E1. Sensación de fracaso, de culpabilidad, pérdida de prestigio, pérdida de trabajo.

F1. Factores sanitarios: enfermedad incurable, enfermedad terminal, enfermedad crónica, etc.

G1. Raza:

-Se suicidan más los blancos que los no blancos

H1. Religión:

-Las tasas son más bajas entre judíos y católicos que otras religiones.

## VALORACIÓN DE UN INTENTO DE SUICIDIO

Cuando se cometió un intento de suicidio y el paciente sobrevive, es preciso valorar la seriedad de dicho acto, para darnos una idea de la intencionalidad del acto hemos de tener en cuenta:

1. El método: los medios del sujeto que emplea para suicidarse. A veces se comprueba que utilizan varios métodos a un tiempo.  
Debe explorarse también si el enfermo piensa que ese método le causaría la muerte o si dudaba al respecto.
2. Exploración del lugar en donde lo hizo: la elección de los lugares alejados indican un propósito firme de quitarse la vida.  
En el término medio sería el suicidio que se realiza en lugares no concurridos y que no le conozcan pero que tiene la posibilidad de ser socorrido.
3. El descubrimiento: La posibilidad de que el sujeto sea encontrado y socorrido, e paciente puede dejar frases escritas pero no en el correo o llamar por teléfono despidiéndose sabiendo que el familiar esté a 5 minutos.
4. La reacción: Los sentimientos que expresa el sujeto en relación a su intento. Unos se alegran tremendamente de ver que están vivos, y otros reacciona con auténtica rabia y desesperación al ver que están vivos.

## MANEJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE SUICIDA

1. Problema de cuidados físicos
2. El cuidado de sus problemas psicológicos: el paciente suicida suscita a varias reacciones.

## OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- Proporcionar un ambiente de seguridad
- Impedir que se lesione
- Permitir la expresión de sentimientos

#### OBJETIVOS A LARGO PLAZO

- Aumento de los sentimientos de autoestima
- Ayuda al paciente a reconocer y aceptar sus sentimientos negativos
- Intentar lograr aumentar la introversión de su conducta
- Aumento de la capacidad del enfermo para escarar sus sentimientos sin tener que utilizar la conducta suicida.
- Aumentar el control de impulsos del paciente

#### ACCIONES PARA CONSEGUIR ESTOS OBJETIVOS

Lo primero y más importante con un suicida es proporcionar un ambiente de seguridad para proteger la vida del paciente y evitar la ejecución de un intento de suicida.

Determinar el nivel adecuado de precauciones.

Debemos informar a la familia e instruirla sobre las medidas de precaución que deben tomar.

Si el riesgo de suicidio es severo se requiere una presencia constante de una persona. Explicarle a esa persona no formada las medidas de precaución y explicarle al paciente las medidas que vamos a tomar porque está a nuestro cargo y nos preocupamos por ella. Las medidas son:

- Presencia constante
- Retirada de objetos personales
- Controlar sus salidas de la habitación, su estancia en el cuarto de baño.
- En su habitación no debe haber cristales que romper
- Vigilar exhaustivamente la toma de la medicación porque puede no tomarla, recogerla, guardarle y cuando tenga una buena cantidad digerirla.
- Se debe vigilar y se debe recoger al final de la comida los cuchillos y los tenedores.
- Se aconseja que las plantas de psiquiatría están situadas en las plantas bajas de los hospitales porque el paciente se puede tirar por la ventana.
- Ojo con las ventanas

- Se aconseja que la habitación de los pacientes con intento de suicidio estea enfrente del control de enfermería.
- Normalmente los pacientes comparten habitaciones, a no ser en causas especiales.

Establecer un pacto con el paciente de no suicidio durante un período de tiempo.

Hacer periódicamente evaluaciones de su riesgo de suicidio, evaluaciones que compartiremos con el resto del equipo y estableceremos un nivel de medidas u otro. Hay que tratar de obtener toda la información posible no solo por el momento actual sino para posibles planes de suicidio.

Observar al paciente y llevar un registro de sus actitudes de la conducta.

Animar a que el paciente exprese sentimientos positivos y negativos.

Comunicar y demostrar interés por el paciente sin discutir sobre el suicidio, sino lo que debemos es comprender a la persona, transmitirle que no está solo que necesita ayuda y que la vamos a proporcionar; trabajar la autoestima; identificando valores positivos de la persona.

Ayudarle a lograr autocrítica

No hacer juicios morales ni reforzar sentimientos de culpa, ni de pecado.

P.D: la firme decisión de quitarse la vida, desborda a veces todas acciones precauciones terapéuticas. Pero esto no es disculpa porque nosotros como personal sanitario estemos muy alerta y pongamos en marcha todas las medidas que tengamos a nuestro alcance.

## **TEMA 6. PACIENTE MANIACO-DEPRESIVO**

### **EPISODIO MANIACO**

Un episodio maníaco es un período durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Elevado quiere decir un estado de ánimo eufórico, anormalmente bueno, muy alegre y alto. Expansivo quiere decir que se caracteriza por un impesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones personales, sexuales o laborales. Este estado debe durar al menos 1 semana o menos

si se requiere hospitalización y este período debe de ir acompañado de al menos tres síntomas de los siguientes:

- Aumento de autoestima o grandiosidad
- Disminución de la necesidad de dormir
- Lenguaje verborreico fuerte, rápido y difícil de interrumpir
- Fuga de ideas
- Distrabilidad
- Hiperactividad que puede llegar a agitación psicomotora
- Implicación excesiva en actividades placenteras con alto potencial para producir consecuencias graves: conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables, conductas sexuales de alto riesgo, etc.

#### CONDUCTAS O PROBLEMAS QUE NOS PUEDE PLANTEAR UN PACIENTE MANIACO

- Escaso sueño. Insomnio
- Energía descontrolada que si no la paramos conduce agotamiento físico
- Disminución del apetito por su hiperactividad
- Hiperactividad si ninguna causa justificada, sin ninguna finalidad
- Deterioro del juicio
- Disminución de la concentración, gran distrabilidad y fuga de ideas
- Aumento importante de la autoestima
- Ira, rabia
- Falta de culpa
- Verborrea
- Frecuencia de ideas delirantes
- Con poca higiene personal
- Impulsividad y desinhibición
- Hipersexualidad
- Compras excesivas
- Conducta temeraria
- Cantos, bailes en situaciones inapropiadas

#### COMO VAMOS A ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

1. Trabajar al nivel de prevención para detectar pródromos
2. Trabajar con él (que tiene que dormir 8h y si es posible 10h)  
Que no consuma café ni tóxicos, que no permanezca demasiado tiempo en ambientes muy ruidosos, que no haga un ejercicio intenso en episodios maniacos y ni en hipomanía.
3. Interés y aceptación por el paciente y de la enfermedad

4. Disminuir todo lo posible los estímulos del medio ambiente. Tener en cuenta de que todo lo que indique un aumento de inquietud puede provocar un cuadro de agitación en ese paciente maníaco.
5. A veces es necesario limitar las actividades de grupo, mientras el paciente no puede tolerar el nivel de estímulos que esto lleva consigo, porque es un paciente que se irrita fácilmente y se enzarza en una pelea.
6. Administrar psicofármacos antes de que el paciente quede fuera de control lo más rápidamente posible.
7. Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de todas las actividades del servicio
8. Controlar que el paciente cumpla y satisfaga sus necesidades básicas.
9. Vigilar que duerma
10. Si el paciente se va a poner con un tratamiento de litio, informar adecuadamente al paciente y a la familia del uso de este fármaco.
  - a. Trabajar la adherencia al tratamiento.
  - b. Explicar al paciente y a la familia con sencillez que el litio es un fármaco que se debe de tomar de forma regular y continúa para obtener resultados.
  - c. Explicarles que solo porque el paciente se sienta bien, o haya mejorado o su estado de ánimo sea normal no son causas suficientes para dejar el tratamiento. La absorción de litio depende del factor individual por eso hay que ajustar la dosis en cada persona. Fármaco que se absorbe muy bien pero también se elimina muy bien. El litio se utiliza como profiláctico, preventivo.

El gran problema del litio es que las dosis tóxicas y las dosis terapéuticas están muy próximas.

Las dosis terapéuticas están de 0.6 – 1.2 meq/l por debajo de 0.6 no hace efecto ninguno, por encima de 1.2 empieza a ser tóxico y concentraciones de 2.5 -3 (elevado) meq/l son mortales.

Un tratamiento con litio requiere la obligatoriedad de hacer litemias, más continuadas al principio del tratamiento y más espaciadas después, pero siempre habrá que hacerla cuando se modifica la dosis, si hay recaídas, si hay un aumento de efectos secundarios o síntomas de toxicidad, o si aparecen enfermedades importantes y recurrentes.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS DE LITIO

- Náuseas leves intermitentes
- Sed
- Aumento de la ingesta de líquido
- Poliuria
- Sabor metálico

- Molestias gastrointestinales

#### SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN

- Sed insaciable
- Diarreas persistentes
- Problemas de coordinación motora
- Dificultad de concentración y problemas súbitos de memoria
- Temblor amplio de manos
- Confusión, somnolencia
- Vómitos, mareos, rigidez
- Calambres, convulsiones
- Etc.

En casos graves es necesario dializar al paciente y puede provocar la muerte.

#### CAUSAS DE INTOXICACIÓN

- Sobredosificación
- Dieta pobre en Na (el paciente que toma litio tiene que tomar sal)
- Cuidado con litio combinado con diuréticos
- Si tiene gastroenteritis (ya que se deshidrataría)
- Ojo con pacientes con sudoración muy profusa porque se intoxican más rápido.

### **TEMA 7. TRASTORNOS POR ANSIEDAD**

La ansiedad puede ser una respuesta normal o anormal a estímulos internos o externos o una respuesta patológica producida por numerosos trastornos médico o psiquiátricos.

#### SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

- Palpitaciones
- Nauseas
- Insomnio
- Poliuria
- Etc.

#### TRASTORNOS DE ANGUSTIA

La crisis de angustia también se llama ataque de pánico porque es una sensación de muerte inminente.

Se define por la presencia de crisis de ansiedad recurrentes de las que algunas deben de ser espontáneas en ausencia de trastorno orgánico psiquiátrico o tóxico las justifique, siendo estos episodios breves de intensa ansiedad que aparecen súbitamente. Suelen tener el inicio brusco alcanzando su máximo en unos 10 minutos, puede despertar al paciente por la noche.

## CLINICA

Se presentan síntomas vegetativos y psicológicos.

Vegetativos:

- Palpitaciones
- Disnea con hiperventilación: el paciente tiene la sensación de que no respira
- Mareos
- Inestabilidad
- Temblor
- Sudoración
- Molestias precordiales que a veces cursa con el dolor irradiado al brazo
- Parestesias
- Náuseas
- Escalofríos
- Sofocos
- Etc.

Psicológicos:

- Sensación de muerte inminente
- Sensación de pérdida de control
- Sensación de estar volviéndose loco
- Síntomas de despersonalización
- Síntomas de desrealización: el paciente percibe como si el mundo estuviera cambiando.

La duración total suele ser menos de una hora y deja un cansancio extremo. Las primeras crisis suelen iniciarse en la adolescencia o principio de la edad adulta y suelen ser espontáneas.

Suelen desarrollarse posteriormente una ansiedad anticipatoria que conduce a conductas de evitación pudiendo alcanzar el rango de agorafobia, por lo tanto las crisis de angustia pueden ser con agorafobia o sin agorafobia.

Las crisis de angustia tienden a la cronicidad y a la recurrencia.

## MANEJO DE ENFERMERÍA

1. Disminución del nivel de ansiedad (benzodicepina)
2. Es importante informar al paciente de que no sufra una enfermedad orgánica que ponga en peligro su vida.
3. Evitar decirle “usted no tiene nada”, “nada va mal” porque eso no es verdad sino explicarle claramente que aunque no tiene una enfermedad orgánica tiene un trastorno o psiquiátrico que se llama crisis de angustia y que debe ser seguida en una consulta psiquiátrica.
4. Intentar que tome conciencia de que se trata de un problema psiquiátrico.
5. Cuando el paciente está hiperventilando y está metiendo mucho oxígeno nos va a ser útil que el paciente respire en la bolsa (para respirar  $CO_2$ ).
6. En cualquier patología de ansiedad procurar no reponer con nuestra ansiedad la del enfermo.
7. No evitar al enfermo ansioso.
8. Permitir hablar al paciente para que exprese sus sentimientos aunque sean muy evidentes las razones de la ansiedad.

## TRASTORNOS FÓBICOS

La fobia es un temor persistente a un objeto, actividad que a pesar de ser reconocido como irracional, permanece fuera del control voluntario y genera conductas de evitación conscientes. En los trastornos fóbicos la ansiedad aparece cuando el sujeto se enfrenta a un estímulo fóbico. Cuando el individuo se encuentra con la posibilidad de enfrentarse al individuo fóbico se presenta una marcada ansiedad, miedo intenso, dificultad respiratoria, taquicardia.

La ansiedad puede aumentar y disminuir según los cambios de proximidad o intensidad del estímulo fóbico.

## FORMAS CLÍNICAS

- Agorafobia: se caracteriza por el miedo a estar solo o en un lugar del que sea difícil escapar o conseguir ayuda, sienten típicos los grandes espacios abiertos, transportes públicos, grandes almacenes, etc.

La característica esencial es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o en situaciones donde escapar pueda resultar difícil o donde no pueda disponer de ayuda.

En esta fobia es frecuente un estado permanente de ansiedad que no se ven en las otras fobias.

- Fobia social: suele debutar en la adolescencia sin diferencias entre sexos, se define como el miedo al ridículo en situaciones de exposición social como hablar, comer, beber en público etc.

Si es generalizada puede ser crónica y muy perturbadora y tiene el peligro de que la persona caiga en un alcoholismo social (por ejemplo: bebe una copita para animarse hablar en público).

- Fobias simples o específicas: se define por el miedo a un objeto o situaciones concretas. Las más frecuentes son la de animales o de insectos, las de estímulos ambientales, al mar, a la sangre, en las heridas, a los pinchazos, a los aviones, a los ascensores, a las alturas, etc.

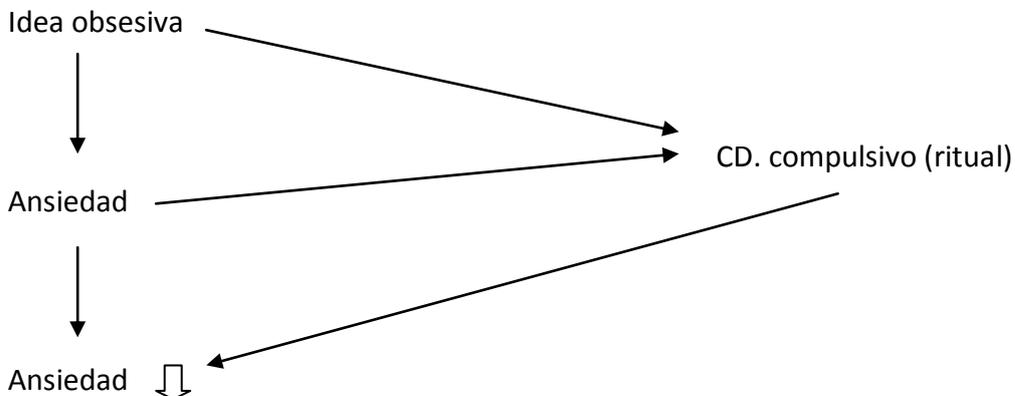
En general cualquier tipo de fobia desencadena un síndrome adrenérgico excepto la fobia a la sangre o a las inyecciones que produce un cuadro vagal. Las fobias simples no suelen generar gran incapacidad a no ser que interfieran mucho en la vida cotidiana.

#### QUE HACEN LOS ENFERMEROS/AS EN LOS FÓBICOS

1. No empujar al fóbico hacia el elemento que rechaza.
2. No compartir con él los sentimientos de absurdidad y ridículo que experimente el fóbico ante su fobia.
3. Entender la ansiedad que les produce al enfrentarse al estímulo fóbico, y hacerle entender que comprendemos sus síntomas y que comprendemos como se siente.

#### TEMA 8. TOC (TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO)

La idea obsesiva crea una gran ansiedad.



La sintomatología esencial consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones repetidas que causan un intenso malestar, gran pérdida de tiempo o una interferencia a nivel social, personal... pudiendo disminuir enormemente la actividad global de la persona.

Una idea obsesiva o anancasticas es una idea errónea o absurda, el sujeto sabe que es errónea que es falsa pero aún así se siente obligado a pensarla. Es una idea repetitiva que se acompaña de gran angustia por lo tanto las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimenta por lo menos al principio como intrusas y sin sentido y sin que provocan una ansiedad con malestar significativo y el individuo reconoce que no están impuestas desde fuera tal como ocurriría en la idea delirante de inserción del pensamiento.

Las compulsiones o ritos obsesivos, rituales o conducta compulsiva se define como comportamientos (lavado de manos, apagar luces del coche...) o actos mentales (contar o repetir palabras o números etc.) de carácter recurrente cuyo propósito es ..... O ..... la ansiedad o ..... pero no proporciona placer ni ..... Al sujeto, es decir son las conductas tendentes a disminuir en el sujeto la angustia ligada a la obsesión, en la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a evitar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situaciones negativas.

La neurosis obsesiva – compulsiva los rasgos más comunes son:

- La obsesión o compulsión aparecen de forma insistente, persistente e involuntariamente en la conciencia del individuo.
- Cuando el pensamiento o acto es impedido aparece un momento elevado de ansiedad
- La obsesión y compulsión es indeseable e incontrolable
- El individuo reconoce lo absurdo e irracional de sus actos
- Siente la necesidad de resistirse a ella pero llega un momento en que claudica y ya termina haciéndolo repetidamente.

Se debe distinguir esta patología de lo que es la personalidad obsesiva que es quela persona que le gusta el orden, el perfeccionismo, la meticulosidad, puntualidad, es muy indeciso, muy inseguro, le cuesta expresar afectos, es una persona dedicada a su trabajo, terca, etc.

#### QUE HACEN LOS ENFERMEROS CON UN TOC

- Admitir los síntomas
- No impedir los actos compulsivos como enfermedad generalista
- Apoyo verbal
- Demostrar interés por el paciente
- Cuidados somáticos en función de las compulsiones que tengan.

### **TEMA 9. TRASTORNOS SOMATOFORMES**

Es un grupo de trastornos en los que la queja principal es un síntoma o una preocupación somática que no se corresponde con los hallazgos exploratorios o con mecanismos fisiopatológicos conocidos, y en los que se presume una etiología psicológica causando intenso malestar al paciente o deterioro sociolaboral. La producción de los síntomas nos es voluntaria por lo tanto no es un simulador y tampoco los síntomas están producidos de manera intencional ya que en este caso sería un trastorno facticio.

Los síntomas del trastorno somatoforme son síntomas funcionales, esto es; que estos síntomas no se pueden explicar a partir de trastornos físicos o de mecanismos patofisiológicos conocidos, es decir; son síntomas sin lesión detectable en un examen objetivo del SN y de los órganos. Los síntomas no están producidos de manera intencionada por lo tanto no es un simulador.

#### TIPOS

##### 1. TRASTORNO CONVERSIVO

Se caracteriza por la presencia de signos y síntomas neurológicos que afectan a las funciones motoras (movimientos anómalas, dificultad de coordinación en la marcha, afonías, disfagia, etc.) o signos y síntomas sensoriales (anestiasias,

cegueras, sorderas, parestesias) que sugiere una enfermedad neurológica que no se explica por los hallazgos exploratorios ni por otro trastorno mental.

Además debe de existir una conexión entre la clínica y un factor psicológico precipitante. Es una de las formas clásicas de la histeria de conversión, frecuente en mujeres. Los síntomas no están producidos de forma voluntaria.

#### DATOS QUE NOS SUGIEREN EL CARÁCTER CONVERSIVO DE UN SÍNTOMA

- La incongruencia de la clínica
- La asociación de un factor estresante
- La belle indifference (bella indiferencia)
- Sospecha de un beneficio ante la enfermedad que puede ser primario o secundario. Un beneficio primario sería el que obtendría como alivio a la causa de su enfermedad. Un beneficio secundario es otra forma de canalizar
- Personalidad previa histérica
- Responde bien a la sugestión y al placebo:
  - a. Prestar atención a la persona pero no al síntoma
  - b. Disminuir las ganancias secundarias que no tenga más atención por sus síntomas, que no tenga ventajas adicionales de ningún tipo por sus síntomas
  - c. Disminuir la conducta manipuladora en busca de atención, por ejemplo: ante una crisis histérica prestar la menor atención posible y cuando ceda la crisis entonces, si que nos vamos a sentar con él, vamos a hablar con él y vamos prestarle atención.
  - d. Tener una actitud unívoca entre todo el equipo.

#### 2. EL TRASTORNO POR SU SOMATIZACIÓN

También llamado síndrome de briquet. Hay una historia de múltiples síntomas físicos que son:

- a. Dolores al menos cuatro distintos
- b. Gastrointestinales, dos síntomas distintos al dolor
- c. Sexuales

- d. Neurológicos, que empiezan antes de los 30 años, persisten largo tiempo y conduce a una búsqueda interesante de atención médica o a un deterioro significativo de áreas importantes de la vida del paciente. Sigue un curso clínico y fluctuante, no tiene un tratamiento específico y lo que hay que evitar es la iatrogenia médica.

### 3. TRASTORNO POR DOLOR

Es similar al anterior, pero la única queja es el dolor. En presencia de una causa real de dolor no se encuentra una lógica correlación entre los hallazgos somáticos encontrados y la intensidad del síntoma. Hay riesgo de abuso de analgésico y de otros fármacos. Tiende a cronificarse y responde mal a los tratamientos.

### 4. TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Se define por la preocupación y miedo a padecer una enfermedad grave, a través de la mala interpretación personal de síntomas somáticos banales, sin importancia, a pesar de la negatividad de las pruebas exploratorias.

Estos pacientes suelen acudir a numerosos médicos, pero incumplen las pautas de tratamiento por miedo a los efectos secundarios.

El paciente acude más al médico de cabecera que el psiquiatra, es que suelen ser bastantes resistentes a los tratamiento psiquiátricas.

### 5. TRASTORNO DIMÓRFICO

Está centrado en una preocupación excesiva pero no delirante de una característica personal o de un aspecto físico.

La preocupación más frecuente es hacia los rasgos faciales que suele iniciarse en la adolescencia, más frecuente en mujeres. Suelen acudir a dermatólogos y a cirujanos plásticos.

Parece que son bastantes eficaces los fármacos serotoninérgicos que son antidepresivos.