

Las enfermedades mentales son el mayor problema socio-sanitario en las sociedades occidentales, ya que afectan a una de cada seis personas adultas.

En estos volúmenes de SALUD MENTAL, se analizan estas patologías, proponiendo al personal enfermero, las más modernas terapias psicológicas conocidas.

Esta decidida apuesta por la terapia psicológica se deriva de la magnitud del problema y la evidencia científica de que la psicoterapia basada en la evidencia (principalmente terapia cognitivo conductual), es tan efectiva como la medicación a corto plazo y con efectos más duraderos que la medicación a largo plazo.

ISBN 84-95275-37-6



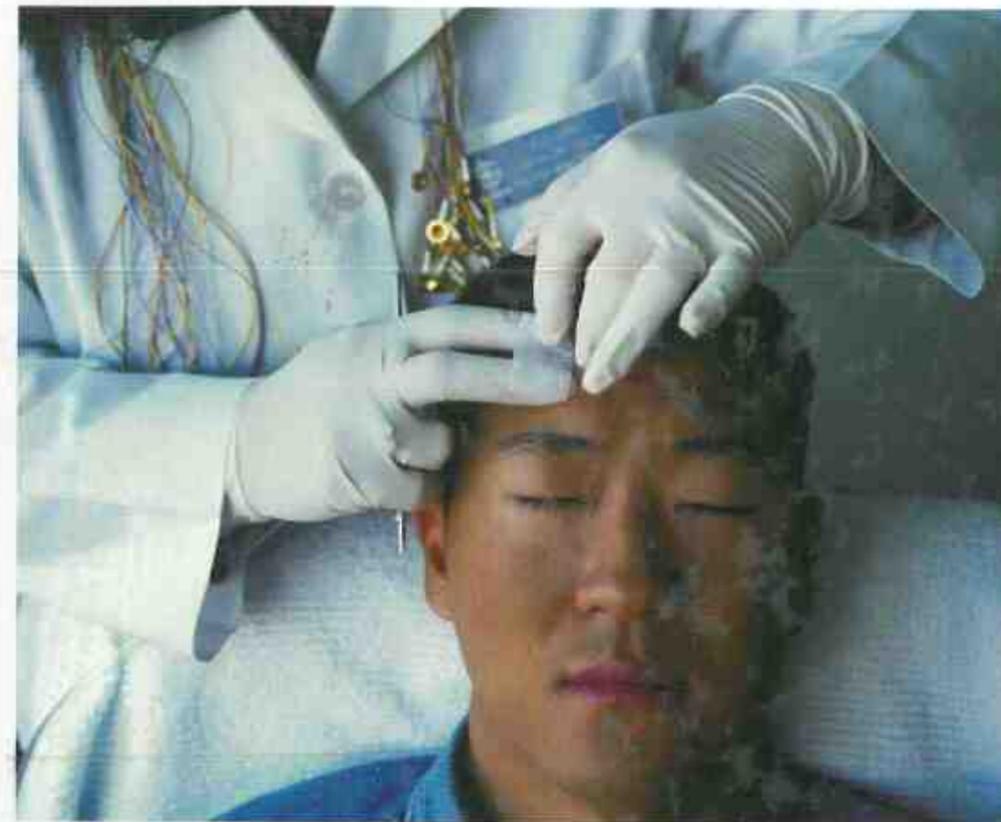
9 788495 275370

ENFERMERÍA  
PSIQUIÁTRICA Y EN  
SALUD MENTAL

# ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y EN SALUD MENTAL

## TOMO II

M<sup>a</sup> Dolores Bernabeu Tamayo



monsa  PRAYMA

**Enfermería psiquiátrica  
y en salud mental**

**TOMO II**

**M<sup>a</sup> DOLORES BERNABEU TAMAYO**

**Editor:** Josep Maria Minguet

**Autor:** M<sup>a</sup> Dolores Bernabeu Tamayo  
Diplomada en enfermería. Especialista en psiquiatría. Licenciada en antropología.  
Profesora de la E.U.E. Vall d'Hebron

**Dirección Editorial:** Ñigo Legorburu

**Dirección Artística:** Louis Bou Romero

**Diseño y maquetación:** Patricia Martínez

**Dirección comercial:** Ricardo Prada  
Roberto Marcilla

©INSTITUTO MONSA DE EDICIONES, S.A

C/Gravina 43  
(08930) Sant Adrià de Besòs  
Barcelona  
TLF: 93 381 00 50  
FAX: 93 381 00 93  
www.monsa.com  
monsa@monsa.com

2<sup>a</sup> edición ampliada y revisada 2006

**I.S.B.N. OBRA COMPLETA: 84-95275-35-X**

**I.S.B.N. TOMO II: 84-95275-37-6**

**Depósito Legal: B-37.577-2006**

\*Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (CEDRO) vela por el respeto de los citados derechos\*.

# Enfermería psiquiátrica y en salud mental

## TOMO II

M<sup>a</sup> DOLORES BERNABEU TAMAYO

## ÍNDICE DE CAPÍTULOS

## UNIDAD II. PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

### CAPÍTULO 1

<b>TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS</b> .....	<b>11</b>
1.1. Introducción .....	11
1.2. Conceptos generales .....	12
1.3. Alcohol .....	13
Etiología .....	14
Valoración .....	17
Diagnósticos de enfermería .....	20
1.4. Sustancias depresoras del sistema nervioso central .....	24
Opiáceos .....	24
Heroína .....	24
Hipnóticos, sedantes y ansiolíticos .....	25
1.5. Sustancias alucinógenas .....	26
Cannabis .....	26
Alucinógenos .....	27
1.6. Sustancias estimulantes .....	29
Anfetaminas .....	29
Cocaína .....	29
Drogas de diseño: Éxtasis, Speed, Éxtasis Vegetal .....	32

### CAPÍTULO 2

<b>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</b> .....	<b>39</b>
2.1. Generalidades. Evolución histórica .....	39
2.2. Clasificación .....	41
2.3. Valoración .....	46
2.4. Diagnósticos de enfermería .....	48
2.5. Intervenciones .....	49

### CAPÍTULO 3

<b>TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS Y OTRAS PSICOSIS</b> .....	<b>51</b>
3.1. Introducción .....	51
3.2. Epidemiología .....	52
3.3. Etiología .....	54
3.4. Formas clínicas .....	57
3.5. Clasificación .....	59
3.6. Diagnóstico diferencial con otras psicosis .....	59
3.7. Valoración .....	60
3.8. Diagnósticos de enfermería .....	68
3.9. Trastornos de ideas delirantes .....	75
3.10. Valoración e intervenciones .....	80

### CAPÍTULO 4

<b>TRASTORNOS DE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y VEJEZ</b> .....	<b>89</b>
4.1. Generalidades .....	89
4.2. Trastornos por déficit de atención con hiperactividad .....	89
4.3. Trastornos disociales de la conducta .....	91
4.4. Trastorno negativista desafiante .....	94
4.5. Valoración .....	94
4.6. Criterios de resultado .....	95
4.7. Intervenciones .....	95
4.8. Demencias .....	96
4.9. Datos estadísticos .....	96
4.10. Factores etiológicos .....	96
4.11. Demencia tipo Alzheimer .....	97
4.12. Demencia vascular. Criterios diagnósticos .....	100
4.13. Valoración .....	102
4.14. Diagnósticos de enfermería .....	107

## UNIDAD III. ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

### CAPÍTULO 5

<b>DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA</b> .....	<b>113</b>
5.1. Naturaleza y objetivo de la salud mental comunitaria .....	113
5.2. Higiene mental y factores sociales .....	127

### CAPÍTULO 6

<b>LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL</b> .....	<b>133</b>
6.1. Concepto básicos .....	133
6.2. Prevención primaria en salud mental .....	140
6.3. Prevención secundaria en salud mental .....	147
6.4. Prevención terciaria en salud mental .....	149

## UNIDAD IV. MODALIDADES TERAPÉUTICAS

### CAPÍTULO 7

<b>PSICOFARMACOLOGÍA</b> .....	<b>153</b>
7.1. Introducción .....	153
7.2. Antipsicóticos .....	154
7.3. Clasificación química de los antipsicóticos .....	154

7.4. Fármacos antidepresivos .....	158
7.5. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina .....	160
7.6. Efectos adversos. Consideraciones de la enfermería .....	162
7.7. Efectos secundarios. Consideraciones de la enfermería .....	167

## **CAPÍTULO 8**

<b>TERAPIAS .....</b>	<b>169</b>
8.1. Terapia grupal .....	169
8.2. Terapia familiar .....	174
8.3. Terapias somáticas .....	176

<b>APÉNDICES .....</b>	<b>181</b>
Apéndice 1. Diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA .....	181
Apéndice 2. Clasificación DSM-IV. Con códigos CIE-10 .....	185

<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>203</b>
---------------------------	------------

# **Trastornos por consumo de sustancias**

## **1.1. Introducción**

## **1.2. Conceptos generales**

## **1.3. Alcohol:**

Etiología

Valoración

Diagnósticos de enfermería

## **1.4. Sustancias depresoras del sistema nervioso central:**

Opiáceos

Heroína

Hipnóticos, sedantes y ansiolíticos

## **1.5. Sustancias alucinógenas:**

Cannabis

Alucinógenos

## **1.6. Sustancias estimulantes:**

Anfetaminas

Cocaína

Drogas de diseño: Éxtasis, Speed,

Éxtasis Vegetal

## **1.1. INTRODUCCIÓN**

Desde tiempos remotos, el hombre busca la forma de aumentar su placer o de disminuir sus sufrimientos. En la antigüedad, las drogas causantes de dependencia sólo podían conseguirse en determinadas zonas de la tierra, y al no existir los medios de transporte de hoy, no existía la posibilidad de elección. Así, en ciertos países, era el alcohol la droga consumida, mientras que en otros era el opio o el cannabis.

Por otro lado, las sociedades aceptaban el uso de las drogas de manera variable según la región, la época, las circunstancias, la naturaleza de la droga y las dosis consumidas. Estas variaciones aún hoy per-

sisten. Cada época, cada nivel social, cada moda e incluso cada cultura influida por la religión dominante, tuvieron su droga estupefaciente. Así, para los budistas, era el opio la droga preferida, para el musulmán, el cannabis, y para el cristiano, el alcohol. Lo que ha cambiado a lo largo del tiempo es la motivación del consumo por parte del sujeto. Entre los pueblos primitivos, el uso de la droga se hacía principalmente por motivos religiosos, místicos o supersticiosos y se buscaba el contacto más íntimo entre los fieles de una comunidad y la divinidad.

Hasta hace unos años el drogadicto occidental tenía, por lo general, dos formas de iniciarse:

1. Solía ser una persona de mediana edad, de buena posición social, según las normas locales y con una vida agitada y viciosa.

2. Había llegado a la drogodependencia por el uso de narcóticos prescritos como tratamiento de una enfermedad dolorosa.

La drogadicción ha existido siempre, pero lo que ha cambiado es la filosofía del consumo, el sujeto y, muy especialmente, el número de drogodependientes, que en nuestros días convierte el hecho en un problema de elevadas magnitudes socioculturales y económicas.

### 1.2. CONCEPTOS GENERALES

En este apartado definiremos los conceptos más utilizados y relacionados con el uso y abuso de sustancias.

- **Droga:** Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.

- **Medicamentos:** Son sustancias útiles para solucionar problemas clínicos, beneficiosas para tratamientos, o necesarias para realizar exploraciones diagnósticas.

- **Dependencia:** Estado psíquico y a veces físico, resultante del consumo de una droga, y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comportan siempre un impulso irreprímible de tomar el fármaco o droga de forma continua o periódica.

- **Dependencia psíquica:** Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continuada de la droga para producir placer o evitar malestar.



- **Dependencia física:** Estado de adaptación que se caracteriza por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga.

- **Tolerancia:** Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar la misma respuesta.

- **Toxicidad:** Capacidad de la sustancia para hacer daño al organismo y producir consecuencias patológicas. Depende tanto

FIGURA 1

Criterios diagnósticos según DSM-IV. Dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un pitillo tras otro), o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora la úlcera).

Especificar sí:

- Con dependencia fisiológica:** Signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2).
- Sin dependencia fisiológica:** No hay signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

de la capacidad intrínseca de cada sustancia como de los niveles de tolerancia del individuo.

- **Síndrome de abstinencia:** Conjunto de signos y síntomas físicos característicos de cada grupo de drogas y que aparecen a causa de la ausencia de la administración

de la droga en sujetos que presentan dependencia.

### 1.3. ALCOHOL

Desde muy pronto el hombre aprendió a producir bebidas alcohólicas. Para ello,

FIGURA 2

Criterios para el abuso de sustancias

- A.** Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:
1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de casa).
  2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
  3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
  4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B.** Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

para la obtención del alcohol, se han utilizado dos métodos:

1. Por fermentación. Se produce por la acción de las levaduras (microhongos) sobre los azúcares (hidratos de carbono) en determinados cereales y frutas, que transforma el azúcar en alcohol. Por este proceso no se obtienen bebidas alcohólicas de más de 13 grados, ya que si se supera esta cifra el proceso de fermentación se paraliza.

2. Por destilación. Es un método químico, por el que se aplica calor sobre los productos fermentados, que eliminan gran parte del agua que contienen, consiguiéndose, por lo tanto, una mayor graduación alcohólica.

El alcohol, junto con el agua, es la única sustancia que en la boca ya empieza a absorberse, luego pasa al estómago, y directamente a la sangre sin digerirse. A tra-

vés de la sangre se distribuye rápidamente por los órganos y tejidos, en un periodo que va desde los 10 a los 30 minutos. Previamente, el alcohol había llegado a la sangre a los cinco minutos de ingerirse.

Tan pronto como el alcohol llega al organismo, éste empieza a deshacerse de él por dos procedimientos: 1) Por la eliminación, pero en una parte muy pequeña, entre un 3 y un 10%: 1% por sudor; 1-5% por la orina y 1-5% por la respiración, y 2) Por la oxidación: el alcohol se oxida o se transforma en la enzima alcoholdehidrogenasa en un 90-97%.

**Etiología**

**Teorías biológicas**

Los estudios biológicos apuntan hacia una predisposición genética al alcoholismo. De acuerdo con esta teoría, la persona

FIGURA 3

Criterios para la intoxicación por sustancias

- A.** Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición).  
Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares).
- B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p.ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

FIGURA 4

Criterios para la abstinencia de sustancias

- A.** Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado en grandes cantidades.
- B.** El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

alcohólica es más probable que tenga padres, madres, hermanos u otros familiares alcohólicos que la persona no alcohólica. Además, los hijos de padres biológicos alcohólicos criados por padres adoptivos no alcohólicos desarrollan una incidencia más altamente significativa de alcoholismo que aquellos hijos de padres biológicos no alcohólicos criados por padres adoptivos alcohólicos.

La teoría bioquímica predominante sugiere que los individuos exhiben el modelo de enfermedad desarrollado por

Jellinek, quien ve el alcoholismo como una enfermedad crónica y progresiva con tres fases bien definidas. La primera fase (pre-alcoholismo), se caracteriza por el consumo de alcohol para controlar el estrés y aliviar la tensión. La segunda fase (alcoholismo temprano), se caracteriza por pérdidas de conocimiento, incremento de la tolerancia en las cantidades de alcohol y una preocupación por dicho producto. Durante la tercera fase (adicción franca), el individuo no puede parar de beber y necesita hacerlo constantemente.

**Teorías de familias**

Mantienen que la familia del alcohólico es usualmente disfuncional y que el miembro alcohólico y el trastorno llegan a ser el foco de todas las interacciones familiares. De acuerdo con esta teoría, los miembros de la familia adoptan roles tales como chivos expiatorios o payasos, para permitirles seguir funcionando, incluso de una manera perjudicial.

**Teoría psicodinámica**

De acuerdo con esta teoría, el alcohólico es una persona con pérdida de la autoestima, con dificultades de afrontamiento, pocas habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración y escaso control de los impulsos. Otras teorías psicodinámicas sugieren que el individuo alcohólico es autodestructivo.

**Concepto: alcoholismo**

Comportamientos y trastornos que puede presentar el individuo que, de forma transitoria o mantenida, sufre los efectos del alcohol.

**Características del alcoholismo**

1. Pérdida de la libertad del individuo frente a la bebida.

2. Alteraciones somáticas, psíquicas o sociales, provocadas por el consumo de alcohol.

**Alcoholización**

Se refiere a los estigmas orgánicos que pueden apreciarse en el individuo que ha estado realizando ingestas crónicas excesivas.

Signos típicos:

- Temblor distal.
- Pituitas matutinas.
- Hepatopatía.

FIGURA 5		
Agrupación de las sustancias causantes de dependencia		
Mecanismo	Acción	Agentes
Psicoestimulación	Energizante Eulorizante	Anfetamina Cafeína Cocaína Nicotina Salicilatos
Psicodepresión	Analgésica Anestésica Ansiolítica Hipnótica Narcótica	Alcohol Barbitúricos Benzodiazepínicos Cocaína Disolventes Fenacina Fenotiacinas Meprobamatos Morfínicos
Psicodislepsia	Alucinación	Cannabis Grifa, Marihuana Hachís L.S.D. Mescalina Psilocibina, etc. STP (DOM), DOET

- Circulación colateral abdominal.
- Polineuritis.
- Impotencia sexual.

**Consecuencias del alcohol sobre el organismo y el comportamiento**

1. Deprime las funciones superiores:
- Relaja el autocontrol.
  - Disminuye el juicio.
  - Perturba la razón.
  - Desequilibra la coordinación.
  - Alarga el tiempo de reacción.

FIGURA 6
Criterios diagnósticos según DSM-IV
<b>Intoxicación aguda por alcohol</b>
A. Ingesta reciente de alcohol.
B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol
C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lenguaje farfullante</li> <li>2. Incoordinación</li> <li>3. Marcha inestable</li> <li>4. Nistagmo</li> <li>5. Deterioro de la atención o de la memoria</li> <li>6. Estupor o coma</li> </ol>
D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- Disminuye la ansiedad.
- 2. Disminuye los controles sensoriales y motores:
  - Altera el equilibrio.
  - Altera la palabra.
  - Disminuye la agudeza visual y auditiva.
  - Hace ver doble.
- 3. Deprime las funciones vitales:
  - Pérdida de la conciencia.
  - Falta de control en la eliminación.
  - Respiración difícil.
  - Circulación sanguínea lenta.

**Abstinencia de alcohol**

Existen dos grupos de manifestaciones del síndrome de abstinencia. Las manifestaciones leves: Diarias y con-

- tinuas del individuo tolerante, de predominio matutino:
- Temblor lingual.
  - Pituitas matutinas o sensación nauseosa.
  - Ansiedad e inquietud motora.
  - Cansancio y depresión leve.

Estas manifestaciones no desencadenan durante años el síndrome de abstinencia grave o agudo, pero sólo mejoran con la ingesta matutina. Posteriormente, hay que añadir el insomnio, que sólo mejora con la ingesta nocturna.

Las manifestaciones mayores, agrupadas en el denominado Delirium Tremens (Fig. 7).

**Valoración**

El paciente puede mostrar uno o más de

los hallazgos agrupados en cada patrón funcional.

**Patrón mantenimiento de la salud / percepción de la salud**

- Quejas de disconfort y dolor general.
- Dolores de cabeza.
- Percepción distorsionada del dolor.
- Depresión.

**Patrón metabólico / nutricional**

- Ingesta inadecuada de alimentos.
- Disminución del gusto.
- Falta de interés por los alimentos.
- Dolor abdominal.

- Pobre tono muscular o alteración de la integridad cutánea.
- Pérdida o ganancia de peso.
- Palidez de la membrana mucosa.

**Patrón eliminación**

- Constipación o diarrea.
- Náuseas y vómitos.
- Sangrado gastrointestinal.

**Patrón ejercicio / actividad**

- Inquietud.
- Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Intolerancia a la actividad.

FIGURA 7
Criterios diagnósticos según DSM-IV
<b>Abstinencia del alcohol (Delirium Tremens)</b>
<b>A.</b> Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
<b>B.</b> Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplir el criterio A:
1. Hiperactividad autonómica (p.ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. Temblor distal
3. Insomnio
4. Náuseas y vómitos
5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. Agitación psicomotora
7. Ansiedad
8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
<b>C.</b> Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
<b>D.</b> Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
Especificar si: Con alteraciones perceptivas.

**Patrón percepción / cognitivo**

- Desorientación sobre personas, lugares o tiempo.
- Confusión.
- Lento procesamiento de la información.
- Habla lenta y con dificultades de pronunciación.
- Ansiedad.
- Disminución de la memoria a corto plazo.
- Pensamientos raros.
- Exageradas respuestas emocionales.

**Patrón autoconcepto / autopercepción**

- Sentimientos de inadecuación, culpa o vergüenza.
- Sentimientos de grandeza.
- Disminución de la autoestima.
- Afirmaciones despectivas sobre uno mismo.
- Conducta autodestructiva.

**Patrón relación de roles**

- Dificultad con la intimidad.
- Aislamiento de los contactos sociales.
- Comunicación familiar inefectiva.
- Roles familiares disfuncionales.
- Incapacidad para expresar sentimientos.
- Preocupación sobre cómo la familia, los amigos y compañeros de trabajo responderán ante el trastorno.

**Patrón reproducción / sexualidad**

- Capacidad sexual real o percibida limitada.
- Disminución de la libido.
- Falta de satisfacción sexual.
- Alteraciones en las relaciones sexuales.

**Patrón afrontamiento / tolerancia al estrés**

- Aislamiento de las relaciones.
- Tensión, miedos o nerviosismo.



**Patrón descanso / sueño**

- Dificultades para dormir.
- Sentimientos de no descansar.
- Patrón de sueño cambiado.
- Despertar temprano.
- Frecuentes despertares por la noche.
- Inquietud durante el sueño.

- Alteración en la capacidad de concentración.
- Sentimientos de incapacidad o desesperación.
- Sentimientos de que la vida está fuera del control personal.
- Estrés por los asuntos económicos.
- Necesidad de atención, ayuda y consuelo.

**Patrón creencias / valores**

- Sentimientos de desesperación sobre la adicción y el tratamiento.
- Deseo de estar más o menos implicado con la religión o la espiritualidad.
- Falta de planes futuros.
- Incapacidad para creer en alguien o en algo.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteraciones sensorio-perceptivas (visuales, auditivas o táctiles) relacionadas con el consumo de alcohol.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente al alcanzar la desintoxicación y un nivel normal de conciencia.

**Intervenciones**

1. Valorar el grado de intoxicación alcohólica del paciente y determinar la etapa de abstinencia del alcohol.
2. Observar las respuestas conductuales del paciente, anotar especialmente los signos de desorientación, confusión, irritabilidad y desvelo.
3. Observar y anotar cualquier alucinación auditiva, visual o táctil que presente el paciente.

4. Proporcionarle un ambiente tranquilo y seguro.
5. Orientarle frecuentemente en personas, lugar y tiempo.
6. Informar al paciente sobre los síntomas de abstinencia al alcohol.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración del patrón de sueño relacionado con el abuso de alcohol y disminución de los movimientos rápidos oculares (REM) en el ciclo del sueño.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a reconocer la relación entre el consumo de alcohol y las alteraciones del sueño, para mejorar su patrón de sueño.

**Intervenciones**

1. Anotar los patrones de sueño del paciente y determinar qué tipo de alteración presenta.
2. Establecer un esquema de actividad diaria y de descanso.
3. Recomendarle cambios dietéticos apropiados, como la eliminación de la cafeína.
4. Proporcionarle una habitación silenciosa y con poca luz para que pueda dormir.
5. Enseñarle técnicas de relajación muscular para utilizar antes de ir a dormir.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración de los procesos familiares relacionadas con la alteración de roles causada por su alcoholismo.

**Criterio de resultado**

Ayudar a la familia del paciente a reconocer sus propias necesidades de información y soporte y aprender a utilizar los recursos disponibles

**Intervenciones**

1. Valorar los estilos de interacción, los patrones de comunicación y los roles dentro de la familia.
2. Valorar las necesidades de aprendizaje de los miembros de la familia.
3. Informar a la familia sobre el papel que puede jugar en el alcoholismo del paciente.
4. Animar a los miembros de la familia a comunicarse abiertamente y honestamente entre ellos.
5. Informarles sobre los recursos y programas apropiados tales como grupos de ayuda, alcohólicos anónimos, etc.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración de la autoimagen relacionada con la falta de expectativas, dificultades de afrontamiento, culpa y vergüenza por el abuso del alcohol.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a desarrollar y mantener un autoconcepto aumentado.

**Intervenciones**

1. Establecer una relación de confianza con el paciente.
2. Valorar el riesgo suicida.

3. Animarle continuamente a que exprese sus sentimientos.
4. Animarle a aceptar responsabilidades con relación a su alcoholismo.
5. Ayudarle a explorar y aceptar sus rasgos conductuales tanto positivos como negativos.
6. Reforzar los esfuerzos positivos del paciente para afrontar sus sentimientos.
7. Informarle de los grupos de soporte y programas, como alcohólicos anónimos.

**Diagnóstico de enfermería**

Ansiedad relacionada con la abstinencia del alcohol, con los rasgos reales o percibidos de seguridad física o pobre autoconcepto.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a reconocer su ansiedad y a utilizar mecanismos de defensa adaptativos para afrontar el estrés.

**Intervenciones**

1. Valorar el nivel de ansiedad y las habilidades de afrontamiento.
2. Expresarle un sentido de aceptación.
3. Animarle a hablar de sus sentimientos de ansiedad.
4. Ayudarle a aprender estrategias adaptativas de afrontamiento que reduzcan la ansiedad, tales como técnicas de relajación y expresión de sus preocupaciones.
5. Administrar la medicación prescrita.
6. Enseñarle técnicas de manejo del

FIGURA 8

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Alteraciones sensoriales (visuales, auditivas o táctiles) relacionadas con el consumo de alcohol.	Ayudar al paciente al alcanzar la desintoxicación y un nivel normal de concienciación.
Alteración del patrón de sueño relacionado con el abuso de alcohol y una disminución de los movimientos rápidos oculares (REM) en el ciclo del sueño.	Ayudar al paciente a reconocer la relación entre el consumo de alcohol y las alteraciones del sueño, para mejorar el patrón de sueño.
Alteración de los procesos familiares relacionada con alteración de roles causados por su alcoholismo.	Ayudar a la familia del paciente a reconocer sus propias necesidades de información y soporte y aprender cómo utilizar los recursos disponibles.
Alteración de la autoimagen relacionada con la falta de expectativas, dificultades de afrontamiento, culpa y vergüenza por el abuso del alcohol.	Ayudar a la familia del paciente a reconocer sus propias necesidades de información y soporte y aprender cómo utilizar los recursos disponibles.
Ansiedad relacionada con la abstinencia del alcohol, con los rasgos reales o percibidos de seguridad física o pobre autoconcepto.	Ayudar al paciente a reconocer su ansiedad y a utilizar mecanismos de defensa adaptativos para afrontar el estrés.
Potencial de lesión relacionado con la abstinencia al alcohol, ataques, depresión o ideas suicidas.	Prevenir la autolesión del paciente y la lesión a los otros.
Alteración de la nutrición, menor que los requerimientos corporales, relacionada con una ingesta dietética pobre mientras consume alcohol, con los efectos sobre los órganos digestivos del consumo crónico de alcohol y con la interferencia del alcohol en la absorción y metabolismo de los nutrientes.	Ayudar al paciente a cambiar los patrones dietéticos y a mejorar la nutrición.

estrés, incluyendo las técnicas de relajación y las cognitivas.

**Diagnóstico de enfermería**

Potencial de lesión relacionado con la

abstinencia al alcohol, ataques, depresión o ideas suicidas.

**Criterio de resultado**

Prevenir la autolesión del paciente y la lesión a los otros.

FIGURA 9

Opiáceos y derivados	Farmacología
Opio	Analgesico Narcótico
Morfina	Hipoanalgesico
Heroína	Hipnoanalgesico
Codeína	Antitusígeno
Tebaína	Espasmógeno
Papaverina	Espasmolítico de la musculatura lisa
Metadona	Analgesico, ligeramente más potente que la Morfina

FIGURA 10

Síndrome de abstinencia a la heroína	
Intensidad	Signos
Leve (+)	Bostezos Lagrimo Rinorrea Sudoración
Moderado (++)	Tembor Midriasis Piloerección Anorexia
Marcado (+++)	Hiperapnea Inquietud Insomnio Aumento de la tensión arterial
Severo (++++)	Vómitos Diarrea Pérdida de peso

**Intervenciones**

1. Valorar el estado de abstinencia al alcohol.
  - Anotar y documentar cualquier ataque que el paciente pueda experimentar.
  - Proporcionarle un entorno seguro, según sus necesidades.
  - Valorar el riesgo suicida.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración de la nutrición, menor que los requerimientos corporales, relacionada con una ingesta dietética pobre mientras consume alcohol, con los efectos sobre los órganos digestivos del consumo crónico de alcohol y con la interferencia del alcohol en la absorción y metabolismo de los nutrientes.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a cambiar sus patrones dietéticos y a mejorar la nutrición.

**Intervenciones**

1. Evaluar la presencia y la calidad de los ruidos intestinales y anotar cualquier signo de distensión abdominal.
2. Valorar la presencia de náuseas, vómitos y diarrea.
3. Proporcionarle frecuentemente cantidades de comida pequeñas y digestivas.
4. Proporcionarle una dieta rica en proteínas y asegurarse de que al menos la mitad de las calorías diarias provienen de los carbohidratos.
5. Añadir a la dieta del paciente si es necesario vitaminas y tiamina (Fig. 8).

### 13.4. SUSTANCIAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

#### Opiáceos

De las cápsulas inmaduras de la planta *Papaver Somniferum* se obtiene un látex cuajado que se denomina opio. El opio es un producto complejo que además de alcaloides contiene ácido mecóico, albuminoides, ceras, pectinas, caucho, dextrina y sales minerales. Los opiáceos son narcóticos o fármacos que producen depresión del SNC. Pueden ser naturales, como por ejemplo la morfina, semisintéticos, como la heroína, y sintéticos como la codeína, metadona, meperidina, fentanilo, oxicodona e hidromorfona (Fig. 9).

#### Heroína

La heroína se procesa a partir de la morfina, sustancia que se extrae de la bellota de la adormidera asiática, y se utiliza anhídrido acético para transformar la morfina en heroína. Aparece generalmente en forma de polvo blanco o marrón. Los nombres en inglés relacionados con esta droga incluyen "smack" (pasta), "H", "skag" (polvo blanco), y "junk" (lenguazo). Otros nombres se refieren al tipo de heroína producida en una zona geográfica específica como "Mexican black tar" (goma).

#### Efectos sobre el organismo

- Atenuación de los impulsos agresivos: Como rasgo básico indiferencia (o pasar de todo). Cuando es metabolizada, aparece labilidad emocional, irritabilidad y estado de ansiedad.

- Alteraciones emocionales: Con progresivo vaciamiento emocional y atenuación de los impulsos.



- Trastornos de la conducta: Falta de escrúpulos morales, fabulación y sensación de irresponsabilidad (Fig. 10).

#### Intensidad del síndrome de abstinencia

La intensidad del síndrome de abstinencia a la heroína depende de diversos factores entre los que podemos distinguir dos grandes grupos:

#### Factores propios del individuo

1. Tolerancia. Acostumbramiento. Facultad del organismo para soportar dosis elevadas de droga, que en circunstancias normales producirían la muerte.

2. Cantidad de consumo. A mayor consumo, mayor intensidad de síntomas. A partir de 1500/2000 mg/día, no se incrementan.

3. Antigüedad de la toxicomanía. Debido a la tolerancia y dependencia, puede haber mayor o menor grado.

4. Adicción a la droga. Uso permanente y compulsivo de la droga.

5. Dependencia instaurada.

6. Patología orgánica asociada. Dependiendo del estado físico (según deterioro) el síndrome de abstinencia será más o menos grave.

7. Personalidad previa del drogodependiente. Pueden existir alteraciones de la personalidad que hagan más insufrible el síndrome de abstinencia.

8. Expectativas de resolución. Supera mejor el síndrome de abstinencia si tiene un pronóstico favorable y una salida organizada.

#### Factores intrínsecos a la sustancia

1. Riqueza de la droga. Cantidad porcentual de droga pura que se encuentra en una dosis.

2. Pureza de la droga. Calidad de la droga, que viene determinada por el lugar de origen o por las manipulaciones químicas que sufre para su obtención en todo el proceso de elaboración.

3. Vía de administración. Más tóxica por vía endovenosa que fumada o esnifada.

4. Interacción con otras drogas. Se puede potenciar con el consumo de otras drogas (p.ej., alcohol, tabaco, hipnosedantes).

#### Sobredosificación

A lo largo de su evolución, el heroínómano puede padecer episodios de sobredosificación. Ésta puede deberse a un bajo nivel de tolerancia en determinadas personas, en yonkies con experiencia (debido al excesivo grado de riqueza) o en personas que hayan intentado dejar el consumo y que por lo tanto, tengan un menor nivel de tolerancia.

#### Manifestaciones

- Miosis
- Sensación nauseosa
- Relajación muscular
- Marcada depresión respiratoria
- Espasmos gastrointestinales
- Hipotensión arterial, si existe hipoxia

#### Hipnóticos, sedantes y ansiolíticos

Los hipnóticos producen una depresión del sistema nervioso central. El primer hipnótico sintético fue el bromuro de potasio, que se utilizó como tratamiento de la sífilis y, en 1851, como tratamiento de la epilepsia. En 1832, Dumas descubre el cloral, que se empezó a usar en medicina en 1869. Entre las drogas incluidas en este grupo, encontramos los barbitúricos, los utilizados por los adictos, ya sean solos o como drogas de sustitución. La malonilurea o ácido barbitúrico fue obtenido en 1863 por el químico Adolfo von Baeyer. En 1903, Fisher obtiene el dietilbarbitúrico (Veronal) y en 1912, Hoerlein obtienen el Luminal.

**Efectos**

- Tranquilizan
- Calman la excitación nerviosa
- Dan sueño

**Riesgos**

- Alteraciones neurológicas:
- Temblores
  - Vértigo
- Alteraciones mentales:
- Irritabilidad
  - Depresión
  - Deterioro psicológico general

**Intoxicación**

La intoxicación se manifiesta por los cambios psicológicos o comportamentales como: comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social, y por los siguientes signos: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria y estupor o coma.

**Abstinencia**

Suele aparecer durante algunas horas o días después de un consumo abundante y prolongado. Aparece: hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones), aumento del temblor de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis comiciales (Fig. 11).

**1.5. SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS**

**Cannabis**

Se usa la palabra cannabis para designar preparados de la planta Cannabis Sativa ó su variación índica de Cañamo. Los nombres varían según la región geográfica y el tipo de preparado. Los nombres son: Marihuana, griffa, hachís, hemp y ganja, aunque existen más de 200 palabras comunes para la marihuana, incluyendo "pot", "herb", "weed", "boom", "Mary Jane", "ganter" y "chronic". El cannabis es conocido desde el siglo IX a. C. La marihuana es una

FIGURA 11

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Negación inefectiva relacionada con los sentimientos de baja autoestima.	Ayudar al paciente a aceptar responsabilidad en su conducta y conocer la relación entre el abuso de sustancias y los problemas personales.
Déficit de conocimientos relacionado con la información sobre los riesgos que implica el abuso de sustancias.	Enseñar al paciente sobre los efectos en el organismo del abuso de sustancias y ayudarlo a incorporar este conocimiento en la vida diaria y en las relaciones familiares.
Potencial de infección relacionado con la inmunidad, insuficiente conocimiento sobre la enfermedad y participación en conductas de alto riesgo.	Ayudar al paciente a identificar las conductas existentes de alto riesgo y desarrollar estilos de vida alternativos.

mezcla verde o gris de flores secas cortadas en trocitos de la planta Cannabis sativa. Usualmente se fuma como un cigarrillo llamado "joint" o "nail" o utilizando una pipa. En los últimos años se han encontrado "blunts", o cigarrillos en los que se ha reemplazado el tabaco por marihuana, muchas veces combinada con otra droga como el crack. Algunos usuarios también mezclan la marihuana con alimentos, o la usan para hacer té.

El principal ingrediente activo en la marihuana es el THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). En 1988 se descubrió que las membranas de ciertas células nerviosas contenían receptores de proteína que se ligaban al THC. Una vez fijo en su lugar, el THC desencadena una serie de reacciones celulares que, a la larga, producen el estímulo que sienten los usuarios al fumar la marihuana. La marihuana cumple los criterios de droga adictiva, ya que causa un deseo de búsqueda y consumo incontrolable, a pesar de los efectos adversos sociales y sobre la salud.

Estudios longitudinales sobre el consumo de marihuana por parte de jóvenes por debajo de la edad universitaria indican que los usuarios tienen menor rendimiento que los no usuarios, mayor aceptación de comportamientos anormales, mayor comportamiento delincuente y agresión, mayor rebeldía, relaciones más dificultosas con sus padres y mayores asociaciones con amigos delincuentes y que consumen drogas.

**Efectos**

- Relaja y desinhibe.
- Puede facilitar las relaciones sociales.

**Riesgos**

- Alteraciones psicológicas:
- Dificultades de memoria y concentración.
- Alteraciones perceptivas:
- Dificultad para pensar y resolver problemas.

- Disminución del interés y la motivación.
- Pérdida de coordinación.
- Aumento del ritmo cardíaco.
- Ansiedad y ataques de pánico.

**Intoxicación**

Cuando hay una intoxicación por cannabis, aparecen cambios psicológicos y comportamentales como deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social. A las dos horas aproximadamente del consumo de cannabis se añade: inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia.

**Alucinógenos**

Los indios americanos utilizan el cactus mejicano peyote (Lophophora Williamsii). Extirpan la parte central del cactus, la secan y la comen en forma de botones de mescal, nombre que proviene del principal componente activo, la mescalina. Este consumo entre los indios mejicanos se realizaba en ceremonias religiosas, produciendo al inicio un gran malestar físico, hasta que pasado un cierto tiempo, aparece la embriaguez alucinativa.

Los alucinógenos más importantes y utilizados se obtienen de hongos, y también por vía sintética. La espiga del centeno a veces es invadida por un hongo parásito, formando el llamado cornezuelo de centeno. Los principios activos del cornezuelo de centeno son numerosos, como la ergotoxina, ergotamina, etc., alcaloides que tienen una estructura común, el ácido lisérgico. En 1938 los laboratorios Sandoz obtienen la psilocibina, primero obtenida del cornezuelo de centeno y más tarde por síntesis. A esta droga se le denominó LSD 25: LSD (Lyserg Saure Diethylamid, en alemán y

FIGURA 12

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Alteración sensorial o perceptiva (visual, auditiva, cenestésica, gustativa u olfativa) relacionada con una disminución de la función cognitiva como resultado de la ingesta de alucinógenos.	Ayudar al paciente a responder apropiadamente a los estímulos del entorno.
Potencial de lesión relacionado con la alteración del juicio y desorientación.	Mantener la seguridad del paciente y de los demás.
Alteración de los procesos de pensamiento relacionada con el abuso de alucinógenos y evidenciada por alucinaciones auditivas o visuales, inatención, incapacidad para resolver problemas, alteración de la memoria o incapacidad para retener información.	Ayudar al paciente a recuperar la capacidad para interpretar la realidad apropiadamente.
Alteración del patrón de sueño relacionada con el abuso o intoxicación de alucinógenos y manifestada por quejas verbales de incapacidad para dormir, pesadillas o interrupción del sueño.	Asegurar que el paciente dormirá por los menos 4 horas ininterrumpidamente.
Potencial de lesión relacionado con envenenamiento al usar drogas adulteradas.	Proteger al paciente de los efectos físicos de las drogas adulteradas.

dietilamida del ácido lisérgico, en castellano) y 25, porque se trata del compuesto 25 en una serie de 27.

La LSD, comúnmente llamada "ácido", se vende en tabletas, cápsulas y, a veces, en líquido. Es inodora, incolora y tiene un sabor ligeramente amargo. Con frecuencia la LSD se agrega a papel absorbente, como papel secante, y se divide en pequeños cuadrados decolorados, cada uno de los cuales constituye una dosis, variando entre 20 a 80 microgramos. Los efectos de la droga suelen aparecer entre los 30 a 90 minutos después de tomarla. Los usuarios dan el nombre de "viaje" a su experiencia con la LSD y de "mal viaje" a las reacciones adversas agudas. Estas experiencias son

prolongadas; por lo general comienzan a desaparecer al cabo de unas 12 horas. Muchos usuarios de LSD tienen "flashbacks" o recurrencias de experiencias sin haber ingerido la droga de nuevo. Una recurrencia ocurre súbitamente, sin previo aviso, y puede ocurrir desde unos días hasta un año después del uso de LSD. Suelen ocurrir en personas que han utilizado alucinógenos en forma crónica o que tienen problemas de personalidad.

**Efectos**

Alteraciones en la forma de ver la realidad: ampliando o distorsionando las formas de las cosas, los colores, los tamaños y los

sonidos. También aparece dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura corporal, sudor, inapetencia y sequedad de boca.

**Riesgos**

- Alteraciones mentales:
- Insomnio.
  - Delirios.
  - Alucinaciones.
  - Trastornos del estado de ánimo.
  - Aumento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial.
  - Temblores.

**Intoxicación**

Aparecen cambios psicológicos y comportamentales como: ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideas paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral. También aparecen cambios perceptivos: intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias. Aparece también durante el consumo, o al poco tiempo: dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación (Fig. 12).

**1.6. SUSTANCIAS ESTIMULANTES**

El estimulante más conocido en todo el mundo es la cafeína, ingrediente que se encuentra en el café, té, cola y otras bebidas. Los estimulantes más importantes bajo el punto de vista de la drogadicción son las anfetaminas.

**Anfetaminas**

La primera de ellas, la benzedrina, fue preparada en 1910. En la segunda guerra mundial las anfetaminas fueron utilizadas

en grandes cantidades por los combatientes de ambos campos, sobre todo por los aviadores para combatir la fatiga. Tras la paz, muchas más personas se iniciaron en el consumo de estas sustancias: los deportistas para aumentar su rendimiento, los estudiantes en tiempos de exámenes, y otras personas con profesiones agotadoras, así como conductores de camiones. En la actualidad, son millones de personas en todo el mundo los que se drogan con estos medicamentos.

**Intoxicación**

La intoxicación por anfetaminas provoca cambios comportamentales o psicológicos como: euforia o embotamiento afectivo, cambios de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamiento estereotipado, deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral, además de los siguientes signos durante o al poco tiempo del consumo: Taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis comiciales, discinesias, distonias o coma.

**Abstinencia**

Aparece un estado de ánimo disfórico y los siguientes signos: Fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotoras.

**Cocaína**

El origen de la coca es principalmente Bolivia y Perú, donde crece la planta

FIGURA 13

Formas de consumo y contenido de la Cocaína				
	Sinónimos	Contenido	Forma de consumo	Combinación frecuente
Hojas de coca	Coca	0,5 - 1,5%	Masticación, Infusión	
Pasta de coca	Pasta Basuco	40 - 90% Sulfato de cocaína	Fumada	Tabaco, Marihuana
Cocaína	Coca Nieve	12 - 75% Clorhidrato de cocaína	Inhalación nasal e.v.	Heroína (speed-ball)
Cocaína base	Free base Base	10 - 80% Alcaloide de cocaína	Inhalación nasal Fumada	

FIGURA 14

Administración y duración de los efectos			
Vía de administración	Inicio efectos	Pico máximo	Duración efectos
Intranasal	De segundos a 2 minutos	10 minutos	45-60 minutos
Endovenosa	Segundos	3 a 5 minutos	20-30 minutos
Fumada	Segundos	3 a 5 minutos	15 minutos
Oral	Minutos	10 minutos	40-50 minutos

Erythroxylon Coca, y Colombia, con la planta Erythroxylon Hondense, ambas ligadas a leyendas que les atribuyen una ascendencia divina.

Las hojas de esta planta contienen dos tipos de alcaloides: Los derivados de la tropina, como son la cocaína, truxilina tropacocaina y cinamilcocaína, y los derivados

del prirrol, como la higrina y cuskigrina. El alcaloide se extrae de las hojas secas de Erythroxylum coca o por síntesis a partir de Ecgonina.

Su aplicación principal en medicina es en la cirugía ocular y otorrinolaringología en forma de uso tópico, en gotas y pomada.

**Formas de consumo**

- Sistema indio: Las hojas de coca son masticadas mezcladas con cal, para alcalinizar el conjunto y permitir el paso del alcaloide a la saliva.

- Aspirando como rapé: Polvo de la hoja o alcaloide puro, que se absorbe por la mucosa nasal. Con esta costumbre se llega a perforar el tabique nasal por la acción cáustica.

- Mezclada con tabaco: También en bebidas, en inyección subcutánea, intravenosa, en ocasiones se asocia con heroína (Figs. 13, 14).

**Efectos**

- Exaltación de las facultades intelectuales y raciocinio.

- Euforia.
- Desinhibición.
- Excitabilidad.
- Alucinaciones táctiles y visuales.
- Ansiedad.
- Sensación de aumento de fuerza muscular.
- Aumento de la locuacidad.
- Disminución de la sensación de fatiga, sueño y hambre.
- Escalofríos.
- Midriasis.
- Aumento de la libido.
- Aumento de la frecuencia respiratoria, cardíaca y tensión arterial.
- Arritmias.

**Intoxicación**

La intoxicación por cocaína provoca cambios comportamentales o psicológicos como: Euforia o embotamiento afectivo,



cambios de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamiento estereotipado, deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral. Aparecen los siguientes signos durante o al poco tiempo del consumo: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis comiciales, discinesias, distonias o coma.

**Abstinencia**

Aparece un estado de ánimo disfórico y los siguientes signos: Fatiga, sueños vívidos desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotoras.

**Drogas de diseño**

Durante los últimos años, se ha creado entre los jóvenes una cultura del ocio asociada al consumo abusivo de alcohol y de las denominadas drogas de síntesis, habiéndose transformado en un fenómeno social de graves consecuencias.

Los estupefacientes de diseño son drogas cuya composición varía frecuentemente. Las más conocidas son el éxtasis, el speed y, más recientemente, una nueva droga denominada éxtasis vegetal. Estas drogas de diseño, que compran mayoritariamente los adolescentes, tienen nombres que las identifican con héroes o personajes populares de la cultura juvenil: fantasma, Chicago bulls, dinosaurio, estrella, Popeye, etc. También tienen distintos colores que las identifican como diferentes, pero en realidad contienen todas una sustancia similar, los mismos derivados anfetamínicos que ya

fueron utilizados legalmente a principios de siglo, pero cuya fabricación para uso terapéutico fue descartada al comprobarse sus marcadas propiedades psicoactivas. Es el caso del MDMA (del famoso éxtasis) que fue sintetizado por los Laboratorios Merck en 1914, pero que nunca llegó a comercializarse. Hoy el MDMA y el speed, incluidos en el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de 1971, son considerados fármacos ilegales y perjudiciales.

Fabricado en laboratorios clandestinos, el éxtasis: Metilendioxi-metanfetamina (MDMA) junto con el speed: Trimetoxianfetamina (TMA-2), la pastilla del amor: Metileno-Dioxianfetamina (MDA) y la Eva: Metileno-Dioxietilamfetamina (MDE), son sustancias de mayor consumo, a unos niveles que deben preocupar (Fig. 16).

**Éxtasis**

El MDMA o éxtasis es un derivado anfetamínico. Se ingiere en forma de pastillas, generalmente con una proporción de un 20% de sustancia psicotrópica y un 80% de almidón o cafeína. La forma y el color de las pastillas varían en función de cada laboratorio, aunque sus efectos son los mismos.

**Efectos**

En pequeñas dosis, aumenta la percepción sensorial (de ahí que se la conozca como la droga del amor) y la capacidad motora. Por este motivo la utilizan quienes buscan prolongar sus noches al ritmo de la música bakalao. Dosis mayores puede acarrear, en el mejor de los casos, problemas musculares y psicomotrices.

**Riesgos**

Los trastornos que puede producir son: alucinaciones, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga, trastorno del sueño y con-



vulsiones. Sus consumidores sufren, a la larga, delirios psicóticos y graves problemas hepáticos que, debido a la relativamente reciente historia del consumo, están empezando a detectarse ahora.

**Speed**

El sulfato de anfetamina, o speed, es un polvo cristalino, de color blanco e inodoro en origen, aunque una vez tratado huele a vinagre. Se suele esnifar en forma de polvillo, aunque también se consume como cápsulas o tabletas, ingiriéndolas directamente o disolviéndolas en una bebida no alcohólica.

**Efectos**

Como el MDMA, es un fuerte estimulante del sistema nervioso central, que aumenta la capacidad motora. Sus efectos son más intensos y duraderos que los de la cocaína. Provoca sentimientos de euforia e incrementa la sensación de concentración, por lo que algunos estudiantes imprudentes recurren a esta droga en época de exámenes.

**Riesgos**

Su consumo, no por ocasional deja de ser menos peligroso. Puede provocar: alteraciones psicopatológicas, pérdida de apetito, crea una fuerte dependencia y tolerancia, y a la larga, ocasiona irritabilidad, somnolencia, depresiones y graves trastornos.

**Éxtasis Vegetal**

Las pastillas de éxtasis vegetal son mezclas de extractos de distintas plantas, aunque pueden estar adulteradas en laboratorios. Sus principales activos son la efedrina y la cafeína, ambas sustancias estimulantes.

Se presenta como un producto natural inocuo, y se vende en herbolarios, mercadi-

FIGURA 15

Ingredientes más frecuentes del Éxtasis Vegetal	
Efedra	Contiene efedrina
Guaraná	Contiene cafeína
Ginseng negro	Efectos estimulantes
Ginko biloba	Estimulante de la circulación sanguínea
Nuez de cola	Contiene cafeína
Goku Kola	Estimulante del sistema nervioso
Fo-Ti Tieng	Afrodisíaco
Té verde	Contiene teína
Benji	Contiene benzoato

llos y por correo a través de revistas de temas ecológicos, pero en realidad son pastillas elaboradas en laboratorios y perjudiciales para la salud. El éxtasis vegetal, según un informe elaborado por el Instituto Nacional de Toxicología, contiene elevadas cantidades de: efedrina, cafeína y benzoato, sustancias altamente tóxicas, que necesitan un registro farmacológico para su utilización, siendo obligatoria su distribución a través de farmacias o establecimientos sanitarios.

El éxtasis vegetal es una mezcla de productos naturales, la mayoría de ellos conocidos desde la antigüedad. La efedrina, por ejemplo, se utilizaba ya en la medicina tradicional china. Los ingredientes del cóctel no son peligrosos si se consumen correctamente, pero pueden convertirse en dañinos si se adulteran en un proceso de producción no controlado y se distribuyen a personas vulnerables.

El éxtasis vegetal o "herbal ecstasy" (HE), en terminología inglesa, llegó presumiblemente a Europa en 1995, con vía de entra-

da en las discotecas londinenses, donde el consumo está muy extendido. Al ser un compuesto de Efedrina y Cafeína, el HE, pertenece al grupo de los estimulantes. También cuenta con esteres del ácido benzoico, lo que le confiere una cierta condición de ansiolítico. (Fig. 15)

**Efectos**

Estado de euforia, hipersensibilidad ante los contactos sexuales, expansión mental, aumento de la autoestima, manteniendo un alto nivel de hiperactividad, y su acción estimulante se potencia si se combina con un cigarrillo de marihuana o con un trago de alcohol. Aunque el HE, carece de efectos alucinógenos y la "bajada" se produce sin resaca, provoca efectos secundarios.

**Riesgos**

Taquicardia, aumento de la presión sanguínea, insomnio y sequedad de boca. Estaría contraindicado en aquellas personas

FIGURA 16

Drogas distintas		
	Extasis	Extasis Vegetal
Origen	Sintético	Vegetal
Presentación	Pastillas 1 cm diámetro	Pastillas 1 cm diámetro
Color	Blanco-Hueso-Tierra	Azul
Ingesta	Con agua	Con alcohol
Duración efectos	Unas 6 horas	Unas 6 horas
Principio activo	MDMA	Efedrina, cafeína

FIGURA 17

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Alteración del mantenimiento de la salud relacionada con los efectos de dependencia de los estimulantes en la autoestima del paciente.	Contribuir al conocimiento del paciente sobre la necesidad de mejorar en el mantenimiento de la salud.
Alteración de la nutrición, menor que los requerimientos corporales, relacionada con una mayor importancia del uso de drogas que de comer.	Ayudar al paciente a establecer una dieta adecuada y a aumentar de peso.
Potencial de alteración de la temperatura corporal relacionada con el uso de estimulantes.	Ayudar al paciente a mantener una temperatura corporal normal.
Potencial de alteración de la integridad cutánea relacionada con los cambios en el mantenimiento de la salud.	Ayudar al paciente a mantener una integridad cutánea.
Disminución del gasto cardíaco relacionada con el uso de estimulantes.	Ayudar al paciente a mantener una óptima función cardíaca.
Déficit de autocuidados en el vestir o higiene relacionado con una baja autoestima y mecanismos inefectivos de afrontamiento.	Ayudar al paciente a restablecer los autocuidados y mejorar su autopercepción.
Alteración del patrón de sueño relacionada con el uso de estimulantes.	Ayudar al paciente a establecer y mantener un ciclo de sueño-despertar equilibrado, que aumente el descanso.
Alteraciones senso-perceptivas (visuales, auditivas y cenestésicas) relacionadas con una sobrecarga sensorial por el uso de estimulantes.	Ayudar al paciente a establecer unas percepciones y sensaciones equilibradas.
Miedo relacionado con una alteración de los procesos de pensamiento.	Establecer un entorno seguro y de confianza y ayudar al paciente a disminuir su paranoia.
Alteración de la autoestima relacionada con un fracaso percibido y un sistema familiar disfuncional.	Promover la autoestima del paciente.
Alteración de las interacciones sociales relacionada con el aislamiento asociado al uso de drogas.	Promover las habilidades de interacción social y la autoestima del paciente.
Potencial de violencia relacionado con la dificultad de procesar e interpretar los pensamientos y la sobrecarga sensorial, debido al uso de drogas estimulantes.	Ayudar al paciente a mantener un entorno seguro y disminuir sus explosiones.
Angustia espiritual relacionada con los sentimientos de impotencia y desesperación.	Ayudar al paciente a recuperar un sentido de esperanza y establecer un sistema de valores.



con alteraciones fisiopatológicas como presión arterial alta, enfermedades o deficiencias cardíacas o renales y diabetes.

Puede producir sobredosis, bien por exceso o por intolerancia al compuesto,

provocando cuadros agudos de taquicardia y lipotimias. Los expertos creen que a largo plazo, puede ocasionar: pérdida de memoria, psicosis y daños irreversibles en el sistema nervioso.

FIGURA 17

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Afrontamiento familiar inefectivo relacionado con la escasa comunicación.	Ayudar al paciente y familia a aumentar sus habilidades de afrontamiento, que permitan una comunicación saludable.
Déficit de conocimientos relacionado con la negación de la necesidad de información.	Educar al paciente y su familia sobre las adicciones y sobre cuándo buscar ayuda.

FIGURA 18

Fármacos que pueden producir dependencia		
Fármaco	Dependencia psicológica	Dependencia física
<b>Depresores (disminuidores)</b>		
Alcohol	Sí	Sí
Narcóticos	Sí	Sí
Inductores del sueño (hipnóticos)	Sí	Sí
Benzodiazepinas (fármacos contra la ansiedad)	Sí	Sí
Solventes volátiles	Sí	Posiblemente
Nitritos volátiles	Posiblemente	Probablemente no
<b>Estimulantes (aumentadores)</b>		
Anfetamina	Sí	Sí
Metanfetamina (speed)	Sí	Sí
Metilendioximetanfetamina (MDMA, Éxtasis, Adam)	Sí	Sí
Cocaína	Sí	Sí
2-5-dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM, STP)	Sí	Sí
Fenciclidina (PCP, polvo de ángel)	Sí	Sí
<b>Alucinógenos</b>		
Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)	Sí	Posiblemente
Marihuana	Sí	Posiblemente
Mescalina	Sí	Posiblemente
Psilocibina	Sí	Posiblemente

- 2.1 Generalidades. Evolución histórica
- 2.2 Clasificación
- 2.3 Valoración
- 2.4 Diagnósticos de enfermería
- 2.5 Intervenciones

### 2.1. GENERALIDADES. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Los trastornos de la personalidad son agrupaciones de rasgos inflexibles y desadaptativos que producen un deterioro significativo del funcionamiento social o laboral de la persona y/o molestias subjetivas.

Al contrario que los síndromes mentales, que eran considerados enfermedades o trastornos, las alteraciones del carácter eran consideradas desviaciones morales. Aún en la actualidad esta carga moral sigue presente en la conceptualización y la nosología del marco de la psiquiatría.

La personalidad es un concepto abstracto en el que influyen múltiples variables biológicas, psicológicas y sociales, interaccionadas entre sí, lo que provoca una dificultad para llegar a un acuerdo en cuanto a las características que la definen.

Existe unanimidad para entender la personalidad como "la organización de la totalidad de los procesos psicológicos y psicofisiológicos que intervienen en la adaptación del individuo a sus circunstancias".

Por su propia naturaleza los trastornos de la personalidad no constituyen síndromes limitados en el tiempo, cuyo inicio y fin queden localizados en un periodo de la vida adulta. Por el contrario, se trata de patrones de conducta crónicos que tienen un inicio precoz e insidioso y que suelen hacerse evidentes durante la adolescencia o inicio de la vida adulta.

Los trastornos de personalidad no se circunscriben a una sola área del funcionamiento, sino que son evidentes en todas las esferas de la personalidad, incluyendo la cognición, el afecto, la conducta y el estilo interpersonal. Son formas desadaptativas de pensar, de sentir y de actuar, que deterioran

significativamente la capacidad del sujeto para adaptarse y acomodarse al estrés. Se trata de sujetos incapaces de responder de un modo flexible y adaptativo a las demandas de la vida. En su lugar, tienden a crear y a exacerbar el estrés, provocando reacciones aversivas en los demás. Suelen fracasar en la toma de decisiones sociales, laborales, académicas y personales, creando situaciones problemáticas para ellos o su entorno.

**Evolución histórica**

Los intentos por clasificar a los individuos en base a su personalidad o carácter se inician en la era hipocrática con la teoría humoral de Hipócrates, que distinguía cuatro estilos básicos de personalidad: Sanguíneo (abierto optimista y extrovertido), melancólico (pesimista), colérico (irritable y hostil), y flemático (apático).

Posteriormente se establecieron clasificaciones fisionómicas, de gran aceptación popular, pero sin ningún valor clínico. Sheldon y Kretschmer trataron de definir caracteres a partir de la constitución física de los individuos. La Ciencia Frenológica de Gall trataba de relacionar las medidas craneales con rasgos psicológicos.

En una línea más clínica, Pinel efectúa lo que sería una primera y difusa descripción formal de esta patología describiendo "la manía sin delirio". Posteriormente, y basado en consideraciones morales, Morel define la "locura de los degenerados" y Pritchard "la locura moral". La principal característica del individuo psicopático era la inadecuación de sus valores morales y éticos a los de la sociedad en las que debía adaptarse. El énfasis en la desviación moral que representan las anomalías de la personalidad se ha mantenido hasta hace pocos años. Para Kurt Schneider, el criterio fundamental de las psicopatías era la ausencia de trastorno mental. Kock, a finales del siglo XIX, utiliza el término de inferioridad psico-

pática para designar personalidades criminales que cometían actos antisociales, y cuyo origen era atribuido a algún tipo de inferioridad constitucional.

Bleuler, en 1923, aplica el término de locura moral o de idiocia moral para referirse a los enemigos de la sociedad y a aquellos otros que presentan aberraciones éticas constitucionales. Kraepelin concibió el término de personalidad psicopática.

Para la escuela psicoanalítica, el núcleo fundamental de este tipo de alteraciones no



**FIGURA 19**

**Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM-IV**

Grupo I	Grupo II	Grupo III
Paranoide	Antisocial	Obsesivo-compulsivo
Esquizoide	Narcisista	Dependiente
Esquizotípico	Histriónico	Pasivo-agresivo
	Límite	Evitativo

se debe tanto a un defecto somático o congénito como a un problema en la adaptación a la realidad, introduciendo la expresión de neurosis de carácter.

A mediados del siglo XX, López-Ibor y Cleckley cuestionaron que la naturaleza de los trastornos de la personalidad fuera exclusivamente moral, postulando que las denominadas alteraciones del carácter reflejan con frecuencia las modificaciones funcionales producidas en un estrato endógeno de carácter biológico, en el que se encuentran los instintos y los sentimientos vitales.

En la actualidad, las líneas de investigación están encaminadas a descubrir marcadores biológicos de la personalidad. Se han descrito alteraciones de tipo neuroquímico en relación no con trastornos, sino con rasgos de personalidad. La impulsividad se ha asociado a un déficit de la función serotoninérgica cerebral, con bajos niveles raquídeos del ácido 5-hidroxiindolacético y con respuestas disminuidas de prolactina a los agonistas serotoninérgicos en los individuos impulsivos. Una disminución de la MAO plaquetaria se ha asociado tanto a la impulsividad como al rasgo exploratorio y a la necesidad de excitación. La inestabilidad

afectiva podría estar relacionada con alteraciones de la función noradrenérgica.

Otro tipo de clasificaciones fueron las de tipo psicologista, donde el método ha sido el establecimiento de dimensiones de personalidad a partir de las respuestas a cuestionarios de grandes muestras de sujetos normales. Entre las clasificaciones de este tipo cabe destacar las de tipo factorialista de Cattell (define 16 factores que definen la personalidad) y, más recientemente, la de Eysenck, en base a dos rasgos (extroversión - introversión y estabilidad - inestabilidad).

Las líneas de estudio de los trastornos de la personalidad están en sus inicios, e incluso los conceptos aún están por aclararse.

**2.2. CLASIFICACIÓN**

**Clasificación de los trastornos de la personalidad**

Hasta la aparición del DSM-III, el diagnóstico del trastorno de personalidad y su clasificación resultaba esencialmente subjetivo. El DSM-II únicamente facilitaba una descripción narrativa de los rasgos fundamentales que caracterizaban cada trastorno, y se solía realizar en ausencia de otro diagnóstico de mayor envergadura.

El DSM-III incorpora los criterios objetivos de cada trastorno, es decir, conductas que debían estar presentes con determinada frecuencia para que el criterio pudiera o no considerarse presente. A la vez, se establece la evaluación multiaxial, que permite realizar diagnósticos de trastornos de personalidad independientemente de cuál fuera el diagnóstico principal.

A partir del DSM-III y, posteriormente, del DSM-IV, se definen tres patrones básicos bajo los que se engloban los trastornos de personalidad: Sujetos extraños o extravagantes, sujetos inmaduros y sujetos temerosos (Fig. 19).

**Grupo I**

Define un grupo de trastornos de personalidad caracterizados por su dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales debido a su acusada introversión, falta de sintonía e importantes dificultades para el aprendizaje de habilidades sociales.

Se trata de individuos raros e impenetrables, que viven socialmente aislados y que carecen de sentido del humor y de sentimientos afiliativos; personas que suelen ser calificadas de extrañas o excéntricas.

Con frecuencia integran sectas, grupúsculos extraños, siendo altamente vulnerables a la patología psiquiátrica. Se incluyen los trastornos que habitualmente se conceptualizan como de estirpe psicótica.

**Trastorno paranoide de la personalidad**

La sintomatología esencial es la tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente agresivas o amenazantes. Son individuos que presentan desconfianza, hipersensibilidad, celos patológicos, rencor, rigidez e ideas transitorias de referencia.

Son personas discutidoras, tensas y con tendencia a contraatacar cuando se sienten amenazadas. En épocas especialmente estresantes pueden presentar síntomas psicóticos, de duración insuficiente como para hacer un diagnóstico adicional.

Generalmente se manifiesta al inicio de la edad adulta y es más frecuente en hombres que en mujeres.

**Trastorno esquizoide de la personalidad**

La sintomatología esencial de este trastorno es: indiferencia a las relaciones sociales y nula expresividad emocional.

Suelen ser sujetos incapaces de expresar agresividad u hostilidad. Se muestran ambiguos en sus objetivos, indecisos en sus

acciones, ensimismados y ausentes.

Del mismo modo, carecen de habilidades sociales y parecen no desear el contacto sexual. Pueden presentar fobias y mecanismos de evitación así como estados distímicos. En ocasiones afloran episodios delirantes de corta duración. También puede darse el consumo de tóxicos.

Suele hacerse patente al inicio de la vida adulta y se presenta con poca frecuencia en la clínica. No es raro, en cambio, entre aquellas personas que prefieren vivir aisladas de los demás. Los hombres con este trastorno acostumbran a quedarse solteros.

**Trastorno esquizotípico de la personalidad**

Los síntomas esenciales que aparecen son: un malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Es un trastorno de incidencia esencialmente familiar y más prevalente en los familiares de primer grado con esquizofrenia que en la población general.

**Grupo II**

Se trata de sujetos esencialmente caracterizados por su labilidad afectiva y por una peculiar emotividad que se acompaña de un débil control de los impulsos, lo que da lugar a conductas socialmente inconvenientes.

Se les puede considerar popularmente como malcriados, déspotas o caprichosos, y suelen dar la impresión de no ser fiables como personas a causa de sus dificultades para regularse de acuerdo con los reglamentos sociales y códigos interpersonales.

Parecen resistentes al aprendizaje social, de tal modo que el modelamiento, imitación y refuerzo social se ven alterados, dando lugar a extremos en su identidad genérica. Se puede entender el trastorno histriónico de la personalidad como una

exacerbación del estereotipo femenino y el trastorno antisocial de la personalidad como una exageración del estereotipo masculino.

**Trastorno antisocial de la personalidad**

Se caracteriza por la aparición de una conducta antisocial e irresponsable:

- Impulsividad, inconstancia y volubilidad.
- Frialidad (aunque en ocasiones pueden ser afectuosos).
- Escasa tolerancia a la frustración. Se pueden mostrar irritables y tensos cuando se les lleva la contraria.

- Incapacidad para sentir culpa y aprender de la experiencia. Poseen una ausencia total de remordimientos, con tendencia a culpabilizar siempre a los demás. Se desprecupan de los demás y son incapaces de empatizar.

- Incapacidad al aburrimiento y sentimientos de que los demás les son hostiles.

- Presentan mentiras, robos y agresiones: crueldad hacia los animales y personas.

Son personas con una importante inestabilidad laboral y marcada incapacidad para mantener relaciones personales duraderas. Además, se manifiestan en actos temerarios o ilegales, y presentan promiscuidad sexual.



**Trastorno límite de la personalidad**

Lo más característico es la inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, a las relaciones interpersonales y al estado de ánimo. Casi siempre existe una persistente y notable alteración de la identidad. Estos pacientes manifiestan gran impulsividad y falta de control de la agresividad. Pueden aparecer síntomas de distimia, depresión, abuso de sustancias y psicosis reactivas breves.

La alteración de la identidad se manifiesta a través de dudas acerca de su autoimagen, de su orientación sexual y de sus objetivos en general. Tienen una visión pesimista de la vida y se muestran contrarios a las normas sociales. Presentan sentimientos crónicos de aburrimiento y vacío. Son hipersensibles al rechazo y toleran mal la soledad. Sus relaciones interpersonales tienden a ser muy intensas, pasando fácilmente del amor al odio. De igual manera, pueden pasar de la autoafirmación a la franca dependencia.

Carecen de recursos personales para vivir sin angustia. Son pacientes que suelen hacer amenazas de suicidio y también intentos reales que, a veces, parecen instrumentales. Asimismo, pueden llevar a cabo conductas autodestructivas, como adicción a drogas, conducción temeraria, promiscuidad sexual, robos, etc.

**Trastorno narcisista de la personalidad**

Son pacientes que presentan síntomas de grandeza en fantasía o en conducta, hipersensibilidad a la valoración de los demás y falta de empatía. Suelen añadirse estados de ánimo deprimido. Acostumbran a disimular la cólera que les despiertan las críticas de los demás bajo una actitud aparentemente fría e indiferente. No suelen despertar afecto.

El convencimiento de que son superiores les lleva a esperar un trato especial. Como, en el fondo, poseen una autoimagen muy

frágil, se muestran extraordinariamente sensibles a la valoración de los demás y con facilidad sienten envidia de aquellas personas que, según ellos, tienen más éxito en la vida. Su fantasía de grandeza les impide aceptar las propias limitaciones y responsabilizan a los demás (normalmente la familia) de sus fracasos. La obsesión por el éxito y la incapacidad para entender los sentimientos ajenos les convierten en personas egoístas y explotadoras.

**Trastorno histriónico de la personalidad**

En este trastorno aparece una emotividad excesiva y de demanda de atención. Aparecen cambios rápidos de humor por motivos insignificantes, escasa o nula tolerancia a la frustración y necesidad de gratificaciones inmediatas.

La sugestionabilidad y la teatralidad son también típicas. Son pacientes que están siempre ansiosos de novedad, estimulación y excitación, con poca tolerancia a la rutina, que les aburre de gran manera. Se comportan usualmente de forma seductora y tienen facilidad para hacer amigos, sin embargo, cuando se les trata más íntimamente, decepcionan por su falta de consideración. Pueden presentar episodios distímicos, intentos de suicidio instrumentales, alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas.

**Grupo III**

Este grupo se caracteriza por el miedo patológico, que se convierte en un elemento base del desarrollo biográfico. Se trata de personas extremadamente sensibles a las señales de castigo, que responden con intensas reacciones emocionales, lo que llega a interferir en los aprendizajes y a desorganizar la conducta.

Son individuos incapaces de adquirir estrategias de afrontamiento operativas mediante el aprendizaje social, estancándose

en un infradesarrollo en muchas áreas del funcionamiento personal. De pequeños han temido ir a la escuela, temen hacer el ridículo, temen la interacción social, muestran un importante temor al fracaso y suelen ser intolerantes ante cualquier incertidumbre. Intentan no exponerse a la equivocación.

**Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**

En este trastorno aparece un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Son pacientes que se caracterizan por la inflexibilidad, se manifiestan normativos, perseverantes y siempre preocupados por el rendimiento. Es característica la indecisión y la necesidad de controlarlo todo.

Tienden a la racionalización y, a veces, se acogen a ideas supersticiosas. Están convencidos de que los demás tienen que aceptar su forma de ver las cosas y se dedican insistentemente a ello. Su preocupación por las formas y los detalles triviales les impide tener un concepto más amplio de las cosas. Atribuyen gran valor al esfuerzo y la tenacidad y poco, en cambio, al placer y las relaciones interpersonales. Se muestran demasiados moralistas y juiciosos, tanto con ellos mismos como con los demás. Manifiestan mucho temor a equivocarse y experimentan malestar por su ineficacia.

**Trastorno dependiente de la personalidad**

Es un trastorno en el que aparece un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una extremada necesidad de ser cuidado. Son pacientes que tienen una dificultad para iniciar proyectos, hipersensibilidad a las críticas y falta de confianza en sí mismo. Están convencidos de su propia insuficiencia y se consideran incapaces de vivir por su cuenta. Infravaloran sus logros y capacidades. Viven con el temor de ser abandonados, y cuando

se les acaba una relación afectiva quedan profundamente abatidos.

Sólo son capaces de tomar una decisión después de haber pedido infinidad de consejos. Prefieren que los otros decidan por ellos. Jamás hacen valer su opinión ante los demás, aunque éstos estén equivocados. Incluso aceptan realizar cosas que les resultan desagradables con tal de no ser rechazados por los demás.

**Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad**

Los pacientes con este trastorno presentan, de forma persistente, un patrón de conducta desadaptado, cuyo rasgo más típico es la resistencia pasiva a las demandas externas. Esta resistencia se manifiesta con: retrasos, lentitud o mala ejecución, protestas crónicas, "olvidos" frecuentes, resistencia a las sugerencias de los demás, entorpecimiento de los esfuerzos de los demás, crítica a las personas que tienen posiciones de autoridad, irritabilidad, malhumor y discusiones continuas.

**Trastorno evitativo de la personalidad**

Es un trastorno en el que aparece un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

Son pacientes que sienten gran temor al ridículo; temen no saber seguir una conversación, sonrojarse, romper a llorar o que los demás adviertan en ellos síntomas de ansiedad. Carecen de habilidades sociales. Son personas solitarias y tristes que toleran muy mal las emociones desagradables. Les afecta mucho la más mínima desaprobación.

Presentan baja autoestima, lo que les lleva a pensar que los demás tienen motivos para rechazarles. Suelen anticipar los rechazos, lo que aumenta la conducta evitativa. Disponen de escasos amigos y sólo se relacionan con alguien cuando tienen garanti-

zada su aprobación. A menudo renuncian a promocionarse en el trabajo, si ello supone aumentar las relaciones sociales.

### 2.3. VALORACIÓN

#### Valoración de enfermería en el trastorno antisocial de la personalidad

##### Patrón percepción / mantenimiento de la salud

El paciente afecto de un trastorno antisocial de la personalidad es difícil que tome conciencia de que padece un trastorno. Tienen tendencia siempre a culpabilizar a los demás de los problemas que le surjan.

El paciente:

- Refiere que, en cualquier situación en la que ha participado, él no ha tenido nada que ver.

- Verbaliza que los demás no entienden cómo es él.

##### Patrón nutricional / metabólico

Pueden aparecer hábitos inadecuados de alimentación, pero relacionados con el consumo excesivo de alcohol o sustancias psicoactivas.

El paciente:

- Presenta pérdidas ponderales.
- Muestra hábitos alimentarios inadecuados.

##### Patrón de eliminación

En principio no está alterado.

##### Patrón de actividad / ejercicio

En principio no está alterado.

##### Patrón de sueño / descanso

En principio no está alterado.

##### Patrón cognitivo / perceptivo

Son pacientes totalmente despreocupados por los sentimientos de los demás y carecen de empatía. Están convencidos de que los demás les son hostiles. La amenaza más ligera de que sus necesidades no serán satisfechas produce en estos pacientes una tensión importante que necesitan descargar, sin tener en cuenta los daños que pueden infligir a los otros.

Pueden utilizar un vocabulario soez a la hora de relacionarse o, por el contrario, utilizar el lenguaje para manipular a los demás para satisfacer sus propias necesidades.

El paciente:

- Muestra expresiones de ira, amenazas verbales, insultos y gritos.

- Presenta en su biografía riñas frecuentes, sin que existan provocaciones importantes.

- Manipula a los demás para satisfacer sus necesidades.

- Utiliza un lenguaje soez.

##### Patrón auto percepción / autoconcepto

Son pacientes con tendencia a la exageración de los logros. Poseen una autoevaluación y una competencia personal positiva (la culpa siempre es de otros) y lo manifiestan con sentimientos de superioridad o agresivos.

En el ámbito de las actividades recreativas suelen tener problemas en todas aquellas que no proporcionen un placer inmediato, sin tener en cuenta los sentimientos y los deseos de los demás. Estas actividades recreativas se pueden convertir en actos delictivos (incendios, destruir una propiedad o actos de violencia física, violaciones o maltrato a los animales, etc.) o, por el contrario, en actividades que entrañan riesgo para la persona (conducir a velocidades elevadas, consumo de drogas, etc.).

El paciente:

- Se vanagloria de sus actos y culpa a los demás de sus errores.

- Expresa desgana en las actividades recreativas.

- Expresa necesidad de satisfacción inmediata en las actividades en las que toma parte.

- En las actividades de diversión en las que participa, pone en peligro a otras personas o a él mismo.

##### Patrón rol / relaciones

Son pacientes incapaces de establecer relaciones significativas con la pareja, los

hijos, la familia y los amigos. Suelen ser relaciones funcionales y superficiales, sin lazos afectivos reales. Puede aparecer una falta de responsabilidad en la tutela de los hijos.

Aparece en muchos casos un elevado fracaso, tanto escolar como laboral. Presentan una biografía de ausencias reiteradas a la escuela, con bajo rendimiento para su nivel y repeticiones de curso. El patrón de actividad laboral sigue el mismo esquema, con irresponsabilidad, mentiras sucesivas, absentismo o incluso abandono de la actividad laboral sin tener en cuenta los problemas financieros que estas decisio-



nes pueden acarrear, por ej. a nivel familiar.

El paciente:

- Presenta peleas repetidas en el hogar, con agresiones físicas a la pareja, hijos o familiares.

- Presenta una ausencia de responsabilidad en el cuidado de sus hijos y existen signos de desnutrición, abandono, falta de higiene y enfermedades.

- Muestra en su biografía faltas reiteradas de asistencia escolar y malas calificaciones.

- No ha finalizados sus estudios.

- Aparece un elevado absentismo laboral injustificado.

**Patrón de sexualidad / reproducción**

Las relaciones con el otro sexo suelen estar encaminadas a la búsqueda inmediata de placer, para lo cual no tiene inconveniente en utilizar la seducción o la manipulación, y saltarse las barreras normativas que encuentre a su paso, sin tener para nada en cuenta las consecuencias desagradables para sí mismo o los demás derivadas de su impulsividad. Es frecuente que establezca múltiples relaciones sexuales sin

conformar una relación monogámica.

El paciente:

- No es capaz de establecer relaciones significativas.

- Presenta promiscuidad sexual.

**Patrón adaptación / tolerancia al estrés**

El paciente puede mostrar signos de tensión elevada debido a su baja tolerancia a la frustración y el bajo control de sus impulsos, que hacen aumentar la ansiedad.

El paciente:

- Presenta signos de ansiedad (hiperventilación, ahogo, taquicardia).

**Patrón de valores y creencias**

En principio no está alterado.

**2.4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Sólo abordaremos en este apartado aquellos diagnósticos de enfermería que pueden aparecer en pacientes afectos de un trastorno antisocial de la personalidad.

**Diagnósticos de enfermería de la NANDA**

- Afrontamiento individual ineficaz.
- Potencial de violencia: Lesiones a los demás.
- Alteración parental.

**Diagnóstico de enfermería**

Afrontamiento individual ineficaz.

**Criterio de resultados**

El paciente funcionará independientemente, aceptará normas de funcionamiento social, será capaz de expresar sentimientos personales y distinguirá entre expectativas realistas y no realistas.

**2.5. INTERVENCIONES**

- Ayudar al paciente a identificar formas alternativas de expresar su enfado y las consecuencias derivadas de las distintas formas de actuación.

- Definir normas de conducta, consecuencias de su violación y modos de negociar el cambio de normas.

- Asegurarse de que todo el personal conoce y está de acuerdo con las normas y procedimientos a modificar.

- Proporcionar información al paciente sobre normas.

- Forzar, firme y amablemente, límites de acuerdo con criterios predeterminados.

- Establecer una mayor relación con el paciente si observamos aumento de la tensión y pérdida de control.

Si el comportamiento se hace violento:

- Llevar al paciente a un área tranquila.
- Hablar con el paciente sobre sentimientos.

- Hacer saber al paciente que estamos para proporcionar control.

- Quedarse con el paciente y mantener la calma.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración parental.

**Criterio de resultados**

El paciente identificará recursos para desarrollar objetivos parentales.

**Acciones:**

- Identificar con el paciente déficit en el cuidado de los hijos.

- Fomentar sentimientos al respecto.

- Valorar los recursos personales y económicos con que cuenta para hacerse cargo de los hijos.

- Ayudar al paciente a planificar la forma de responder a las necesidades financieras.

- Planificar con el paciente el desarrollo de objetivos parentales realistas.

- Identificar expectativas realistas en el desarrollo del rol parental.

- Valorar la frecuencia y tipo de las interacciones con los hijos.

- Asesorar a la familia, consultas con otros profesionales y recursos para cubrir sus necesidades. (Fig. 20)

FIGURA 20

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Afrontamiento individual ineficaz.	El paciente funcionará independientemente. Aceptará normas de funcionamiento social. Será capaz de expresar sentimientos personales. Distinguirá entre expectativas realistas y no realistas.
Potencial de violencia: lesiones a los demás.	El paciente mantendrá el comportamiento dentro de los límites definidos del entorno.
Alteración parental.	El paciente identificará recursos para desarrollar objetivos parentales.

## **Trastornos esquizofrénicos y otras psicosis**

- 3.1. Introducción
- 3.2. Epidemiología
- 3.3. Etiología
- 3.4. Formas clínicas
- 3.5. Clasificación

- 3.6. Diagnóstico diferencial con otras psicosis
- 3.7. Valoración
- 3.8. Diagnósticos de enfermería
- 3.9. Trastornos de ideas delirantes
- 3.10. Valoración e intervenciones

### **3.1. INTRODUCCIÓN**

Aunque el término esquizofrenia es relativamente nuevo, la aparición de procesos que cursan hacia un deterioro grave de la personalidad similar a los procesos demenciales no pasó desapercibida para los médicos del pasado.

En 1852 y en Francia, Morel intentó hacer una clasificación de los trastornos mentales sobre la base de la etiología, el pronóstico y la clínica. Reunió en una entidad clínica a aquellos pacientes que presentaban una serie de síntomas: "estupidez que se iniciaba en la adolescencia y que llevaba a un progresivo deterioro intelectual", a la que denominó "demencia precoz".

Contemporáneamente, Kahlbaum describe el síndrome catatónico, que consistía

en una serie de síntomas de tipo psicomotor que acompañaban a estos pacientes (alteraciones en el tono muscular, estados de estupor y tendencia a adoptar posturas extravagantes).

Su discípulo Hecker, describe la "hebefrenia" como un tipo de demencia iniciada en gente joven que rápidamente evoluciona hacia cuadros de debilidad mental, estupidez, conducta pueril y trastornos del pensamiento y del lenguaje.

En 1899, Kraepelin integra todos estos cuadros descritos (hebefrenia, catatonía) en un solo grupo con el mismo nombre de "demencia precoz", reuniendo otra forma paranoide descrita por él y definida por la presencia de ideas delirantes más o menos extravagantes. Este grupo se caracterizaba por una evolución nefasta hacia un deterioro de la personalidad, inicio juvenil y otros

síntomas psicopatológicos. Se diferenciaba de otro tipo de trastorno, como era la psicosis maníaco-depresiva, en la que tras un número más o menos variable de episodios, la remisión era total y no dejaba ningún defecto.

Bleuler, en 1911, observando que había un grupo de pacientes que espontáneamente podían evolucionar hacia la remisión total y no presentaban formas demenciales, consideró que no se podía definir esta enfermedad por el curso clínico sino por el trastorno fundamental: la escisión de la personalidad. Desde este momento aparece el término esquizofrenia. Bleuler afirmó que la esquizofrenia se tenía que considerar como una escisión de lo psíquico, un proceso que alteraría la capacidad de asociación del individuo y que lo conduciría a una interiorización de la vida psíquica y a la pérdida de los contactos sociales. La evolución de la enfermedad era variable y, aunque raramente se conseguiría una restitución completa de la normalidad del sujeto, aparecían estados residuales muy próximos a la normalidad.

Bleuler entendía la esquizofrenia no como una enfermedad única, sino como un grupo de estados que tenía como base unos mismos síntomas fundamentales: autismo, ambivalencia, alteración en las asociaciones y en el afecto. Para Bleuler, todo sujeto que presentara síntomas fundamentales sería un esquizofrénico. El resto de los síntomas que el sujeto pudiera presentar, de tipo psicomotor, etc. era accesorio y no relevante para el diagnóstico.

Kurt Schneider, al igual que Bleuler, estaba interesado en los síntomas patognomónicos de la enfermedad. Describió una serie de síntomas sobre la base de una finalidad práctica, no teniendo en cuenta las alteraciones psicopatológicas subyacentes. Estos síntomas, delirios y alucinaciones (fenómenos de inserción y difusión del pensamiento, ideas delirantes de control o voces comentadoras) deberían considerarse de

primer rango y eran de gran valor para el diagnóstico.

Estas tres concepciones de la esquizofrenia (krapeliniano, bleuleriano y el schneideriano) coexisten en el pensamiento contemporáneo de la naturaleza de la esquizofrenia. El énfasis de la importancia de los tipos de síntomas característicos en cada tipo de abordaje queda recogido en el DSM-IV.

**3.2. EPIDEMIOLOGÍA**

**Incidencia y prevalencia**

La dificultad para el diagnóstico de la esquizofrenia, con criterios amplios basados en los conceptos de Kraepelin, Bleuler y de Shneider, ha sido uno de los grandes retos para los investigadores durante este siglo. La aparición de las nuevas clasificaciones diagnósticas DSM y CIE parecen haber resuelto este problema.

Aproximadamente un 1% de la población presenta o ha presentado alguna mani-

**FIGURA 21**

**Esquizofrenia entre la población**

<b>Incidencia</b>	<b>% de la población</b>
Europa (Lemkau, 1958)	0,30 a 2,5
USA (Dunham, 1958)	1,2
(Hollingshead y Redlich, 1950)	0,3
(Pollack, 1960)	0,63
<b>Prevalencia</b>	<b>% de la población</b>
Europa	1,9 a 9,5
Asia	2,1 a 3,8
USA	1,7 a 3,3



festación patológica de tipo esquizofrénico, aunque no existe una distribución homogénea (Fig. 21).

**Edad y sexo**

Las tasas de prevalencia de la enfermedad son similares entre hombres y mujeres. La edad de aparición en los hombres es más temprana (18-25 años) que la de las mujeres (23-35 años), tanto si se consideran los primeros síntomas como la primera hos-

pitalización. Este punto es importante, por cuanto hay que considerar que las manifestaciones psicopatológicas entre hombres y mujeres son diferentes, siendo en éstas últimas más leves. Existen también formas infantiles precoces y formas que aparecen por primera vez en pacientes seniles.

**Estado civil**

La esquizofrenia se encuentra con más frecuencia entre sujetos solteros que en casados, con un riesgo relativo de 3 a 5 veces mayor. Es más acentuada en sujetos varones, lo que se podría explicar por la aparición más temprana de la enfermedad en los hombres y porque las mujeres contraen matrimonio a una edad menor, antes de que aparezcan los síntomas.

Las tasas en sujetos viudos se acercan a la de los casados, lo que indica que los individuos esquizofrénicos tienen más dificultades para contraer matrimonio que el resto de la población. Los síntomas iniciales de la enfermedad, aplanamiento afectivo y de la voluntad, son causantes de las dificultades para establecer relaciones personales previas al matrimonio. En los sujetos varones aún se acentúa más esta característica por la aparición temprana de los síntomas.

**Natalidad**

La progresiva desinstitucionalización de los individuos esquizofrénicos y la aparición de los fármacos psicoactivos han influido en que las tasas de fertilidad de los años 30 se hayan acercado en la actualidad a las tasas de la población general.

**Distribución geográfica**

La esquizofrenia es una enfermedad presente en todas las culturas. Ciertas discrepancias entre zonas geográficas se han producido por los criterios diagnósticos seguidos o por la ausencia de estudios al respecto.

En la cultura occidental se han encontrado tasas mayores de prevalencia de la enfermedad en áreas urbanas que en áreas rurales. En el siglo XIX, las grandes migraciones hacia áreas urbanas parecen explicar la aparición de nuevos casos que hasta entonces estaban desperdigados por el mundo rural. Estudios recientes han mostrado mayores tasas de prevalencia en las zonas centrales de las ciudades, por lo general más deprimidas, que en zonas residenciales periféricas. Esto parece explicarse por dos hipótesis: por un lado, la concentración de enfermos mentales, tanto esquizofrénicos, alcohólicos, como personas con trastornos de la personalidad, tiende a situarse en zonas más deprimidas debido a la existencia de menores exigencias sociales, viviendas baratas y posibilidad de trabajos temporales con sueldos bajos. Por otro lado, los individuos mentalmente sanos tienden a emigrar hacia zonas con ambientes más favorables, normalmente zonas residenciales.

### 3.3. ETIOLOGÍA

Muchos son los estudios que han intentado establecer el origen de la esquizofrenia. Factores biológicos, genéticos, ambientales y psicosociales han sido señalados como precipitantes y causantes. Hasta la actualidad, ninguno de los factores es aceptado plenamente, quizás porque la esquizofrenia engloba diferentes entidades poco individualizadas.

#### Teoría genética

Estudios efectuados en familias, adoptados y gemelos, indican una predisposición genética para la esquizofrenia.

#### Estudios familiares

Estos estudios demuestran que el riesgo de desarrollar la enfermedad entre los fami-

liares de un individuo enfermo es mayor cuanto más cercano sea el parentesco. Por ejemplo: un niño con un progenitor esquizofrénico tiene un riesgo del 5 al 6%, cinco veces mayor que para la población general. De igual manera, cuando dos o más miembros de la familia tienen esquizofrenia, el riesgo de que otros familiares desarrollen la enfermedad aumenta considerablemente: 17% para personas con un hermano y un progenitor con esquizofrenia y hasta el 46% para niños con ambos progenitores esquizofrénicos.

#### Estudios en adoptados

Los estudios demuestran que el 16% de los niños adoptados cuya madre biológica era esquizofrénica tienen riesgo de contraer la enfermedad. En el grupo control del estudio (adoptados cuyas madres no tenían esta enfermedad) no aparecían evidencias de esquizofrenia. Estos estudios corroboran una predisposición genética a desarrollar la enfermedad.

#### Estudios con gemelos

Si se comparan las tasas de concordancia para la enfermedad en gemelos univitelinos y bivitelinos, se pone de manifiesto de nuevo la predisposición genética (debido a una similitud genética mayor). Tasas del 45% para gemelos univitelinos y del 14% para los bivitelinos demuestran esta predisposición, pero no explican que la genética sea la única causa, ya que los gemelos bivitelinos no siempre tienen la enfermedad.

#### Teoría evolutiva

La esquizofrenia se desarrolla en individuos que no pueden establecer relaciones interpersonales profundas. Según Freud, la retirada de la libido dentro de uno mismo daba lugar a una retirada social, al narcisismo y eventualmente a alucinaciones e

ideas delirantes para compensar la falta de relaciones interpersonales. Los mecanismos de defensa para el Yo son las ideas delirantes, y la realización de deseos de ideas no confesables rechazadas por el Yo está representada por las alucinaciones esquizofrénicas.

#### Teoría interpersonal

El paciente que tiene pocas relaciones positivas interpersonales puede desarrollar un trastorno de la personalidad o esquizofrenia (Sullivan). Enfatiza la importancia de la opinión de los demás en el desarrollo de la mentalidad del paciente.

#### Teoría del entorno

La familia y los factores físicos pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia. Influencias familiares: aunque la influencia de la familia ya no está considerada como una causa directa de la esquizofrenia, el entorno puede actuar como un importante factor que influye en el curso de la enfermedad.

Teorías inspiradas en la psicodinámica consideran muy importante las relaciones familia-paciente. La principal sería la relación materna perturbada, bien por privación materna o por una conducta alterada en las pautas de interrelación madre-hijo. Fromm-Reichman describió la madre esquizofrenógena como una madre con un comportamiento especial hacia su hijo, que se caracteriza por ser una persona ansiosa, agresiva, rechazadora, dominadora, insegura, hostil e insensible a las necesidades emocionales del hijo.

#### Otros autores atribuyen el trastorno a:

- La emisión, habitualmente por parte de la madre, de mensajes que tienen contenidos contradictorios. El sujeto es incapaz de discriminar estos mensajes y queda atrapa-

do en una situación de indecisión y duda que da lugar a una situación de ruptura y escisión personales. (Bateson 1956).

- La enfermedad es una forma de huida del enfermo ante la situación creada por las relaciones familiares entre los padres, que consisten en actitudes hostiles o favorecedoras de conductas irracionales entre ellos (Lidtz 1957).

- En la familia del paciente existe la presencia de una armonía aparente que enmascara un profundo desacuerdo.

#### Factores físicos

Las tasas de lesiones prenatales de los pacientes afectados de esquizofrenia son mayores que en la población general. Los virus parecen ejercer un papel en el desarrollo de la esquizofrenia. Las tasas de natalidad en los meses de invierno, cuando las infecciones virales son más frecuentes, están alrededor del 8%. El aumento de anticuerpos frente al sarampión, herpes, varicela y otros virus ha hecho pensar a diversos autores la posibilidad de un origen viral (Crow, Tyrrell, Libikova, etc.).

#### Teoría sociocultural

Las últimas hipótesis apuntan que el desarrollo de la esquizofrenia, con deterioro, desempleo e incapacidad de desenvolverse en los ambientes de las clases media y alta produce una concentración mayor de población esquizofrénica en zonas deprimidas. Los factores sociales aceleran o intensifican la esquizofrenia en individuos vulnerables pero no la provocan.

#### Teoría neurobiológica

Desde hace tiempo, una de las teorías referentes a la etiología de la esquizofrenia es la que indica que la hiperfunción dopaminérgica cerebral es la responsable de los síntomas de la enfermedad.

Los mecanismos de acción de los fármacos antipsicóticos apoyan esta teoría. Estos fármacos producen un bloqueo de los receptores dopamínicos y los que lo producen mayor son más efectivos frente a los síntomas de la enfermedad.

Por otro lado, el uso de productos marcadamente agonistas de la dopamina, como por ejemplo, la Anfetamina, la Cocaína o el Metilfenidato, pueden provocar en los sujetos síntomas similares a la Esquizofrenia.

Los receptores neuronales contienen por lo menos dos tipos de receptores dopamínicos: D1 (ligado a la adenilciclasa) y D2. La mayoría de los fármacos neurolepticos producen un bloqueo mucho mayor de los D2 que de los D1, lo que conlleva a que la hiperactividad del receptor D2 pueda producir algunos síntomas esquizofrénicos.

**Clínica**

*Personalidad premórbida*

La esquizofrenia puede desarrollarse en cualquier individuo, pero suele ser más frecuente que aparezca sobre personalidades con algunos rasgos concretos. Los más característicos son el aislamiento social y emocional, preferencia por actividades solitarias y conductas excéntricas, evitación de la competitividad y búsqueda de refugio en la fantasía.

*Pródromos*

Si el episodio no se presenta de forma aguda, sino de forma insidiosa, lenta y solapada, el paciente presenta una serie de cambios en su conducta que pueden pasar desapercibidos a las personas de su entorno. Estos pueden ser:

- Tendencia al aislamiento, que hace que el sujeto se comporte de una manera rara y poco habitual, dejando de salir con los ami-

gos de siempre, rehuendo los contactos sociales, quedándose a menudo solo mucho tiempo encerrado en su habitación sin hacer nada.

- Disminución del rendimiento. Puede aparecer un mal rendimiento escolar, o quejas de los jefes en el trabajo, de una manera sorpresiva.

- Lenguaje empobrecido, con pérdida de la riqueza de vocabulario o con frases deficientemente construidas, que contrastan con habilidades anteriores del paciente.

- Tendencias interpretativas, caracterizadas por un aumento de la suspicacia, tendencia a ver segundas intenciones en la conducta y en las actitudes de los demás.

- Risas injustificadas, como si tuvieran un pensamiento oculto que les hiciera gracia.

- Alteraciones sensorio-perceptivas. A veces puede interesarse sobre si hay alguno de la familia que haya experimentado alguna sensación extraña, como el mismo; algún ruido, alguna visión, algún olor raro.

- Falta de iniciativa y energía, que a veces puede ser responsable de los malos rendimientos y siempre de la conducta peculiar que los demás pueden observar.

- Descuido de la higiene personal. El paciente se niega a lavarse, cambiarse de ropa, y va descuidando progresivamente su aspecto personal. Prohibiendo, por ejemplo, a la madre que entre en su habitación y le haga la cama.

- Alteración de la comunicación. El empobrecimiento del vocabulario se acompaña de un retraimiento y de una inhibición en la manifestación de las emociones, mostrándose a veces enfadado, malhumorado y hasta agresivo.

**Modos de inicio**

Puede ser agudo o insidioso:

- Las formas insidiosas se pueden presentar de una manera inespecífica, como alteraciones de tipo neurótico, con retraimiento, abulia, conducta extravagante, ansiedad o conducta obsesivoide, con cambios de comportamiento y rarezas que siguen sin solución de continuidad, a los cambios ya comentados en los pródromos, y que presentan síntomas cada vez más preocupantes para la familia.

- En las formas agudas los síntomas se presentan fuerte y masivamente con agitación, sin una presencia evidente de alucinaciones e ideas delirantes.

Estos casos de inicio agudo suelen presentarse tras un estrés ambiental como una ruptura sentimental o el fracaso en los estudios, desarrollándose un cuadro florido en el transcurso de pocos días.

**3.4. FORMAS CLÍNICAS**

El DSM-IV clasifica la esquizofrenia en 5 tipos: Paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

**Tipo paranoide**

Es la más frecuente y la que se considera como el modelo más típico de la enfermedad. Existe una preocupación por una o más ideas delirantes estructuradas o por alucinaciones frecuentes en ausencia de desorganización del pensamiento, de conducta extravagante o de afecto inapropiado o aplanado. Predominan las alteraciones delirantes paranoides: De autorreferencia, persecución, influencia, etc. La afectividad está en relación al contenido de las ideas delirantes.





#### Tipo desorganizado

Predominan las manifestaciones afectivas en el sentido de empobrecimiento superficial. Se inicia a edades muy tempranas con una instauración progresiva de abulia, aplanamiento afectivo, deterioro en el cuidado y aspecto personal, deterioro cognitivo e ideas delirantes mal estructuradas y alucinaciones. El paciente se caracteriza por afecto absurdo e inapropiado, indiferencia, muecas, ideas delirantes, retirada social marcada, quejas hipocondríacas, comportamientos extraños.

#### Tipo catatónico

Es un tipo raro en la actualidad. Aparece una alteración evidente de la función moto-

ra. El paciente puede alternar periodos de estupor y excitación, negativismo, rigidez, actitudes y posturas extravagantes o movimientos estereotipados.

#### Tipo indiferenciado

En este tipo de esquizofrenia aparecen síntomas que no se pueden agrupar en el tipo paranoide, catatónico o desorganizado, con una mezcla prominente de síntomas tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o comportamiento desorganizado.

#### Tipo residual

Su principal característica es la presencia de clínica esquizofrénica continua, en ausencia de síntomas activos. El paciente presenta

signos de poca afectividad, retraimiento social, pensamientos extraños y patrones de comportamiento que persisten después de, al menos, un episodio esquizofrénico.

### 3.5. CLASIFICACIÓN

#### Clasificación según el pronóstico

##### Esquizofrenia de buen pronóstico

- Comienzo agudo.
- Buen ajuste premórbido.
- Edad tardía de comienzo.
- Existencia de factores precipitantes.
- Confusión y síntomas atípicos.
- Ausencia de embotamiento afectivo.
- Antecedentes familiares de trastornos del humor.
- Ambiente social y familiar no desfavorable.
- Buena cumplimentación del tratamiento.

##### Esquizofrenia de mal pronóstico

- Comienzo insidioso.
- Comienzo en edad temprana.
- Presencia de síntomas negativos.
- Trastorno previo de la personalidad.
- Tipo desorganizado o indiferenciado.
- Presencia de embotamiento afectivo.
- Larga evolución antes del primer contacto médico.
- Abuso de drogas.
- Presencia de anomalías cerebrales.
- Presencia de aislamiento social.

### 3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS PSICOSIS

#### Trastorno esquizoafectivo

Históricamente, se ha conceptualizado como un tipo de esquizofrenia. La CIE-10 y

el DSM-IV, en la actualidad, lo individualizan como un trastorno independiente. La clínica incluye todos aquellos signos y síntomas presentes en la esquizofrenia, manía y depresión. Los síntomas esquizofrénicos y afectivos pueden estar presentes juntos o de forma alterna.

Podría situarse en la zona media de un "continuum" que va desde la esquizofrenia hasta los trastornos afectivos.

#### Psicosis puerperal

Las psicosis esquizofrénicas se pueden desencadenar por el parto. Las psicosis puerperales no esquizofrénicas manifiestan más trastornos confusionales e ideas delirantes depresivas, de culpa y de incapacidad para cuidar a la criatura.

#### Psicosis transitoria

Las psicosis breves, de naturaleza reactiva, están separadas del núcleo de las esquizofrenias. Un hecho precipitante parece desencadenar un cuadro brusco, con manifestaciones alucinatorias masivas y delirantes de tipo paranoide, miedo, agitación y de marcadas alteraciones de conducta.

#### Estado paranoide

La conservación de la personalidad, el delirio sectorial y monotemático, la ausencia de trastornos sensorceptivos y del lenguaje y la relativa ausencia de trastornos de conducta, inclinan el diagnóstico hacia este grupo de enfermedades. Algunos autores las catalogan como un grupo muy emparentado con las esquizofrenias, de las cuales serían unas formas especiales.

#### Psicosis tumoral

Provocadas por procesos expansivos intracraneales, sobretudo de localización frontal. Aparecen síntomas de fluctuaciones

del nivel de conciencia, alteraciones de las funciones superiores (memoria, cálculo, lectura,...) y son de fácil diagnóstico con las exploraciones neurorradiológicas actuales.

#### Intoxicación por estimulantes o alucinógenos

Aparecen antecedentes de ingesta, predominio de las alteraciones perceptivas visuales, estilo de vida especial, circunstancias de aparición aguda.

Otras: Psicosis histérica, neurosis obsesiva, psicosis epiléptica, hipertiroidismo, etc.

### 3.7. VALORACIÓN

#### Patrón percepción / mantenimiento de la salud

La aparición de ideas delirantes que provocan en el paciente una convicción de realidad es uno de los grandes problemas que surgen a la hora de abordar a este tipo de pacientes por su nula conciencia de enfermedad, característica común a casi todos ellos.

El paciente no acepta que sus experiencias sean el resultado de la enfermedad, y creen que está provocadas por enemigos. Se produce una falta de "insight" acompañada de falta de cumplimentación del tratamiento.

El paciente:

- Se muestra inseguro, temeroso con la sensación de que alguien le va a hacer daño.

- Verbaliza que no padece ninguna enfermedad.

- Se niega a tomar cualquier tipo de medicación. No se deja ayudar por el personal o personas de su entorno, atribuyendo en muchos casos el problema a los demás.

#### Patrón nutricional / metabólico

La persona con un trastorno esquizofrénico puede mostrar falta de interés y motivación por aspectos que anteriormente le resultaban gratificantes. En algunos sujetos el acto de comer puede convertirse en algo puramente compulsivo o mecánico, con ausencia de cariz placentero. El paciente puede pasar por fases de rechazo total del alimento, con periodos de bulimia.

Las alteraciones del pensamiento en forma de vivencias atemorizantes hacen, en muchos casos, que el entorno se muestre hostil para el paciente, dando lugar a conductas extravagantes en la alimentación.

El tratamiento psicofarmacológico puede producir en el paciente náuseas y vómitos, o un aumento de peso.

Ideas delirantes de persecución, en las que el paciente puede creer que le persiguen y le van a hacer daño, y pueden desencadenar conductas como no relacionarse en el acto social de la comida o no ingerir alimentos que piense que otros pueden haber manipulado.

Las alucinaciones de tipo olfativo o gustativo pueden producir en el paciente olores o gustos desagradables que impidan la ingesta del alimento.

La indiferencia afectiva, caracterizada porque el paciente no experimenta sensación alguna en el contacto con el mundo exterior, produce un desinterés e indiferencia en el paciente que puede hacer disminuir la ingesta hasta límites peligrosos.

La inhibición psicomotriz, caracterizada porque el paciente está absorto en su mundo interior, desconectado del entorno y sin iniciativa alguna, puede desencadenar conductas de no-alimentación. Esta situación, que puede durar periodos de tiempo largos, puede llegar a provocar en el paciente deshidratación importante, precisando en algunos casos alimentación forzada.

El paciente:

- Muestra una pérdida de peso evidente y/o signos de deshidratación.

- Evita el acto social de sentarse a la mesa con otras personas.

- Acepta sólo alimentos difíciles de manipular o que sean abiertos delante de él (yogurt, flan,...).

- Verbaliza no querer comer o lo sugiere de forma indirecta en forma de diversas expresiones (no le apetece comer, no necesita alimentarse).

- Permanece en una actitud negativista e inmóvil.

- Se alimenta de manera compulsiva.

#### Patrón de eliminación

El tratamiento psicofarmacológico puede influir de manera significativa en este patrón, debido a que los fármacos neurolepticos clásicos (haloperidol) pueden producir un aumento de la salivación o dar lugar a trastornos endocrinos.

Los estados catatónicos, debido a la inmovilidad, la falta de actividad, el aumento de temperatura y la sudoración abundante, pueden dar lugar en el paciente a problemas de deshidratación y de evacuación.

El paciente puede mostrar:

- Estreñimiento

- Retención urinaria

- Sialorrea

- Amenorrea

- Galactorrea

- Sudoración abundante

#### Patrón actividad / ejercicio

Las alteraciones en la psicomotricidad son muy frecuentes en los trastornos esquizofrénicos. Pueden aparecer distonías entre las expresiones y las emociones de los pacientes, con poca relación con el entorno y sin una finalidad objetiva, todo ello debido al grado de desestructuración de la personalidad.

La actividad motora puede aparecer incrementada o estar notablemente disminuida.

Las alteraciones de movimiento típicas en la clínica de la esquizofrenia son:

- **Estereotipias:** Son patrones repetitivos de movimientos o gestos extraños a nivel facial o corporal sin propósito alguno.

- **Manierismos:** Son actividades con significado social pero de apariencia extravagante o fuera de contexto. Pueden ser posturas de indolencia o excesivamente ameneradas.

- **Ambitendencia:** Se manifiesta porque antes de haber finalizado un movimiento se inicia el movimiento contrario.

- **Obediencia automática:** El paciente cumple órdenes simples de forma similar a un robot.

- **Ecopraxia:** Se observa una imitación de los movimientos y gestos de otra persona. El paciente puede deambular detrás de otra persona de manera automática imitando sus movimientos.

- **Negativismo:** Es el rechazo a la cooperación en actividades simples, sin razón aparente.

- **Estupor catatónico:** Existe una pérdida de toda iniciativa motriz con movilidad disminuida o ausencia de los movimientos espontáneos. El paciente permanece inmóvil, mudo y areactivo aunque está plenamente consciente.

- **Agitación catatónica:** El paciente exhibe una actividad motora incontrolada y sin finalidad.

- **Flexibilidad cética:** Consiste en mantener el tronco y miembros en una postura

impuesta, aunque sea incómoda, durante largos periodos de tiempo. El paciente presenta plasticidad, rigidez y fijación de actitudes.

- **Inhibición psicomotriz:** El paciente experimenta una falta de interés por todo lo que le rodea, que puede dar lugar desde una inhibición ligera con pobreza de movimientos y rigidez, hasta la pérdida de toda iniciativa motriz.

- **Acatisia:** El paciente presenta dificultades para estar quieto, con movimientos repetitivos de los pies e incapacidad para estar sentado. Es un trastorno motivado por los efectos extrapiramidales de ciertos fármacos neurolépticos.

- **Discinesias:** Son movimientos que se dan en raras ocasiones y que están producidos por fármacos neurolépticos. Consisten en movimientos involuntarios y continuos de rotación, protusión o retracción linguales, movimientos de succión de los labios, retroversión de la cabeza o crisis oculogiras.

El paciente presenta:

- Movimientos incoordinados
- Ausencia de movimientos
- Posturas poco funcionales
- Actitudes exageradas

Se han de valorar todos aquellos movimientos, posturas, gestos y actitudes que llaman la atención por lo extraño e inusual.

Las actividades de recreo están disminuidas en los pacientes afectos de esquizofrenia, debido principalmente a los trastornos de la actividad y de la volición y a los trastornos afectivos.

**Trastornos de la actividad y de la volición**

- **Abulia:** Al paciente le cuesta gran

esfuerzo realizar actividades cuando no manifiesta el deseo de hacer cosas.

**Trastornos afectivos**

- **Autismo:** El paciente se encierra en sí mismo, aislándose de la realidad para vivir un mundo interior.

- **Anhedonia:** El paciente es incapaz de experimentar, o incluso imaginar, alguna emoción agradable.

- **Ambivalencia afectiva:** En el paciente coexisten dos sentimientos contradictorios (amor-odio).

- **Paratimia:** Existe un desajuste entre la respuesta afectiva y la vivencia real (ríe ante una pérdida de un ser querido).

- **Indiferencia afectiva:** Aparece una pérdida de la capacidad de respuesta afectiva.

Estos trastornos pueden provocar en el paciente una incapacidad para divertirse y disfrutar de actividades que usualmente se consideran gratificantes y placenteras. El aislamiento social y las dificultades para establecer relaciones con los demás y mostrar una cierta intimidad y afectividad, dificultan la actividad en toda actividad de aspecto placentero.

El deterioro progresivo en el desarrollo de la enfermedad provoca una disminución del interés por aficiones o diversiones que anteriormente motivaban al paciente. Las actividades cada vez le exigen menos implicación, adoptando una postura pasiva, prefiriendo cada vez más actividades que implican poca dificultad y poca relación social.

El desinterés, la apatía y la desestructuración de la personalidad, y la percepción de ideas extrañas alejadas de la realidad pueden conducir al paciente a presentar un

aspecto sucio y descuidado, o a utilizar ropas extravagantes o inadecuadas para el clima o estación del año. Conforme la enfermedad se va cronificando, el paciente presta menos atención a su aseo personal.

El paciente:

- Es incapaz de mantener el interés en las actividades placenteras, abandonándolas al poco tiempo de iniciarlas.

- Permanece inmóvil sin realizar ninguna actividad.



- No tiene amigos, ni se relaciona socialmente.

- Expresa no tener ningún tipo de interés.

- Se distrae fácilmente cuando realiza alguna actividad.

- Realiza actividades de índole pasiva (ver la televisión, escuchar música, etc.).

- No acude a ningún lugar de diversión (cine, teatro, reuniones, etc.).

- Utiliza ropa extravagante (vieja, sucia, usa abrigo en verano, pantalones cortos con jersey de lana, etc.).

- Presenta actividades desinhibidas. Por ejemplo, puede aparecer vestido sin pantalones.

- No se ducha ni efectúa actividades de aseo diario.

- No muestra ninguna preocupación por la suciedad.

**Patrón reposo / sueño**

En el inicio del brote esquizofrénico se ha detectado un mayor adormecimiento, con despertar intercalado a lo largo de la noche y/o despertar temprano, disminuyendo progresivamente la duración del sueño a 4 horas.

Las vivencias amenazantes y las alucinaciones provocan en el paciente un gran temor hacia el entorno, ansiedad elevada, tensión corporal e hipervigilancia, lo que conduce a una alteración del descanso.

El tratamiento con fármacos neurolépticos puede producir embotamiento y somnolencia.

El paciente muestra:

- Miedo a dormirse. Efectúa actividades que le hacen estar despierto y se muestra asustado, mira recelosamente a su alrededor, comprueba puertas y ventanas, no apaga las luces, etc.

- Falsas percepciones del entorno (sombras en la pared, etc.).

- Verbaliza expresiones sobre la falta de necesidad de dormir dando explicaciones fuera de lógica.

Valorar la duración objetiva de las horas de sueño, y la calidad del mismo (intranquilidad, despertares frecuentes, etc.).

#### Patrón cognitivo / perceptivo

Las alteraciones en este patrón se producen en mayor grado en la senso-percepción (alucinaciones), en las de curso y contenido de pensamiento, y en los trastornos del contenido de la conciencia.

- **Nivel de conciencia:** No suele producirse alteración salvo por el uso de fármacos neurolépticos que pueden producir cierta somnolencia.

- **Orientación:** Habitualmente son pacientes que están correctamente orientados en tiempo, espacio y persona. Si existe algún tipo de desorientación, se ha de pensar en la posibilidad de un trastorno médico subyacente.

- **Memoria:** No suele estar afectada. Algunos pacientes verbalizan una memoria delirante, que hace referencia a una interpretación del mismo tipo de un hecho pasado, anterior a la instauración del delirio, dándole un nuevo significado.

- **Alucinaciones:** Pueden ser de cualquier modalidad perceptiva (visuales, auditivas, olfativas, táctiles, gustativas).

- **Auditivas:** Son las más comunes. Se manifiestan normalmente en forma de voces y es uno de los síntomas más frecuentes en la esquizofrenia. Se pueden presentar en forma de ruidos, palabras aisladas, música, frases cortas o incluso conversaciones complejas. Pueden escucharse voces únicas o múltiples, masculinas o femeninas, o de personas conocidas o desconocidas. Suelen ser el reflejo del estado de ánimo, del miedo y de la preocupación del paciente. Pueden decirle que es homo-

sexual, incitarle a suicidarse, reírse de él, advertirle de que van a matarlo, o de que lo van a proteger.

- **Visuales:** Su contenido puede variar, desde flashes de luz o color hasta formas complejas de gente y situaciones. Son raras y comúnmente van asociadas a alucinaciones auditivas, pseudoalucinaciones visuales e ideación delirante.

- **De sensaciones corporales:** Pueden ser superficiales (sensaciones de calor y frío, de tacto, de pinchazos o corrientes), cenestésicas (sensaciones de cambios en los músculos y articulaciones), o viscerales (sensaciones de pesadez, dolor, distensión y estiramiento, palpitaciones).

- **Olfativas y gustativas:** Normalmente están asociadas a ideas delirantes de envenenamiento. Se presentan como sensaciones de olores y sabores especiales con un significado concreto.

#### Trastornos del contenido de la conciencia:

Comprenden el trastorno de la identidad del yo, de la actividad del yo, el trastorno de la captación del mundo circundante.

- **Trastorno de la identidad del yo:** El paciente experimenta una sensación de extrañeza consigo mismo. Se encuentra raro y cambiado. Aparece el llamado "signo del espejo" en el cual el paciente se mira repetidas veces en un espejo para comprobar que sigue siendo el mismo.

- **Trastorno de la actividad del yo:** Aparece una gran vivencia de inseguridad, ya que el paciente no identifica como propios los elementos psíquicos, las vivencias personales, los recuerdos y los sentimientos.



- **Trastorno de la captación del mundo circundante:** Aparece una sensación de extrañeza experimentada frente al mundo externo que debería resultar conocido.

- **Trastornos del pensamiento:** Son los síntomas fundamentales en la esquizofrenia. Se pueden distinguir en trastornos del curso del pensamiento y trastornos de contenido del pensamiento.

#### Trastornos de contenido de pensamiento. Ideas delirantes

Reflejan las ideas del paciente, creencias e interpretaciones de estímulos. Estas ideas dan lugar a convicciones erróneas, que no pueden ser explicadas en función del contexto situacional y cultural del paciente.

Tipos:

- **Ideas delirantes de referencia:** El paciente puede asegurar que la prensa o la radio hacen referencia a su persona, enviando mensajes especiales para él o haciendo que otros individuos desconocidos se comporten de un modo concreto porque le reconocen.

- **Ideas delirantes de control:** El paciente está convencido de que sus pensamientos y actuaciones están controlados por una fuerza exterior.

- **Ideas delirantes somáticas:** Existe la convicción en el paciente de que padece una enfermedad rara o siente que está pudriéndose o quemándose por dentro, o que alguna parte de su cuerpo está cambiando.

- **Ideas delirantes de persecución:** El paciente siente que hay un complot contra él y ha de huir, le persigue la policía, le espían en el lavabo, etc.

- **Ideas delirantes místicas:** El paciente puede creerse una deidad, el enviado de Dios o su elegido, que ha de salvar a la humanidad o castigarla.

- **Irradiación del pensamiento:** El paciente cree que puede leer sus propios pensamientos y que todo le mundo sabe lo que piensa.

- **Difusión del pensamiento:** El paciente

siente que sus pensamientos son conocidos inmediatamente por otras personas.

- **Inserción del pensamiento:** Hay una introducción en la mente del paciente de pensamientos ajenos a él, generalmente de tipo obsceno en contra de su voluntad.

- **Robo del pensamiento:** El individuo experimenta que sus ideas son sustraídas de su mente. Cuando está pensando algo no puede finalizarlo, porque alguien se lo quita.

- **Ideas de control:** El paciente siente que no controla sus pensamientos o sensaciones y que alguna fuerza externa o algún individuo intenta dominarle, siempre con una actitud pasiva del paciente.

**Trastornos del curso del pensamiento**

Se infieren a partir del discurso, de la espontaneidad del habla y de la conducta del paciente. Comprenden:

- **Disgregación.** Es el resultado de la pérdida de asociaciones entre una frase y la siguiente. El paciente utiliza frases correctas pero el discurso global resulta totalmente incomprensible. Existe una pérdida de la idea directriz, de la intencionalidad.

- **Pobreza del pensamiento.** El paciente es incapaz de realizar generalizaciones abstractas.

- **Bloqueo del pensamiento.** Aparece un cese brusco del pensamiento, quedando la mente en blanco, reiniciándolo en muchos casos con otro tema o idea que no tiene nada que ver.

El paciente:

- Muestra una discordancia entre la comunicación verbal y la no-verbal.

- Efectúa una interpretación literal de las palabras.

- Presenta soliloquios, habla sin que exista un interlocutor presente.

- Se expresa de manera incoherente e incomprensible y muestra ideas extrañas sobre sí mismo o sobre el entorno.

- Se queda parado en medio de la habitación o pasillo, mira fijamente a un lugar en el que no hay nada relevante, gira constantemente al andar, verifica objetos, armarios, etc.

- Parece estar pendiente de algo y ríe, o por el contrario se muestra temeroso o enfurecido.

- Expresa sentimientos de robo del pensamiento.

- Durante una conversación se queda parado, absorto y la reemprende de manera que le cuesta seguir el hilo de la misma.

- Se muestra distraído durante la conversación.

**Patrón de autopercepción / autoconcepto**

Tanto las vivencias amenazantes como las alucinaciones pueden producir que el paciente entre en un estado de ansiedad y temor permanentes, o que el paciente se sobrevalore y pueda efectuar acciones que puedan poner en peligro su integridad.

El paciente puede mostrar dificultades para reconocerse a sí mismo, a su propio yo.

Tal como se ha comentado anteriormente, puede aparecer el signo del espejo en los primeros estadios de la enfermedad como signo de una percepción extraña de sí mismo.

El paciente:

- Verbaliza ideas amenazantes y se muestra inquieto y asustado.

- Verbaliza ideas o efectúa acciones potencialmente peligrosas con relación a sus capacidades.

- Se mira repetidamente al espejo como si no reconociera ciertas partes de su cuerpo.

**Patrón rol / relaciones**

El paciente esquizofrénico a menudo presenta dificultades para relacionarse con los demás, debido a su desconexión del entorno, al retraimiento de todo lo que significa relacionarse socialmente, etc.

Dentro de los trastornos de la comunicación que pueden provocar una disfunción en las relaciones con los demás, se pueden citar:

- **Disprosodia o ausencia de inflexiones vocales.** El paciente se expresa con un discurso sin inflexiones, monótono y sin expresividad no verbal, aunque la conversación lo requiera.

- **Neologismos.** El paciente expresa palabras propias, construidas por él mismo, que poseen un significado especial.

- **Perseveración.** Aparecen palabras o frases repetidas constantemente hasta que llegan a carecer de sentido.

- **Ecolalia.** El paciente repite palabras o frases que se pronuncian en su presencia.

- **Vocabulario restringido.** Algunas palabras pueden utilizarse como muletilla y repetirse constantemente sin razón aparente.

- **Uso del significado dominante de una palabra.** Este trastorno aparece si el contexto demanda el uso de otro significado menos común.

- **Respuestas tangenciales.** Las respuestas que da el paciente no están relacionadas con lo que se le ha preguntado.

- **Pobreza de lenguaje espontáneo o de contenido.** El lenguaje puede ser adecuado en cantidad, pero suele ser vago, excesivamente concreto y con muy poca información, o demuestra una incapacidad para manejar conceptos abstractos.

- **Descarrilamiento del lenguaje.** El paciente, en su discurso, pasa de un tema a otro sin seguir una línea lógica.

- **Mutismo.** Existe una ausencia de expresión verbal, sin ninguna afectación instrumental.

En algunos casos, el paciente esquizofrénico suele tener disminuida la capacidad para controlar sus impulsos, dando lugar a un aumento de los suicidios con relación a la población sana. En las fases agudas de la enfermedad, el paciente se puede mostrar agitado o agresivo con relación a sus alucinaciones e ideas delirantes, que pueden ser vivenciadas como amenazantes, o con relación a la hospitalización, planteada como una agresión hacia su integridad debido a su carencia de conciencia de enfermedad.

El paciente:

- Habla en un tono excesivamente bajo o alto.

- Permanece mudo ante las preguntas que se le hacen sin efectuar contacto visual.

- Muestra un lenguaje incoherente, carente de toda lógica.

- Discute u hostiga a otras personas.

- Efectúa actos violentos o destructivos.

- Se muestra tenso con relación a ciertos estímulos ambientales o en ausencia de éstos.

**Patrón de sexualidad / reproducción**

Los trastornos del pensamiento, la disminución de la voluntad y de la motivación, las dificultades de concentración y atención, el uso de fármacos neurolépticos y las dificultades de establecer relaciones sociales aceptables afectan al área sexual, bien por falta de interés o por el rechazo que generan en los demás.

El paciente:

- Verbaliza que nadie quiere estar con él.

- Verballiza trastornos en la erección, eyaculación precoz o frigidez.

**Patrón de adaptación / tolerancia al estrés**

El paciente esquizofrénico puede presentar estados de ansiedad generalizados o puntuales en función de la intensidad de las alucinaciones y de los contenidos de las ideas delirantes. Puede utilizar drogas como mecanismo de disminución de las alucinaciones, o tabaco y alcohol para manejar la ansiedad.

**Patrón valores y creencias**

Este patrón estará alterado en tanto aparezcan ideas delirantes:

- **Místicas.** Son creencias falsas de naturaleza religiosa, inmersas en el contexto del sistema religioso habitual del paciente, o por la invención de un sistema religioso nuevo.

- **De grandeza.** El paciente cree estar en posesión de poderes irracionales (es Cristo, o el enviado de Dios), con las conductas derivadas de estas creencias.

El paciente:

- Expresa un cambio en cuanto a sus creencias o actitudes en temas religiosos.
- Realiza ritos fuera de su contexto social, cultural y personal.

**3.8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

En el cuadro siguiente, se muestran los diagnósticos de enfermería relacionados con los trastornos esquizofrénicos (Fig. 22).

**Diagnóstico de enfermería**

Ansiedad.

FIGURA 22
Diagnósticos de enfermería de la NANDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Déficit de autocuidado: alimentación.</li> <li>- Déficit de autocuidado: baño / higiene.</li> <li>- Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento.</li> <li>- Alteración en el patrón del sueño.</li> <li>- Trastorno de la autoestima.</li> <li>- Trastorno de la identidad personal.</li> <li>- Trastorno de la imagen corporal.</li> <li>- No-seguimiento del tratamiento.</li> <li>- Aislamiento social.</li> <li>- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros.</li> <li>- Alteración en los procesos familiares.</li> <li>- Alteraciones sensorio-perceptivas.</li> <li>- Alteración en los procesos de pensamiento.</li> <li>- Déficit de actividades recreativas.</li> <li>- Dificultad para el mantenimiento del hogar.</li> <li>- Trastorno de la comunicación verbal.</li> <li>- Estreñimiento.</li> </ul>

**Criterio de resultados**

El paciente reducirá el nivel de ansiedad y usará estrategias de enfrentamiento adaptativas para reducir la ansiedad.

**Intervenciones**

1. Valorar con el paciente el nivel de ansiedad y ayudarlo a reconocerla.

2. Hacerle identificar pensamientos antes de ponerse ansioso.

3. Mantener un ambiente tranquilo, estructurado y ordenado, en el que se sienta aceptado y sus conductas sean comprendidas sin exigirle demandas que no pueda satisfacer.

4. Orientarle en tiempo, lugar y personas para retirar la amenaza que supone el aumento de la ansiedad.

5. Mantener actividades rutinarias que no le obliguen a cambios excesivos en sus actividades y a poner en funcionamiento otras habilidades.

6. Fomentar su participación en tareas sencillas y concretas, no competitivas.

7. Establecer una relación continuada con el paciente que permita distraerlo de los motivos que precipitan la ansiedad. Mantener en todo momento la calma para evitar la ansiedad recíproca.

8. Usar un lenguaje de frases cortas y simples.

9. Mantener un tono de voz firme que proporcione seguridad y confianza. No adoptar una conducta intervencionista.

10. Enseñarle técnicas de resolución de problemas y de relajación muscular en función de sus características y posibilidades.

**Diagnóstico de enfermería**

Déficit de autocuidado: alimentación.

**Criterio de resultados**

El paciente identificará factores que interfieren la ingestión nutritiva.

**Intervenciones**

1. Valorar las percepciones de los alimentos y nutrición del paciente, para ayudarlo a identificar factores que interfieren en el deseo de comer.

2. Observar conductas durante las comi-

das (si come solo, si rehuye cualquier contacto, si sólo ingiere alimentos envasados, si come de manera compulsiva).

3. Si el paciente alucina activamente, llamar su atención, ofrecerle alimentos, dirigirle en la comida, darle sus alimentos preferidos, darle la comida si es necesario, ya que puede no ser capaz de efectuar habilidades tan simples como comer.

4. Valorar patrones de alimentación anteriores.

5. Registrar el consumo de alimentos y la eliminación.

6. Fomentar la participación social en el acto de comer.

7. Ofrecer ayuda al paciente al seleccionar alimentos (de altas calorías, alimentos de cada grupo alimentario).

8. Ofrecer los alimentos de forma que agraden al paciente (comidas pequeñas, comidas frecuentes, líquidos entre comidas), ya que en un inicio evitaremos que esté mucho tiempo en el acto social de comer.

**Diagnósticos de enfermería**

Déficit de autocuidado: baño/higiene.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

**Criterio de resultados**

El paciente asumirá el control sobre las actividades de autocuidado.

**Intervenciones**

1. Valorar las capacidades de autocuidado para baño/higiene, vestirse/acicalamien-

to y uso del servicio (se viste solo o precisa ayuda, se ducha, etc.).

2. Ayudar a realizar estas actividades si es necesario.

3. Dirigir al paciente para realizar tareas de autocuidado (lávese la cara, lávese los dientes, etc.).

4. Animar al paciente a iniciar actividades de autocuidado y mantenerlas progresivamente, fomentando su autonomía.

5. Fomentar el aspecto positivo que permita su integración social (va limpio y bien vestido).

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración del patrón de sueño.

**Criterio de resultados**

El paciente utilizará estrategias que permitan un nivel de reposo correcto.

**Intervenciones**

1. Valorar todos los factores que pueden incidir en el modelo de sueño del paciente (miedo a dormir, hiperactividad, deambulación continua, falsas percepciones del entorno, siestas diurnas, etc.).

2. Ayudar al paciente a expresar sus sentimientos de miedo.

3. Ayudar al paciente a relajarse proporcionando un entorno seguro y de protección, un lugar tranquilo donde pueda relajarse, con una temperatura adecuada y evitando luces que puedan producir sombras.

4. Ofrecer bebidas calientes (leche, tila, etc.).

5. Enseñar al paciente a respirar fuerte y profundamente como sistema de relajación.

6. Permanecer con el paciente cuando se muestre intranquilo, proporcionando estrategias de seguridad personal que ayuden al reposo (luz encendida, etc.).

7. Enseñar al paciente patrones de reposo/sueño correctos (control de horas de sueño, nivel actividad-descanso, evitar que duerma en horas diurnas).

**Diagnósticos de enfermería**

- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.

**Criterio de resultados**

El paciente mantendrá una imagen realista de sí mismo.

**Intervenciones**

1. Valorar las percepciones de sí mismo del paciente.

2. Establecer una relación de confianza.

3. Demostrar en todo momento respeto al paciente.

4. Ayudarle a diferenciar entre lo real y lo irreal del entorno.

5. Fomentar el contacto con los demás, primero uno a uno, progresar a grupos pequeños y, finalmente, que progrese a grupos comunitarios.

6. Reconocer los logros en la mejora de la imagen (vestido, higiene, etc.).

7. Ayudar al paciente a identificar senti-

mientos de desvalorización o de imagen deteriorada.

8. Fomentar actividades que permitan un mayor contacto entre sí mismo y su yo corporal (expresión corporal, videoterapia, etc.).



**Diagnóstico de enfermería**

No-seguimiento del tratamiento.

**Criterio de resultados**

El paciente colaborará en el tratamiento.

**Intervenciones**

1. Enseñar al paciente a asumir la responsabilidad e independencia en el seguimiento del tratamiento.

2. Observar si cumple las prescripciones médicas.

3. Informar de la necesidad de seguir el tratamiento, adecuando las explicaciones en función de la capacidad de comprensión y habilidades del paciente.

4. Explicar el propósito de la medicación e informar de los efectos secundarios para evitar un aumento de la desconfianza.

5. Animar y fomentar la participación en grupos (usar recordatorios, pistas, etc.).

6. Informar de los recursos de la comunidad como sistema de soporte asistencial (asistencia social, centros de salud mental, etc.).

7. Ayudarle a desarrollar un sistema de soporte social (amigos, vecinos) y familiar que le ayuden en las prácticas de salud en función de sus dificultades.

**Diagnóstico de enfermería**

Aislamiento social.

**Criterios de resultados**

El paciente disminuirá o eliminará el ais-

lamiento social y establecerá interrelaciones positivas con los demás.

#### Intervenciones

1. Establecer una relación de confianza con el paciente que sirva de inicio de relación social y como medio de intermediación en la relación con los demás.
2. Reconocerse los miedos que le provocan el aislamiento.
3. Mantener una distancia apropiada con él.
4. Hacer visitas breves, incrementando progresivamente el tiempo, informando en todo momento del inicio, duración y finalización de la relación para dar un sentido de realidad al paciente.
5. Utilizar el silencio como técnica terapéutica, permanecer con el paciente aunque no se comunique ni exista motivación para que se relacione.
6. No obligar al paciente a hablar si no quiere.
7. Enseñar al paciente habilidades sociales (cómo llevar una conversación, cómo pedir las cosas), para que pueda construir nuevos comportamientos sociales.
8. Proporcionarle refuerzo ante los sentimientos que verbaliza y que están adecuados a la realidad.
9. Fomentar la participación en actividades grupales.

#### Diagnóstico de enfermería

Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros.

#### Criterio de resultados

El paciente reducirá o eliminará el comportamiento violento y canalizará adecuadamente las conductas impulsivas.

#### Intervenciones

1. Observar y valorar conductas que indiquen riesgo de violencia hacia sí mismo o hacia los demás. Valorar cambios del entorno o interrelación con los demás que aumentan la tensión del paciente.
2. Establecer una relación con el paciente mostrándonos honestos, claros y concisos, sin conceptos abstractos ni gestos que puedan ser interpretados erróneamente.
3. Observar estímulos ambientales que pueden influir en el aumento de los temores del paciente y, consecuentemente en el riesgo de violencia.
4. No invadir el espacio personal del paciente y evitar tocarlo.
5. Mantener una distancia de seguridad.
6. Facilitar la expresión de sentimientos para reconocer su desconfianza.
7. Establecer objetivos a corto plazo con el paciente.
8. Interactuar con el paciente sobre la bases de cosas reales ante la absurdidad de sus temores.
9. No negar el contenido de las percepciones o de las ideas delirantes, no intentar convencerlo de su falsedad, reconocerlas como ciertas pero sin darle la razón.
10. Poner límites a su conducta a fin de impedir que interfiera en el funcionamiento

del grupo y favorecer un proceso de socialización más maduro.

11. Retirar objetos potencialmente peligrosos del entorno o ejercer un control directo sobre ellos.
  12. Animarlo a que hable en vez de actuar físicamente.
  13. Observar de cerca al paciente y conocer dónde está.
  14. Ser modelo para el paciente, mantenernos tranquilos, verbalizar sentimientos que despierten su conducta.
  15. Usar reclusión o restricciones si es necesario, estableciendo una relación terapéutica para que el paciente no la viva de forma punitiva.
- #### Diagnóstico de enfermería
- Alteración en los procesos familiares.
- #### Criterio de resultados
- El paciente obtendrá un nivel de comunicación y relación que permita la expresión de sentimientos y tenga en cuenta las necesidades de los miembros de la familia.
- #### Intervenciones
1. Valorar la estructura y los roles de relación de la familia.
  2. Ayudar a identificar factores estresantes de la familia.
  3. Identificar grados de interdependencia y tipos de conflicto que generan.
  4. Identificar técnicas de disciplina de la familia.

5. Enseñar a la familia y al paciente técnicas de resolución de problemas y técnicas de comunicación que favorezcan la relación.

6. Reforzar positivamente comportamientos familiares constructivos.

7. Fomentar el respeto y aceptación de los miembros de la familia.

#### Diagnóstico de enfermería

Alteraciones senso perceptivas.

#### Criterio de resultados

El paciente disminuirá o eliminará las alucinaciones y tendrá una percepción realista de sí mismo y del entorno.

#### Acciones

1. Valorar los estímulos del entorno y su influencia en el desorden de las percepciones. Valorar intensidad, cantidad, movimiento, cambio, claridad, ambigüedad, incongruencia.
2. Disminuir los estímulos del entorno que el paciente puede malinterpretar y que pueden producir falsas percepciones (radio, televisión).
3. Estructurar rutinas que ayuden a eliminar estímulos extraños del entorno.
4. Usar términos cortos y concretos, evitando el uso de ideas abstractas.
5. Orientarlo a la realidad. Llamarlo por su nombre, repetir la presentación si es necesario, decirle la hora regularmente o disponer de calendarios y relojes a la vista, decir el lugar donde está regularmente, interpretar visiones, sonidos y olores del entorno.

6. Mantener un contacto verbal, ocular y táctil (salvo si es un paciente paranoide) para fomentar el contacto con la realidad.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración en los procesos de pensamiento.

**Criterio de resultados**

El paciente desarrollará interpretaciones constructivas de la realidad.

**Intervenciones**

1. Valorar las percepciones de la realidad del paciente, para reconocer alucinaciones e ideas delirantes.

2. Utilizar la escucha activa para identificar temáticas delirantes, analizar modelos de comunicación (conexiones vagas de ideas, etc.), identificar el tono con que se expresa, identificar ideas orientadas a la realidad.

3. Usar técnicas de comunicación para clarificar la realidad (no usar conceptos abstractos, clarificar generalizaciones, explorar sus impresiones, comprobar distorsiones, corregir malas concepciones, usar términos claros y directos, evitar comentarios en voz baja, evitar reforzar ideas delirantes y alucinaciones, etc.).

4. Evitar discusiones sobre temática delirante o interpretaciones erróneas, hacerle saber que intentamos entender sus problemas.

**Diagnóstico de enfermería**

Déficit de actividades recreativas.

**Criterio de resultados**

El paciente incrementará la participación en actividades de expansión, diversión y entretenimiento.

**Intervenciones**

1. Valorar la capacidad del paciente y sus limitaciones para poder participar en actividades (hipoprosexia, lentitud de movimientos, etc.).

2. En un principio, fomentar el uso de actividades individuales, y gradualmente introducirlo en grupos pequeños de actividades.

3. Animarlo y ayudarlo a elegir actividades recreativas basadas en su nivel de capacidad.

4. Planificar un programa de actividades no competitivas que faciliten su participación.

**Diagnóstico de enfermería**

Dificultad para el mantenimiento del hogar.

**Criterio de resultados**

El paciente con el máximo nivel de independencia adaptará la forma de vida y mejorará la seguridad en el entorno del hogar.

**Intervenciones**

1. Valorar la capacidad de manejo del hogar.

2. Ayudar al paciente a planificar estrategias realistas en el mantenimiento del hogar (determinar el equipamiento necesario, practicar habilidades de mantenimiento, presentar recursos disponibles en la comu-

nidad si no es capaz de llevar a cabo tareas de forma independiente).

3. Fomentar y animar al paciente a participar en el mantenimiento de su propia área mientras está bajo cuidado, en función de sus capacidades.

**Diagnóstico de enfermería**

Trastorno de la comunicación verbal.

**Criterio de resultados**

El paciente reducirá el fallo de comunicación a fin de establecer relaciones eficaces y expresar sentimientos y necesidades.

**Intervenciones**

1. Usar técnicas de comunicación terapéutica (reflexión, validación, resumen, clarificación, expresar observaciones, confrontación, proporcionar autocontrol) para

focalizar la comunicación y conseguir una mayor introyección, fomentando la interacción con los demás. Ayudará también a clarificar pensamientos incongruentes, recen- trar el pensamiento y corregir malas per- cepciones.

2. Usar técnicas de escucha activa que ayudarán a identificar malas percepciones.

3. Ser consistente en el comportamiento verbal y no verbal, para ayudar al paciente a adquirir un método de comunicación más eficaz.

4. Favorecer el contacto ocular.

5. Ayudarle a incrementar el lenguaje a través de relaciones en pequeños grupos (Fig. 23).

**3.9. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES**

El trastorno de ideas delirantes se englo- ba en grupo independiente de la esquizo- frenia. Se trata de un trastorno mental, de carácter psicótico, que cuenta como sínto- ma dominante con la presencia de idea- ción delirante compleja, bien sistematizada y encapsulada, aunque no es extraña sino internamente lógica, en mayor o menor grado. Se acompaña de un estado afectivo apropiado al contenido del pensamiento y suelen estar ausentes las alucinaciones. No existen trastornos formales del pensamien- to ni una etiología orgánica demostrable, y el deterioro de la personalidad es mínimo. Las ideas delirantes pueden tener diferente contenido.

**Introducción histórica**

El trastorno de ideas delirante era cono- cido como paranoia. Deriva etimológica- mente del griego "para" y "noos", y hacía referencia, en la escuela hipocrática en



FIGURA 23

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Ansiedad	El paciente reducirá el nivel de ansiedad y usará estrategias de enfrentamiento adaptativas para reducir la ansiedad.
Déficit de autocuidado: alimentación	El paciente identificará factores que interfieren la ingestión nutritiva.
Déficit de autocuidado: baño/higiene Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	El paciente asumirá el control sobre las actividades de autocuidado.
Alteración del patrón de sueño	El paciente utilizará estrategias que permitan un nivel de reposo correcto.
Trastorno de la autoestima Trastorno de la identidad personal Trastorno de la imagen corporal	El paciente mantendrá una imagen realista de sí mismo.
No-seguimiento del tratamiento	El paciente colaborará en el tratamiento.
Aislamiento social	El paciente disminuirá o eliminará el aislamiento social y establecerá interrelaciones positivas con los demás.
Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros	El paciente reducirá o eliminará el comportamiento violento y canalizará adecuadamente las conductas impulsivas.
Alteración en los procesos familiares	El paciente obtendrá un nivel de comunicación y relación que permita la expresión de sentimientos y tenga en cuenta las necesidades de los miembros de la familia.
Alteraciones sensorio-perceptivas	El paciente disminuirá o eliminará las alucinaciones y tendrá una percepción realista de sí mismo y del entorno.
Alteración en los procesos de pensamiento	El paciente desarrollará interpretaciones constructivas de la realidad.
Déficit de actividades recreativas	El paciente incrementará la participación en actividades de expansión, diversión y entretenimiento.
Dificultad para el mantenimiento del hogar	El paciente con el máximo nivel de independencia adaptará la forma de vida y mejorará la seguridad en el entorno del hogar.
Trastorno de la comunicación verbal	El paciente reducirá el fallo de comunicación a fin de establecer relaciones eficaces y expresar sentimientos y necesidades.

principio, a la existencia de una mente junto a la propia. Sería lo que hoy entendemos por cualquier alteración mental en sentido general.

Heinroth introdujo el concepto de paranoia para designar una perturbación intelectual que cursaba con exaltación. Esquirol, en la primera mitad del siglo XIX, describe la condición paranoide tal como la entendemos hoy en día. Kahlbaum afirmó que se trataba de una locura parcial que afectaba solamente a la esfera intelectual, aunque no logró diferenciar todas las enfermedades que cursan con delirios. Kraepelin separó algunos cuadros paranoides, los diferenció de la "demencia precoz" y los agrupó en dos conceptos:

- Parafrenia. Se refería a un trastorno que presentaba delirios extraños y fantásticos, que solían ir acompañados de alucinaciones, y que tenía un curso más benigno que la demencia precoz.

- Paranoia verdadera. La definió como "el desarrollo insidioso de un sistema delirante persistente e inmovilizable, hallándose conservadas la claridad y el orden del pensamiento, la voluntad y la acción".

La paranoia, a diferencia de la "demencia precoz", se producía sobre la personalidad del sujeto sin producir una ruptura de la misma irreversible. Freud la consideró como una entidad única, con una semiología bien definida. En principio, la consideró como una neurosis de defensa, y posteriormente modificó su conceptualización, relacionándola con la homosexualidad latente y afirmando que los síntomas eran causados por la transformación de sentimientos amorosos en vivencias de persecución.

Las clasificaciones actuales; DSM-IV e ICD-10, consideran el trastorno de ideas delirantes (antes paranoia) como una forma distinta de la esquizofrenia o de la psicosis maníaco-depresiva.

**Epidemiología**

Los datos epidemiológicos disponibles subestiman la verdadera prevalencia de la enfermedad. Es posible que haya muchos más enfermos, pero pasan desapercibidos para las redes de asistencia psiquiátrica por cuanto los signos más importantes de la enfermedad son la ausencia de conciencia de enfermedad y el aislamiento social.

El funcionamiento normal del paciente sólo se ve alterado en aquello que concierne al delirio. Se puede sospechar algún tipo de trastorno por alteraciones de conducta, agitación o por recurrir insistentemente a estamentos jurídicos o a la policía.

**Datos demográficos (Kendler, 1982)**

- Prevalencia: 0,03%.
- Incidencia anual: 0,001-0,003%.
- Supone del 1 al 4% de los ingresos psiquiátricos.
- Supone del 2 al 7% de las psicosis funcionales.
- Edad de inicio: 35-55 años, aproximadamente en la mitad de los casos. Un 25% de los casos nuevos se producen en ancianos, y un porcentaje semejante comienzan entre los 25-40 años.
- La distribución por sexos es ligeramente superior en las mujeres, en una distribución de 55% para mujeres y 45% para los varones.
- Entre el 60 y el 75% de los pacientes están casados en el primer ingreso, aunque una vez efectuado el diagnóstico la probabilidad de casarse disminuye en relación a la población general.
- Son pacientes con una posición social desfavorecida en el aspecto económico y en el cultural.
- Tienen más probabilidades que los enfermos esquizofrénicos y bipolares de ser inmigrantes y de poseer una privación sensorial.

### Etiología

La aparición de síntomas paranoides se ha intentado explicar en función de una predisposición para el desarrollo de los mismos, principalmente a través de una personalidad con rasgos sensitivos y de factores causantes de aislamiento social. Kay y Roth encontraron personalidades paranoides o hipersensitivas en más de la mitad de un grupo de 99 pacientes.

### Factores biológicos

Existe multitud de enfermedades físicas que pueden cursar con delirios, sobre todo las que afectan al sistema límbico y los ganglios basales. Si no existe deterioro intelectual, tienden a ser delirios complejos, similares a los presentes en el trastorno de ideas delirantes. De aquí surgen las hipótesis de que algún tipo de alteración en estas zonas cerebrales sería la responsable de la aparición de la enfermedad, mientras que se mantiene intacto el sistema cortical.

### Factores psicológicos

Entre las corrientes psicológicas cobra importancia el mecanismo de la proyección como factor esencial en la formación de los síntomas paranoides. En la proyección, los deseos que son inaceptables para uno mismo son atribuidos a los demás.

Sullivan opinaba que utilizamos proyecciones constantemente en nuestras relaciones personales e intentamos adivinar la acción de los demás, a los que personalizamos. "Una persona que posea una baja autoestima suele anticipar opiniones ajenas, que serán casi siempre desfavorables, y esto puede llegar a convertirse en la convicción de que la gente piensa mal de ella".

Fenichel relacionaba el miedo a ser criticado con las ideas delirantes de perjuicio. Cameron describió en los años setenta siete

situaciones que favorecerían el desarrollo de trastornos paranoides:

- Expectativa incrementada de recibir un tratamiento sádico.
- Situaciones que aumentan el recelo y la sospecha.
- Aislamiento social.
- Situaciones que aumentan la envidia y los celos.
- Acontecimientos que producen una baja autoestima.
- Situaciones que facilitan que los propios defectos sean vistos en otras personas.
- Incremento del potencial de rumiación acerca de probables significados y motivaciones.

El planteamiento siguiente es que, cuando alguna o algunas de estas situaciones supera el límite de tolerancia de la persona, ésta llega a sentirse muy ansiosa y frustrada, siente que algo va mal. La única salida que tiene es buscar rápidamente una solución, que llega en forma de una explicación al problema angustiante, y que pronto cristaliza en un sistema delirante. Con la cristalización del delirio el paciente establece la pseudocomunidad paranoide, en la que incluye a sus supuestos perseguidores, atribuyéndoles motivaciones, intenciones y estrategias. El objetivo es el de explicar su ansiedad y mantener encapsulado su delirio para realizar una vida normal fuera de él, una vez delimitado cuál debe ser el objetivo de su hostilidad.

### Factores sociales

Se consideran porque se evidencia que el trastorno es más frecuente en determinados grupos sociales que se resumen en aislamiento social. Prisioneros, refugiados y emigrantes parecen estar más predispuestos a los mismos, al igual que las personas con problemas sensoriales, sobre todo de carácter auditivo.

### Características de los delirios paranoides

- **Erotomaniaco.** El paciente cree que es intensamente amado por otra persona, que suele ser famosa o superior en el escalafón social y normalmente inaccesible. Está referido a un tipo de amor romántico o espiritual. El paciente cree que comparte esa relación idealizada. El paciente puede mantener su idea delirante en secreto, pero de forma corriente tratará de contactar con el objeto de su idea a través de llamadas, cartas, regalos o espionaje. Algunas veces el amor acaba transformándose en odio y persecución por parte del enamorado. Normalmente es un trastorno femenino.

- **Grandiosidad.** También llamado megalomaniaco. El paciente cree que tiene un gran talento, no reconocido, o una visión interior especial, un poder profético, o ha hecho un descubrimiento importante. Existen casos en el que líderes de sectas han sido enfermos delirantes porque eran depositarios de un designio divino. También asesinos políticos eran enfermos delirantes con un delirio reformista filosófico, religioso o político.

- **Celotípico.** Existe la creencia delirante de que la pareja es infiel. Aparecen celos exagerados ante estímulos que no los deberían crear. El paciente muestra una conducta de búsqueda de indicios que justifiquen su idea falsa. Puede tratar de controlar a su amante, espiar sus movimientos, seguirlo o seguir la pista de su "paraamor" sospechoso. Puede atacar a su pareja o, con menos frecuencia, a la persona que cree que es su rival.

- **Persecutorio.** Aparece la creencia falsa de que persiguen al paciente para matarlo o hacerle daño. El paciente cree que es seguido, acosado, que es víctima de un complot, que puede ser envenenado, objeto de burla o privado deliberadamente de las finalidades que persigue a largo plazo. Puede per-

cibir un plan de persecución simple o complejo. Si desarrolla un sistema de idea delirante, puede interpretar ligeras ofensas como parte de un plan. Si percibe una injusticia, puede acumular numerosas leyes o pedir justicia efectuando denuncias.

- **Somático.** También llamada psicosis hipocondríaca monosintomática. Existe una convicción total del padecimiento de una enfermedad. Las patologías imaginadas más frecuentes son: infecciones, infestación por insectos en la piel, dismorfofobia, posesión de olores extraños o de anomalías en el funcionamiento de órganos. Los enfermos pueden presentar una historia de múltiples exploraciones físicas, indicadas por múltiples médicos, y que son ocultadas porque son normalmente introducidas en el delirio como forma de explicar la ausencia de los hallazgos patológicos que el individuo presupone.

### Curso y pronóstico

El curso del trastorno delirante es muy variable. Es un desarrollo psicopatológico que cursa con fases, tiene agudizaciones y vueltas a la normalidad. En algunos casos (30%) no hay restitución a la normalidad y el delirio se enquistaba, funcionando por su cuenta. En el 50% de los casos existe mejoría clínica completa y en un 20% de los casos existe una disminución de la sintomatología y de la intensidad clínica (Kaplan y Sadock).

Estos mismos autores señalan como factores indicadores de buen pronóstico: un buen ajuste ocupacional y social, sexo femenino, inicio antes de los 30 años, desarrollo rápido de la enfermedad, corta duración y presencia de factores precipitantes o estresores psicosociales.

### Diagnóstico diferencial

- Cuadros paranoides de origen endocrino. Por alteración de la secreción de corti-

coides (enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing). Enfermedades tiroideas o paratiroides tanto en hipo como en hiperfuncionamiento.

- Cuadros paranoides por alteraciones metabólicas. Hipoglicemia, insuficiencia hepática, uremia o hipoavitaminosis B12.

- Trastornos neurológicos. Enfermedades degenerativas: enfermedad de Alzheimer, de Pick, la corea de Huntington, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple. Trastorno cerebrovascular: tumoración o epilepsia del lóbulo temporal.

- Consumo de sustancias. Por toxicidad directa pueden producir síntomas paranoides: la anfetamina, el alcohol, la cocaína,

los alucinógenos y la marihuana.

### 3.10. VALORACIÓN E INTERVENCIONES

#### Patrón de percepción / control de la salud

La alteración más importante en este patrón se sitúa en la nula conciencia de trastorno que posee el paciente afecto de trastorno de ideas delirantes.

Son pacientes con los que es difícil establecer una relación de confianza debido a su dificultad para confiar en los demás. Esto hará que el paciente no colabore en el tratamiento y no haga caso de las indicaciones terapéuticas. El paciente lo expresará de manera abierta o, por el contrario, se limitará a negar las ideas delirantes a través



de razonamientos lógicos que resulten creíbles para el interlocutor, pero que contrastan con conductas y actitudes posteriores.

El paciente:

- Verbaliza de manera abierta que no tomará el tratamiento.

- Esconde la medicación. Es un punto a tener en cuenta por cuanto puede acumular medicación con fines autolesivos.

- No acepta las recomendaciones terapéuticas.

#### Patrón nutricional / metabólico

La convicción delirante de que los demás quieren ocasionar algún perjuicio al paciente se puede concretar en una ideación delirante sistematizada de que le quieren envenenar o drogar, dando lugar a comportamientos suspicaces hacia los amigos, la familia o el personal de cuidados. El paciente rehusará alimentarse o bien sólo comerá alimentos que hayan sido abiertos en su presencia y no se hayan podido manipular.

Los delirios hipocondríacos referidos a que ciertas partes del cuerpo no funcionan bien pueden condicionar actitudes extrañas ante la comida, como dietas restrictivas o abstinencia.

El paciente:

- Muestra una pérdida ponderal de peso progresiva.

- Se muestra muy desconfiado con la comida y se ha de cerciorar varias veces antes de aceptar la ingesta.

- Sólo se alimenta de comida envasada.

- Evita compartir con los demás las horas de comida.

- Expresa quejas somáticas que le impiden efectuar una alimentación adecuada.

#### Patrón de eliminación

Es un patrón que en principio no está alterado. En algunos casos, debido al nivel

de tensión continuado y la actitud de hipervigilancia constante debido a sus convicciones delirantes, puede presentar problemas de micción frecuente.

Tanto una alteración continuada en la ingesta, como el uso de psicofármacos con sus efectos secundarios, pueden producir algún tipo de alteración.

El paciente:

- Presenta micciones frecuentes.

- Aqueja y se objetiva estreñimiento.

- Presenta retención urinaria.

#### Patrón de actividad / ejercicio

La psicomotricidad, en principio, es normal. Podemos observar en algunos casos que el paciente efectúa movimientos que nos llaman la atención; se gira de repente para ver si alguien le sigue o le observa. Esta situación está provocada por la actitud de desconfianza.

El paciente:

- Camina normalmente, de repente se para, mira hacia atrás con actitud de desconfianza, reemprende la marcha y vuelve a pararse varias veces.

#### Patrón sueño / descanso

Las dudas y sospechas pueden provocar pensamientos que invaden al paciente, provocando problemas para conciliar el sueño. La ideación delirante persecutoria puede provocar actitudes de hipervigilancia por miedo a que le ocurra algo durante el periodo de sueño, lo que impedirá que el paciente descanse de forma adecuada.

El paciente puede efectuar numerosas comprobaciones para asegurarse de la seguridad del entorno, por miedo a que le espíen o le hagan daño.

Las quejas hipocondríacas en cuanto al malfuncionamiento de partes del cuerpo, o el miedo a padecer alguna enfermedad, impedi-

rán que el paciente descanse adecuadamente.

El paciente:

- Rehuye ir a dormir.
- Muestra dificultades para conciliar el sueño.
- Muestra una actitud hipervigilante.
- Se despierta repetidamente por la noche.
- Efectúa múltiples comprobaciones al irse a dormir, de forma evidente o encubierta.
- Expresa quejas hipocondríacas que le impiden conciliar el sueño.

#### Patrón cognitivo / perceptivo

- Nivel de conciencia: en principio no sufre variaciones. En algunos casos, por el uso de fármacos neurolépticos sedativos, el paciente puede tenerlo ligeramente disminuido.

- Orientación y memoria: está respetada y no sufre alteración.

- Trastornos de la sensoripercepción: no aparecen. En contadas ocasiones, pueden aparecer alucinaciones de tipo táctil, gustativo y auditivo muy consistentes con el delirio. Nunca adquieren una presencia marcada.

- Trastornos del curso del pensamiento. En principio no sufre alteraciones.

- Trastornos del contenido del pensamiento. Es el síntoma principal y la base donde se sustentan todas las alteraciones de conducta.

El paciente:

- Expresa sentimientos de sentirse amenazado y acorralado.
- Verbaliza que siente olores o sabores extraños en las comidas como respuesta a ideas de envenenamiento.

#### Patrón autopercepción / autoconcepto

Las vivencias amenazantes, las dudas y sospechas sistemáticas, provocan estados de desconfianza en los demás que provocan que el paciente se sienta inseguro y con una baja autoestima.

Así mismo el paciente puede ser incapaz de aceptar sus propias limitaciones, creando unas expectativas fantásticas respecto a sus capacidades y desarrollando sentimientos de omnipotencia.

La desconfianza, provoca que el paciente busque motivos ocultos en los demás, interpretando motivos insignificantes como actuaciones en contra de él.

Esta desconfianza y falta de seguridad convierten al paciente en una persona hipersensible, hipervigilante, casi siempre resentida y con actitudes de estar siempre a la defensiva.

El paciente:

- Interpreta cualquier señal de los demás como confirmación de sus sospechas.
- Verbaliza sentimientos de devaluación personal y falta de afecto.

#### Patrón de rol / relaciones

Las sospechas, la desconfianza y la suspicacia provocan que el paciente no pueda establecer relaciones correctas con los demás.

El paciente no puede mostrarse sincero a la hora de establecer relaciones debido a que las convicciones delirantes le impiden confiar en alguien.

En las relaciones sociales puede mantenerse distante, aunque al principio puede parecer una persona excesivamente cortés, pero conforme se va desarrollando la relación aparecen elementos de reticencia que producen un distanciamiento en las relaciones, o actividades agresivas manifiestas o en forma de proyecciones.

Las actitudes de arrogancia, superioridad y grandeza chocan con las ideas de los demás. El egoísmo y la rigidez provocan

que nadie le pueda llevar la contraria en cuanto a sus convicciones delirantes, produciéndose cada vez más un distanciamiento mayor en sus relaciones sociales, incrementando el aislamiento social.

Las relaciones laborales pueden ser conflictivas por pensamientos autorreferenciales, puede pensar que compañeros o jefes quieren desprestigiarle provocando situaciones de tensión en la relación.

En el delirio erotomaniaco el paciente puede llegar a intentar concertar entrevistas con persona amada, realizar llamadas telefónicas, o mantener una vigilancia permanente o intentar rescatarla de peligros imaginarios, invadiendo la vida privada de la otra persona.

Las convicciones delirante celotípicas de que su pareja es infiel pueden llevar al paciente a buscar elementos que confirmen sus sospechas (buscar pelos en la chaqueta, observar constantemente a su pareja los gestos que hace o qué dice). Esta convicción puede provocar una disminución en la libertad de la persona. Es posible que el paciente tome medidas para acabar con esta infidelidad, no dejando salir de casa a la pareja, seguirla clandestinamente, poner detectores o trampas, llegando incluso a intentos de agresión, con grave riesgo para la vida de la pareja.

El paciente:

- Busca pruebas que confirme la infidelidad de su pareja.
- Vigila constantemente a su pareja.
- No deja salir sola de casa a su pareja.
- Interpreta cualquier señal como confirmación de sus sospechas.
- Hostiga a personas amadas imaginarias.
- Muestra actitudes violentas hacia la pareja, los hijos o cualquier persona incluida dentro de su delirio.
- Se muestra insatisfecho en la realización de sus actividades laborales.
- Culpabiliza a los demás de sus fracasos laborales.

#### Patrón sexualidad / reproducción

El aislamiento social producido progresivamente por las convicciones delirantes provoca una disfunción al no poder desarrollar plenamente su sexualidad. El paciente estará más preocupado de buscar señales que confirmen sus sospechas que en establecer una relación plena con su pareja.

El paciente puede llegar a efectuar intentos de violación con persona supuestamente amada al no ser correspondido.

El paciente:

- Es incapaz de establecer una relación de confianza con su pareja.
- Recrimina a su pareja el fracaso en la relación.
- Efectúa actos violentos con la persona supuestamente amada.

#### Patrón adaptación / tolerancia al estrés

El paciente se encuentra en un estado de tensión permanente ante las ideas delirantes que posee, culpabilizando a los demás de todas sus dificultades.

El paciente se puede mostrar impotente, eufórico, etc. pero siempre con relación a la temática del delirio. En ocasiones se puede mostrar depresivo.

El paciente:

- Atribuye a los demás el hecho de que no se reconozcan sus logros.
- Verbaliza la ideación delirante y afirma sentirse temeroso.

#### Patrón valores / creencias

La interpretación rígida que el paciente puede efectuar tanto de temas religiosos como políticos, puede dar lugar a convicciones irreales y exageradas. Éstas, unidas a ideas de superioridad, pueden atraer al paciente hacia sectas o grupos fanáticos en temas religiosos o políticos, convirtiendo a

algunos pacientes en líderes de sectas o grupos políticos.

El paciente:

- No admite críticas a sus ideas.
- Sostiene actitudes dogmáticas.
- Se convierte en líder de una secta o grupo.

**Diagnósticos de enfermería**

En el siguiente cuadro, se muestran los diagnósticos de enfermería más frecuentes relacionados con otras psicosis. (Fig. 24)

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración en los procesos familiares.

**Criterio de resultados**

La familia participará y se responsabilizará en la toma de decisiones respecto a la persona enferma.

**Intervenciones**

1. Valorar con la familia las consecuencias del comportamiento del paciente sobre ellos.
2. Ayudar a verbalizar sentimientos que produce en la familia el comportamiento del paciente.
3. Planear con la familia objetivos para un mejor funcionamiento.
4. Observar conductas que indican un abuso de autoridad del paciente, agresiones o limitaciones.
5. Enseñar a la familia a manifestar actitudes firmes y sólidas ante los actos del paciente.

FIGURA 24
Diagnósticos de enfermería de la NANDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración de los procesos familiares.</li> <li>- No-seguimiento del tratamiento.</li> <li>- Alteración del patrón del sueño.</li> <li>- Deterioro de la interacción social.</li> <li>- Temor.</li> <li>- Alteración en los procesos de pensamiento.</li> <li>- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a los demás.</li> </ul>

6. Ayudar a la familia a localizar recursos comunitarios para soportar la conducta del paciente.

7. Estimular el respeto de los derechos de cada miembro de la unidad familiar.

**Diagnóstico de enfermería**

No-seguimiento del tratamiento.

**Criterio de resultados**

El paciente colaborará en el tratamiento.

**Intervenciones**

1. Establecer una relación de confianza, empática y de seguridad que posibilite actuaciones posteriores.
2. Alentar al paciente a expresar sentimientos aparecidos ante la hospitalización, los cuidados y el tratamiento.
3. Determinar las posibles causas de no-colaboración en el tratamiento.

4. Comprobar y reforzar el cumplimiento de las prescripciones.

5. Promover en el paciente la participación en el tratamiento y en la toma de decisiones.

6. Si el paciente no vive la situación delirante como un problema, no focalizarla únicamente en ella sino que investigar si aceptará problemas secundarios (sueño, agotamiento, etc.).

7. Informar de la medicación que se va a dar, los efectos secundarios y la actuación terapéutica.

8. Aclarar los reparos que el paciente puede presentar con medicación o cuidados.

9. Mostrarse firmes y consistentes.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración en el patrón del sueño.

**Criterio de resultados**

El paciente dormirá y tendrá un descanso adecuado.

**Intervenciones**

1. Animar al paciente a que exprese los motivos que le impiden dormir.
2. Valorar el patrón de sueño.
3. Mantener un entorno tranquilo y cómodo.
4. Permitirle realizar actividades que le doten de seguridad.

**Diagnóstico de enfermería**

Deterioro de la interacción social.

**Criterio de resultados**

El paciente establecerá relaciones positivas con los demás.

**Intervenciones**

1. Valorar los patrones de interacción social.
2. Crear una relación individual de confianza.
3. Instruir al paciente para que aprenda a valorar las sensaciones que su conducta provoca en los demás.
4. Enseñarle a valorar el efecto que su conducta produce en él.
5. Fomentar un proceso de relación gradual con los demás.
6. Promover la asistencia a actividades grupales.
7. Reconocer las interacciones sociales positivas.

**Diagnóstico de enfermería**

Temor.

**Criterio de resultados**

El paciente se encontrará seguro en el entorno.

**Intervenciones**

1. Establecer una relación de confianza y permanecer con él cuando los temores aumentan.
2. Explicar rutinas y procedimientos hospitalarios.

3. Aceptar las percepciones de miedo.
4. Ayudarle a que exprese las sensaciones de temor y los motivos que lo aumentan.
5. Ayudarle a diferenciar miedos reales de los provocados por las ideas delirantes.
6. Proporcionar un entorno seguro y tranquilo, sin estímulos que puedan aumentar su ansiedad.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración en los procesos de pensamiento.

**Criterio de resultados**

El paciente elaborará una interpretación adecuada de los acontecimientos.

**Intervenciones**

Establecer una relación profesional real basada en la confianza. Tener en cuenta que cualquier propuesta, actitud, comentario o conducta puede ser siempre interpretada de manera hostil, despreciativa o agresiva por el paciente.

1. No prometer lo que no se pueda cumplir.
2. Dejarle expresar su desconfianza en la relación.
3. Dejarle cerciorarse.

FIGURA 25	
Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Alteración en los procesos familiares	La familia participará y se responsabilizará en la toma de decisiones respecto a la persona enferma.
No-seguimiento del tratamiento	El paciente colaborará en el tratamiento.
Alteración en el patrón del sueño	El paciente dormirá y tendrá un descanso adecuado.
Deterioro de la interacción social	El paciente establecerá relaciones positivas con los demás.
Temor	El paciente se encontrará seguro en el entorno.
Alteración en los procesos de pensamiento	El paciente elaborará una interpretación adecuada de los acontecimientos.
Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a los demás	El paciente controlará sus conductas y no manifestará acciones violentas.

fundamentada en su ideación delirante.

2. Indagar si ha formulado algún plan específico o ha tomado medidas con miras a la ejecución de un proyecto basado en su delirio.
  3. Averiguar sentimientos similares anteriores y que estrategias utilizó para superarlos.
  4. Valorar los resultados anteriores en que perdió el control de sus impulsos.
  5. Informarse acerca de tensiones precipitantes de posible conducta violenta.
  6. Fomentar que exprese sentimientos agresivos.
  7. Desarrollar una actitud firme y consistente.
  8. Controlar signos que denotan un aumento de la tensión.
  9. Asesorar a la familia sobre su actitud ante las posibles situaciones violentas.
  10. Valorar sentimientos de infravaloración personal y la existencia el riesgo de autolesión.
  11. Establecer límites claros a las conductas que el paciente puede presentar y que son inaceptables. (Fig. 25)
4. Acceder a alguna demanda, aunque sea absurda, para establecer algún vínculo.
  5. Evitar discusiones prolongadas o repetidas concernientes a los problemas personales del paciente, para no reforzar argumentaciones que se harían interminables.
  6. Evitar discusiones y críticas negativas respecto a sus convicciones.
  7. Crear una situación adecuada para que pueda enfrentarse a su racionalización.
  8. No mostrar acuerdo ni oposición con su ideación delirante y mantener una actitud de comprensión empática, pero ser sincero para expresar la incredulidad respecto a la interpretación de las experiencias por parte del paciente.
  9. Evitar averiguar qué hay de real y de delirante de las explicaciones del paciente.
  10. Mostrarle que la preocupación por el delirio obstaculiza una vida constructiva y útil.
  11. Establecer límites a comportamientos inaceptables.
  12. Evitar procedimientos que no sean totalmente imprescindibles.

**Diagnóstico de enfermería**

Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a los demás.

**Criterio de resultados**

El paciente controlará sus conductas y no manifestará acciones violentas.

**Intervenciones**

1. Investigar si ha iniciado alguna acción

## ***Trastornos de la infancia, adolescencia y vejez***

- 4.1. Generalidades
- 4.2. Trastornos por déficit de atención con hiperactividad
- 4.3. Trastornos disociales de la conducta
- 4.4. Trastorno negativista desafiante
- 4.5. Valoración
- 4.6. Criterios de resultado
- 4.7. Intervenciones
- 4.8. Demencias
- 4.9. Datos estadísticos
- 4.10. Factores etiológicos
- 4.11. Demencia tipo Alzheimer. Estadios, criterios diagnósticos
- 4.12. Demencia vascular. Criterios diagnósticos
- 4.13. Valoración
- 4.14. Diagnósticos de enfermería, criterios de resultado e intervenciones

### **4.1. GENERALIDADES**

Según DSM-IV, en esta categoría diagnóstica quedan englobados tres tipos de trastornos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Trastorno disocial.
- Trastorno negativista desafiante.

(Los criterios diagnósticos utilizados en este apartado de trastornos por déficit de la atención y comportamiento están tomados o basados en el DSM-IV Guía de uso. Masson 1997).

### **4.2. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

La atención es la capacidad del individuo para estar alerta y para mantener la concentración y el interés. La atención se desarrolla totalmente en la edad escolar e inicia su declive a los 70 años, edad a partir de la cual va debilitándose lentamente y van siendo frecuentes las distracciones.

Aunque el DSM-IV sólo contempla los trastornos por déficit de atención, cabe señalar que Kinsbourne y Caplan (1979) describieron dos tipos de alteración de la atención: atención subenfocada (trastorno por déficit de atención) y atención sobre-

focada o compulsiva (que es una alteración poco estudiada).

M. Redding (1991), define la atención sobreenfocada como aquella en la que el niño se concentra tanto en una cosa que no puede aprender adecuadamente de una forma global, y fácilmente se queja o se pone irritable cuando se le desvía de una tarea única a la siguiente. El problema no es de motivación ni de incapacidad cognitiva de cambiar, sino de efectuar (materializar) realmente el cambio. Puede pensar bien, pero se concentra demasiado en un área. Generalmente son niños tranquilos y no buscan atención, con lo cual sus problemas pueden pasar fácilmente inadvertidos. Socialmente son de carácter aislado, ansioso y temeroso. Cuando están tensionados, responden con conductas estereotipadas como comerse las uñas, tics, movimientos de cabeza o balanceo.

#### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

También llamado síndrome hipercinético. Se caracteriza básicamente por las irregularidades de la atención y la impulsividad de los actos, lo que suele repercutir en un rendimiento escolar bajo y en una dificultad en hacer amigos. Generalmente, los niños muestran síntomas de agresividad, depresión y resistencia a cualquier tipo de autoridad.

Aparece más frecuentemente en varones y aunque mayoritariamente es diagnosticado en la infancia, coincidiendo con el inicio de la escolarización los últimos años, se ha demostrado que también es un trastorno que afecta a los adolescentes y a los adultos (Grinspoon 1995).

Para que el diagnóstico sea correcto, deben observarse como mínimo 6 o más síntomas de desatención y 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido en los 6 últimos meses o



más, con suficiente intensidad como para que hayan provocado desadaptación con relación al nivel de desarrollo normal.

Algunos de los síntomas que causan alteración ya estaban presentes antes de los 7 años de edad. Las alteraciones observadas deben darse en dos o más ambientes distintos (escuela, trabajo, hogar, otros).

Deben observarse objetivamente signos de un deterioro de la actividad escolar-académica, laboral o social, que sean clínicamente significativos. Los síntomas no

deben ser observados exclusivamente en el transcurso de otro trastorno, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### Síntomas de desatención que se observan frecuentemente:

1. No prestar atención a los detalles, lo que provoca errores por descuido en las actividades escolares, laborales, otras.
2. Dificultades para mantener la atención en actividades lúdicas.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. Incumple con las instrucciones y no finaliza las tareas encomendadas (el motivo no es una conducta oposicionista ni incapacidad cognitiva para entender las instrucciones).
5. Dificultades para organizar tareas y actividades.
6. Rehuye de las tareas o actividades que requieran un esfuerzo mental sostenido.
7. Extravía objetos necesarios para la realización de tareas o actividades.
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. Es descuidado en la realización de las actividades diarias.

#### Síntomas de hiperactividad que se observan frecuentemente:

1. Inquietud de manos y pies o movimientos continuos mientras está sentado (en el adolescente o adulto puede limitarse a sentimiento subjetivo de no poder estarse quieto).

2. Le resulta difícil permanecer sentado cuando es necesario.

3. Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescente o adulto puede limitarse a sentimiento de inquietud).

4. Dificultad para realizar actividades lúdicas.

5. Sensación al observarlo de que nunca está quieto.

6. Suele hablar en exceso.

#### Síntomas de impulsividad que se observan frecuentemente:

1. Precipita la respuesta antes de que hayan completado la pregunta.
2. Dificultades para guardar turno.
3. Irrumpe en las actividades o conversaciones de los demás.

#### 4. 3. TRASTORNOS DISOCIALES DE LA CONDUCTA

En la infancia y aún también en la adolescencia, se dan dos aspectos muy importantes a tener en cuenta, previos a cualquier valoración de criterios diagnósticos. J. Toro (1996):

- Los distintos momentos o etapas del desarrollo llegan a condicionar incluso los criterios de normalidad. Así, una determinada manifestación es considerada anormal en un grupo de edad, pero no en otra etapa más temprana (enuresis, comportamiento repetitivo). Existen trastornos que son específicos de determinadas edades, dándose sólo en ellas y no en otras.

- Es frecuente que el niño presente trastornos en determinadas situaciones y en

cambio, en otras no aparezca ni por asomo (cambios radicales de comportamiento adoptados en el ámbito familiar y los adoptados en casa de un amigo o la escuela). Por ello, es sumamente importante diversificar las fuentes de información (padres, maestros, monitores, otros familiares, etc.) para obtener una visión global y no parcializada de la conducta del niño o adolescente.

Existen una serie de problemas de conducta habituales en la infancia que, de no ser superados convenientemente en su momento pueden ser patológicos posteriormente.

**Algunas de las dificultades de conducta más habituales en la infancia son:**

- **El cólico:** conjunto de conductas que se dan mayoritariamente en niños de clase media. Debuta a las dos semanas de edad con episodios de llanto intenso y mantenido, en el que el niño aprieta los puños y trasmite aspecto de dolor; todo intento por parte de los adultos para calmarle es infructuoso.

- **Los trastornos de la alimentación:** pueden ser por exceso o por defecto, y tras descartar causa orgánica hay que pensar que la alteración de la conducta viene dada por conflicto psicológico (ansiedad de separación, requerimiento de atención, etc.).

- **Los problemas del sueño:** comprenden terror nocturno, insomnio de conciliación, despertarse por la noche, etc.

- **Las rabietas:** expresión común de rabia y frustración por pérdida del control entre niños de 1 a 4 años. Se caracteriza por conducta de tirarse al suelo, patear y chillar. En ocasiones, golpea, tira cosas o contiene la respiración.

- **El hurto:** como conducta de venganza hacia los padres, para reemplazar algo que

sienten han perdido, porque desean ser descubiertos para cubrir su necesidad de atención, etc.

- **La mentira:** al iniciar la escolarización, el niño aun está en el intento de separar el mundo real del imaginario. Mienten cuando describen cosas, cómo desean que sean, en lugar de cómo son en realidad. Los motivos a los 6-7 años, cuando ya son conscientes de la inmoralidad de la mentira, son por oposición al adulto, o como forma de evitar conflictos.

- **Conducta propensa a los accidentes:** utilizan el accidente de forma consciente o inconsciente para reclamar la atención del adulto; pueden adoptar conductas imprudentes o temerarias.

Aunque el anciano, por edad, no corresponde a estas categorías diagnósticas de trastornos de la conducta, sí cabe señalar que es una etapa de la vida en la que se producen muchos acontecimientos vitales importantes: pérdida de seres queridos, jubilación, disminución del grado de autonomía, cambio en el estatus socioeconómico, dificultades, cambio de vivienda, y un largo etcétera, que desembocan en niveles altos de estrés que puede dar lugar a distintos trastornos de la conducta que fácilmente estarán asociados a otros trastornos mentales no específicos del anciano, sino comunes a los adultos.

- El trastorno disocial se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses.

El trastorno disocial provoca deterioro

clínicamente significativo de la actividad social, escolar-académica o laboral. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios para este diagnóstico.

**En función de la edad:**

- Tipo de inicio infantil: inicia como mínimo un criterio antes de los 10 años de edad.

- Tipo de inicio adolescente: ausencia de



cualquier criterio antes de los 10 años de edad.

**Criterios diagnósticos**

- Agresión a personas y animales:**
- A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
  - A menudo inicia peleas físicas.
  - Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
  - Ha manifestado crueldad física con personas.
  - Ha manifestado crueldad física con animales.
  - Ha robado enfrentándose a la víctima.
  - Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

- Destrucción de la propiedad:**
- Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
  - Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

- Fraudulencia o robo:**
- Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
  - A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
  - Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima y sin allanamientos o destrozos.

- Violación grave de las normas:**
- A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
  - Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).
  - Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

**4.4. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**

Se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses y que provoca un deterioro, clínicamente significativo, de la actividad social, académica o laboral. Dicho conjunto de comportamientos no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental y no cumple los criterios de trastorno disocial. Inicio antes de los 18 años.

Tienen que estar presentes 4 o más de los siguientes comportamientos:

- A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- A menudo discute con adultos.
- A menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus demandas.
- A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
- A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- A menudo es colérico y resentido.
- A menudo es rencoroso o vengativo.

**4.5. VALORACIÓN**

**Patrón mantenimiento de la salud / percepción de la salud**

- Valorar:
- Patrones de crecimiento y desarrollo psicofísicosocial.
  - Estado de salud.
  - Existencia de síntomas somáticos.
  - Uso o abuso de sustancias.
  - Nivel de aceptación del conflicto psicológico-social.

**Patrón nutricional / metabólico**

Valorar:

- Estado nutricional y ponderal del individuo.
- Patrón de aporte de nutrientes y líquidos adecuado.

**Patrón eliminación**

- Valorar:
- Frecuencia y características.
  - Ejercicio/actividad.

**Patrón ejercicio / actividad**

- Valorar:
- Hiperactividad.
  - Actividades que sostiene.
  - Actividades que ha abandonado: académicas, laborales, sociales.

**Patrón descanso / sueño**

- Valorar:
- Cambio de los hábitos del sueño.
  - Cantidad y calidad de las horas dormidas.

**Patrón percepción / cognitivo**

- Valorar:
- Falta de contenido de realidad.
  - Percepción errónea de la realidad.
  - Escasa atención, problemas de aprendizaje.
  - Procesos raros del pensamiento, suspicacia.

**Patrón autoconcepto / autopercepción**

- Valorar:
- Estilo de vida.
  - Inquietud, aumento de la ansiedad.
  - Sentimientos de alegría o tristeza.
  - Emociones de rabia, devastación.
  - Sentimientos de desesperanza, de suicidio.
  - Falta de afecto.

**Patrón relación de roles**

- Valorar:
- Retraimiento o aislamiento social.
  - Comportamiento agresivo o destructivo.
  - Problemas en las relaciones con los compañeros.
  - Problemas del lenguaje y el habla.
  - Relaciones conflictivas entre los miembros de la familia.
  - Patrones de comunicación inconsistentes.
  - Falta de límites entre los miembros de la familia.
  - Rol del paciente con relación a la dinámica familiar.

**Patrón reproducción / sexualidad**

- Valorar:
- Exteriorizaciones sexuales.
  - Falta de información.

**Patrón afrontamiento / tolerancia al estrés**

- Valorar:
- Problemas de disciplina o de comportamiento.
  - Escaso control de impulsos.
  - Problemas académicos.

**Patrón creencias / valores**

- Valorar:
- Escala de valores.
  - Si profesa alguna religión.

**Principales diagnósticos de enfermería**

- Afrontamiento individual inefectivo.
- Deterioro de la interacción social.
- Aislamiento social.
- Riesgo de violencia.
- Trastorno de la autoestima.

- Ansiedad.
- Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
- Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
- Alteración de los procesos familiares.
- Alteración parenteral.
- Alteración de los procesos del pensamiento.

**4.6. CRITERIOS DE RESULTADO**

- Trabajar con el paciente y la familia objetivos realistas.
- Disminuir los niveles de ansiedad y mejorar la capacidad de afrontamiento.
- Aumentar el control de los impulsos.
- Mejorar el grado de satisfacción en las relaciones.
- Mejorar el grado de satisfacción en las actividades laborales o académicas.
- Mejorar la atención y la capacidad de participación en las actividades.

**4.7. INTERVENCIONES**

- Educación sanitaria sobre patrones normales de funcionamiento familiar.
- Favorecer de los padres la expresión de sentimientos de desesperanza, confusión, de culpa...
- Escuchar con mucha atención; mostrar preocupación y apoyo.
- Promover una comunicación directa, clara y sincera.
- Hacer partícipe al paciente para fomentar control y autonomía.
- Explicar la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos.
- Contribuir a un ambiente seguro que permita al paciente mejorar la autoestima, la expresión de sentimientos y conflictos.
- Derivar al paciente y coordinar los servicios que sean necesarios para su atención integral.

- Reforzar las modificaciones de conducta positivas.

#### Evaluación

- El paciente y la familia muestran mayor capacidad de afrontamiento.
- El paciente controla sus conductas impulsivas.
- El paciente participa en el programa de actividades al nivel de sus capacidades.
- El paciente mantiene relaciones significativas.

#### 4.8. DEMENCIAS

Las demencias tienen como características comunes los múltiples déficits cognoscitivos, que pueden ser debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, al uso de sustancias o a múltiples etiologías. En épocas anteriores se les denominaba trastornos mentales orgánicos y representan una constelación de cambios psicológicos y de conducta causados por una anomalía en la función cerebral, que podía ser estructural, química o eléctrica y que puede tener un inicio rápido o insidioso. Tales anomalías en la función cerebral pueden ser consecuencia de una condición orgánica específica. Aunque en la mayoría de los casos las anomalías cerebrales son progresivas, algunas veces pueden ser reversibles, interrumpidas o estabilizadas en un nivel particular.

Según Bulbena, éstas son un síndrome que agrupa un conjunto de trastornos, caracterizados por una decadencia adquirida y global de las funciones intelectuales de naturaleza orgánica, que producen una desintegración de las conductas personales y sociales del individuo y que con frecuencia presentan un curso progresivo e irreversible.

Dicho de otra manera, es la pérdida insidiosa y progresiva de las capacidades mentales, lo bastante severa como para interfe-

rir con el funcionamiento personal, social o laboral. Por lo general, están afectados la memoria, el aprendizaje, la atención y el juicio.

En este apartado describiremos dos categorías principales de demencias: demencia primaria degenerativa del tipo Alzheimer, y la demencia vascular (antes denominada demencia multiinfarto), que se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero que se diferencian por su etiología.

La demencia se caracteriza primariamente por el deterioro de la memoria y los múltiples déficit cognitivos, así como por sus efectos sobre la personalidad y la conducta de la persona.

#### 4.9. DATOS ESTADÍSTICOS

Los datos confirman que la prevalencia de la demencia es mayor en las personas con síndrome de Down y en las que tienen una historia de traumatismo craneal. Las crisis comiciales también se presentan en un 10% de las personas con demencia tipo Alzheimer. El inicio tardío de la demencia tipo Alzheimer es mucho más frecuente que su inicio precoz, pocas veces se desarrolla antes de los 50 años y es más frecuente en mujeres que en varones.

Entre el 2 y el 4% de la población mayor de 65 años presenta demencia, y la prevalencia aumenta con la edad, especialmente después de los 75 años.

En cuanto al inicio de la demencia vascular, es más precoz que el de la demencia tipo Alzheimer y se da más frecuentemente en varones que en mujeres. Con relación a la prevalencia, ésta es menos frecuente que la demencia tipo Alzheimer.

#### 4.10. FACTORES ETIOLÓGICOS

La etiología de la demencia primaria degenerativa del tipo de Alzheimer perma-

nece desconocida; sin embargo, algunos estudios apoyan una teoría de transmisión genética. Los investigadores han encontrado que en familias con demencia degenerativa primaria del tipo de Alzheimer, usualmente más de un miembro de la familia está afectado. Además, las autopsias han revelado cambios fisiológicos en el cerebro de los pacientes con demencia degenerativa primaria del tipo de Alzheimer similares a los cambios vistos en aquellos con síndrome de Down. Los datos también indican una alta incidencia de síndrome de Down en familiares afectados de demencia degenerativa primaria del tipo de Alzheimer. A pesar de los datos que sustentan la teoría de la transmisión genética, estos permanecen inconcluyentes.

Otros investigadores apuntan al rol del aluminio y de los agentes virales como causa de la demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, pero la evidencia, en el mejor de los casos, también es inconcluyente.

Aunque muy poco se conoce sobre la demencia vascular, los investigadores creen que la hipertensión arterial, la enfermedad vascular extracranial y la enfermedad valvular del corazón contribuyen a la formación del émbolo que lleva a la disfunción cardiovascular.

#### 4.11. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La forma más común de demencia -la demencia primaria degenerativa tipo Alzheimer- puede manifestarse antes de los 65 años (inicio temprano) o después de los 65 años (inicio tardío). Típicamente, esta demencia tiene un inicio gradual y progresivo que va desde un deterioro leve hasta un deterioro severo. En la etapa temprana, la actividad social y laboral están significativamente alteradas pero se mantiene la capacidad para el autocuidado. El paciente experimenta una pérdida de memoria

como síntoma más precoz y dominante, pudiendo tener o no tener conciencia de la pérdida de memoria y otros déficits cognoscitivos. Presentan deterioro de la capacidad para aprender información nueva y olvidan lo aprendido previamente. Pueden perder objetos personales, como las llaves, la cartera, llegando a olvidar la comida que están cocinando, y pueden llegar a perderse en zonas con las que no están familiarizados.

El deterioro del lenguaje, la afasia, puede ir desde dificultades en la pronunciación de nombres propios y objetos, a ser un lenguaje vago y vacío y con referencias a "cosa" y "eso". Puede haber dificultades tanto en el lenguaje hablado como escrito y en la repetición del lenguaje.

Pueden también presentar apraxia (deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras), incapacidad para usar objetos, como por ejemplo usar el peine para peinarse, y deterioro de la actividad de actos motores conocidos, como mover la mano para decir adiós. La apraxia puede conducir a déficit en cocinar, dibujar y vestirse. Otra manifestación presente es la agnosia, fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, como la silla o el lápiz. En ocasiones puede ser incapaz de reconocer a sus propios familiares o incluso su imagen corporal en un espejo. También puede tener la sensación táctil normal, pero ser incapaz de identificar objetos con su mano por el tacto. Las alteraciones de la actividad de ejecución son manifestaciones habituales en la demencia. La actividad de ejecución implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar ejecutar y detener un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto se manifiesta por la incapacidad de afrontar situaciones nuevas. La disfunción de la ejecución se traduce por la incapacidad para cambiar esquemas mentales establecidos y generar información verbal y no verbal que le permitan ejecutar actividades motoras consecutivas.

FIGURA 26

Criterios diagnósticos según DSM-IV

Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer

- A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:
1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
  2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
    - (a) Afasia (alteración del lenguaje).
    - (b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
    - (c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
    - (d) Alteración de la ejecución (p.ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D. Los déficits cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p.ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).
  2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p.ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).
  3. Enfermedades inducidas por sustancias.
- E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Códigos basados en el tipo de inicio y las características predominantes:

**De inicio temprano:** si el inicio es a los 65 años o antes.

Para CIE-9-MC, (290.11). Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia.

F00.01 Con ideas delirantes (290.12): Si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

F00.03 Con estado de ánimo depresivo (290.13): Si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

F00.00 No complicado (290.10): Si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro actual.

**De inicio tardío:** si el inicio es después de los 65 años.

Para CIE-9-MC, (290.3) Con delirium: Si el delirium se sobreañade a la demencia.

F00.11 Con ideas delirantes (290.20): Si las ideas delirantes son el síntoma predominante.

F00.13 Con estado de ánimo depresivo (290.21): Si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

FIGURA 26

Criterios diagnósticos según DSM-IV

Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer

tico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.  
F00.10 No complicado (290.0): Si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si:

Con trastorno de comportamiento.

Nota de codificación: Codificar también en Eje II G30.0 Enfermedad de Alzheimer inicio temprano o G30.1 Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (para CIE-9-MC, 331.0 Enfermedad de Alzheimer).

Las personas con demencia pueden estar desorientadas espacialmente, siendo frecuente la pobreza de la introspección y del juicio crítico. En algunas ocasiones pueden llegar a ser violentas y herir a otros, pudiéndose presentar actos suicidas en los estados iniciales. Algunas personas con demencia muestran comportamientos desinhibidos, como bromas inapropiadas, mostrar familiaridad con extraños, descuidar la higiene y el aspecto personal o saltarse las normas sociales. La demencia suele asociarse a ansiedad, depresión, trastornos del sueño, así como a ideas delirantes de persecución y alucinaciones las más frecuentes las visuales.

En las fases avanzadas, las personas pueden enmudecer o presentar un lenguaje deteriorado que se caracteriza por ecolalia (repite todo lo que oyen), o palilalia (repetir palabras o sonidos una y otra vez). También el deterioro de la memoria puede ser tan intenso que la persona olvida su ocupación, el nivel de escolarización, los familiares, aniversarios e incluso su propio nombre.

Aunque la demencia se caracteriza por

un deterioro progresivo de las funciones intelectuales, como ya hemos visto, la evolución del cuadro es muy variable. Mientras que en unos casos se produce una evolución muy rápida (menos de un año), en otros el deterioro de las funciones intelectuales se prolonga más de 15 años. Teniendo en cuenta estos criterios podemos establecer en la demencia tipo Alzheimer tres estadios evolutivos: leve, moderado y severo.

**Estadio I (leve)**

Este estadio tiene una duración aproximada de 2-4 años y se observan:

- Alteraciones de la memoria.
- Dificultad para aprender cosas nuevas.
- Discreta pérdida de memoria remota, es decir, el paciente comienza a tener problemas para recordar aquellas cosas aprendidas hace tiempo.
- Desorientación espacial, no reconoce bien el lugar donde está.
- Cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa, etc.

En esta fase, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción están conservados. El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación etc.).

**Estadio II (moderado)**

Este estadio presenta una duración de 2-10 años y se producen alteraciones más importantes de la función cerebral, con aparición de síntomas llamativos.

- Afasia, es decir, dificultad en el lenguaje. Al paciente le cuesta hablar.

- Apraxia. El paciente tiene dificultades para llevar a cabo funciones aprendidas como vestirse, utilizar cubiertos etc.

- Agnosia. Consiste en una pérdida de la capacidad de reconocimiento, aunque esta pérdida no es total, pues reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento). Reconoce a su cónyuge y allegados.

- Es descuidado en su higiene personal. Como compensación a su falta de memoria, a veces confabula o dice reconocer lo que realmente no reconoce.

- Las manifestaciones neurológicas en forma de debilidad muscular, alteraciones posturales y de la marcha, así como otros síntomas parkinsonianos, son frecuentes en la exploración física.

- Aparecen además signos psicóticos, como alucinaciones e ilusiones.

- La dependencia de un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía y las actividades sociales y de ocio que realizaba antes han perdido su valor y se muestra aburrido, somnoliento o realiza actos perseverativos (vagabundea, ordena la ropa varias veces al día).

**Estadio III (severo)**

- Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular, así

como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.

- Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como lavarse, vestirse, andar o comer.

- Presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

- Tienen incontinencia urinaria y fecal.

- Los pacientes terminan encamados, con alimentación asistida y suelen fallecer por neumonía, infección sistémica u otra enfermedad accidental (Fig. 26).

**4.12. DEMENCIA VASCULAR. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

La demencia vascular resulta de un deterioro progresivo de la función intelectual causada por enfermedad cardiovascular. El inicio es abrupto, pero la progresión aparece en un arrebato desigual. Las características comunes incluyen alteraciones de la memoria, alteración del juicio, mal control de los impulsos y alteración del pensamiento abstracto.

En algunos casos, los pacientes con demencia también experimentan delirios, alucinaciones, depresión y alteraciones en la actividad.

Las alteraciones en la actividad pueden manifestarse por hiperactividad o inactividad, y ambas son potencialmente problemáticas para los pacientes demenciados. Los pacientes hiperactivos se caracterizan por continua deambulación, paseos, confusión y agitación transitoria. La deambulación se describe como una tendencia a moverse alrededor sin ir a ningún lugar en concreto, aparentemente sin ningún propósito. La tríada de síntomas, deambulación, confusión y agitación, puede estar directamente relacionada por los efectos de la alteración de los tejidos cerebrales.

Investigaciones recientes indican que el

uso de restricciones a los pacientes confusos puede incrementar el riesgo de lesiones más que minimizarlas. En la mayor parte de los casos, los pacientes confusos o deambulantes son las personas mayores; el uso de

restricciones los ponen en un alto riesgo de estrangulación, fracturas, dislocaciones y alteraciones circulatorias, incrementa su nivel de agitación, de retirada y depresión (Fig. 27).

FIGURA 27

Criterios diagnósticos según DSM-IV

**Criterios para el diagnóstico de demencia vascular**

- A.** La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
    1. Deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar (información aprendida previamente).
    2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
      - (a) afasia (alteración del lenguaje)
      - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
      - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
      - (d) alteración de la ejecución (p.ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).
  - B.** Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
  - C.** Los signos y síntomas neurológicos (p.ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p.ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).
  - D.** Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- Códigos basados en las características predominantes:  
 Para CIE-9-MC, (290.41). Con delirium: Si el delirium se sobreañade a la demencia.  
 F01.81 Con ideas delirantes (290.42): Si las ideas delirantes son el síntoma predominante.  
 F01.83 Con estado de ánimo depresivo (290.43): Si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.  
 F01.80 No complicada (290.40): Si ninguno de los síntomas antes mencionado predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si:  
 Con alteración del comportamiento.

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III de la enfermedad cerebrovascular.

**4.13. VALORACIÓN**

**Patrón percepción de la salud / mantenimiento de la salud**

- Vaga demanda física y emocional.
- Preocupación y ansiedad por la incapacidad de recordar cosas.
- Miedo de perder las facultades mentales.
- Miedo de ser hospitalizado.
- Preocupación por la incapacidad de seguir el régimen médico.
- Preocupación por la disminución en todos los niveles funcionales.
- Abandono de los cuidados médicos preventivos.
- Incapacidad para identificar cuando se inician las dificultades.

**Patrón nutricional / metabólico**

- Cambios en el apetito normal.
- Aumento o pérdida de peso.
- Dificultad en comer por problemas dentales, tales como problemas con la dentadura, o falta de cuidados dentales.
- Falta de sed.
- Moratones y cortes por chocar contra los objetos.
- Lenta cicatrización.
- Preocupación por la apariencia física.

**Patrón eliminación**

- Pérdida de la continencia urinaria y fecal.
- Estreñimiento o diarrea.
- Síntomas de infección del tracto urinario, tales como micciones frecuentes o dolorosas.
- Olor corporal.

**Patrón de actividad / ejercicio**

- Fatiga.
- Dificultad para realizar las actividades

de la vida diaria.

- Pérdida de interés por las actividades recreativas y de ocio.
- Dificultad para subir y bajar peldaños.
- Dificultad en el mantenimiento del equilibrio.
- Dificultad en la coordinación.
- Inquietud.
- Repetición de la misma acción o movimiento.

**Patrón de sueño / descanso**

- Despertar temprano o insomnio.
- Preocupación por los patrones interrumpidos de sueño.
- Empleo de las alteraciones del sueño como razón de la disminución en la participación de las actividades diarias.
- Ciclo inverso del sueño-despertar.

**Patrón percepción / cognitivo**

- Dificultad auditiva.
- Dificultad con el uso de la ayuda auditiva.
- Alteraciones visuales como visión doble, y alteración del campo visual.
- Dificultad para recordar el uso de gafas.
- Dificultad para recordar lugares, nombres y situaciones.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad de orientación.
- Repetición de preguntas y afirmaciones.
- Incapacidad para comprender el lenguaje escrito.
- Dificultad para seleccionar palabras al hablar.
- Dificultad para comprender ideas abstractas.
- Dificultad para aprender cosas nuevas.
- Dificultad para seguir órdenes verbales.
- Dificultad para iniciar y centrarse en una tarea.
- Dificultad en la percepción de la dirección, distancia y relación espacial.



- Incapacidad para reconocer símbolos y objetos familiares.

**Patrón de autopercepción / autoconcepto**

- Percepción de sí mismo como inútil e ineficaz.
- Sentimientos de carga familiar.
- Tristeza y cólera por la función física y cognitiva disminuida.
- Enojo, miedo o ansiedad cuando no se satisfacen las necesidades rápidamente.

**Patrón relación de rol**

- Preocupación o enojo con el incremento de las responsabilidades y vigilancia familiar.
- Sentimientos de ser ignorado, descuidado u olvidado por la familia.
- Soledad.
- Nostalgia por la familia y amigos.
- Preocupación por las responsabilidades financieras.
- Preocupación por no llevarse bien con todos.

FIGURA 28

Valoración de la demencia: Historial del paciente

Para valorar la demencia de un paciente se debe contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Se queja el paciente de pérdida o déficit de memoria?
- ¿Se queja el paciente de olvidar la situación de los objetos familiares o de los nombres familiares?
- ¿Está el enfermo preocupado por la pérdida de memoria?
- ¿Son los demás, así como los miembros de la familia o los empleados, conscientes de los lapsos de memoria del paciente?
- ¿Ha perdido el paciente la capacidad de recordar el contenido de una historia, tanto leída como escuchada?
- ¿Trata el paciente de esconder los signos del deterioro mental?
- ¿Muestran los exámenes neuropsiquiátricos evidencia de déficits de memoria y concentración?
- ¿Puede el paciente dirigir tareas complejas?
- ¿Ha mostrado el paciente labilidad emocional?
- ¿Recuerda el paciente números de teléfono, fechas de acontecimientos importantes y los nombres de los miembros de la familia cercana?
- ¿Se ha vuelto el paciente desorientado en persona, lugar y tiempo?
- ¿Tiene el paciente los ciclos del sueño-despertar cambiados?
- ¿Puede el paciente tener una conversación o pronunciar sonidos significativos?
- ¿Puede el paciente realizar tareas psicomotoras?
- ¿Es el paciente incontinente?

De Problemas Psiquiátricos. Revista de Enfermería. Springhouse, PA: Springhouse Corp., 1990.

**Patrón reproductivo / sexualidad**

- Flirteo inadecuado.
- Conducta sexual inapropiada, como desnudarse o masturbarse en público.
- Dificultad con la intimidad.

**Patrón de afrontamiento / tolerancia al estrés**

- Tensión o ansiedad en las nuevas situaciones.
- Agitación en respuesta a los estímulos internos o externos.
- Sentimientos de estar fuera de control.
- Ansiedad, inquietud o frustración si no

es capaz de seguir las direcciones.  
- Incapacidad para resolver problemas.

**Patrón valores / creencias**

- Sentimientos de incapacidad para conseguir los objetivos de la vida.
- Pérdida del interés por las afiliaciones religiosas.
- Preocupación por los cambios en las creencias y prácticas religiosas (Fig. 28).

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración de la identidad personal relacionado con déficits cognitivos.

**Criterios de resultado**

- Proporcionar la seguridad del paciente y los demás mientras valoramos las necesidades del paciente.

**Intervenciones**

1. Asegurarse de que el paciente lleva todo el tiempo un brazalete de identificación o una tarjeta con su nombre, la localización de la unidad y la dirección del paciente.
2. Poner en la puerta de entrada a la habitación del paciente una indicación con



su nombre en letras grandes y colocadas en un lugar bien visible.

3. Controlar frecuentemente durante el día al paciente, si es posible a intervalos de 15-30 minutos.

4. Aprovechar la comunicación con el paciente para reorientarlo en persona, lugar y tiempo.

5. Colocar al paciente en una habitación cercana al control de enfermería y proporcionar actividades de diversión.

6. Enseñar al paciente a comprobar frecuentemente los relojes de pared y muñeca y el calendario durante el día.

7. Recordar al paciente las horas de las comidas, de ir a dormir y las actividades de grupo.

8. Pedir a los miembros de la familia que traigan fotos recientes del paciente. Guardar una en la gráfica del paciente y dejar otra en la habitación del paciente.

**Diagnóstico de enfermería**

Potencial de lesión relacionado con los déficits cognitivos, estado debilitado, alteración de la movilidad, conducta de vagabundeo, disminución de la percepción y humor deprimido.

**Criterio de resultado**

Proporcionar un entorno seguro en el que el paciente pueda mantener una independencia y seguridad óptima.

**Intervenciones**

1. Valorar los niveles de déficits físicos y cognitivos del paciente. Obtener informa-

ción del paciente y de su familia sobre los hábitos, actividades, "hobbies" y las formas usuales de afrontar el estrés.

2. Facilitar al paciente el acceso a sus pertenencias, eliminando los obstáculos y los objetos peligrosos en su camino.

3. Evitar las prisas del paciente con las actividades de la vida diaria y la deambulación.

4. Proporcionar una iluminación adecuada en la habitación del paciente y mantener encendida la luz del lavabo toda la noche. Por la noche ayudar al paciente a ir al lavabo cada cuatro horas o según sus necesidades.

5. Proporcionar estímulos al paciente, supervisar su actividad física así como la seguridad de estas actividades, controlando el entorno en el que el paciente puede extraviarse.

6. Anotar cuidadosamente el humor del paciente y valorar el riesgo suicida.

#### Diagnóstico de enfermería

Alteración de la movilidad física relacionada con el uso de restricciones, torpeza y deterioro del equilibrio.

#### Criterio de resultado

El paciente permanecerá tan activo físicamente como le permitan sus limitaciones.

#### Intervenciones

1. Proporcionar al paciente un plan de ejercicio regular, como caminar, pasear, etc.

2. Favorecer la seguridad física del paciente con barandillas en las escaleras, baño y cama.

3. Si el paciente presenta inestabilidad, procurar que siempre haya alguna persona cerca que le sirva de apoyo.

#### Diagnóstico de enfermería

Potencial de violencia autodirigida o dirigida a los otros relacionada con ilusiones, sospechas, incapacidad para reconocer personas y lugares, aumento del estrés o disminución de las habilidades de afrontamiento.

#### Criterio de resultado

Ayudar al paciente a prevenir la violencia minimizando las fuentes de estrés.

#### Intervenciones

1. Valorar las creencias de ilusiones del paciente. No contradecirle o desafiarle con explicaciones racionales.

2. Acercarse siempre al paciente de frente, de una manera lenta, consistente y tranquila.

3. Recordar presentarse y ofrecer consuelo mientras intenta identificar las necesidades del paciente.

4. Responder de una forma no defensiva a cualquiera de las acusaciones del paciente y evitar tocarle si el paciente está agitado.

5. Evitar hablar del paciente con otros miembros de la plantilla estando él presente. No bromee o ridiculice al paciente.

6. Si el paciente se pone verbalmente agresivo, proteger a los otros de posibles ataques, teniendo al paciente tranquilo en su habitación o trabajando solo o con el personal hasta que su conducta remita.

7. Responder a las perspectivas de realidad del paciente con empatía y soporte.

#### Diagnóstico de enfermería

Déficit de autocuidado para vestirse/acicalarse y realizar la higiene relacionado con deterioro cognitivo, debilidad, deterioro de la memoria e incremento de las necesidades de dependencia.

#### Criterio de resultado

Conseguir que el paciente realice las actividades de la vida diaria con independencia y seguridad.

#### Intervenciones

1. Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria.

2. Mantener si es posible las rutinas anteriores del paciente.

3. Fomentar la toma de decisiones en las actividades de la vida diaria.

4. Ayudar cuando sea necesario al paciente a realizar las actividades de la vida diaria, como lavarse los dientes o peinarse. Animarle a completar de forma independiente las actividades tan pronto como sea posible.

5. Anticiparse al paciente en el rechazo a los cuidados de enfermería.

#### Diagnóstico de enfermería

Aislamiento social relacionado con el deterioro cognitivo, disminución de la conciencia social, deterioro del lenguaje, pérdidas múltiples, falta de sistemas de soporte y humor deprimido.

#### 4.14. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

##### Diagnóstico de enfermería

Alteración de los procesos de pensamiento relacionada con la pérdida de memoria, disfunción cerebral, depravación de sueño y conflictos conscientes o inconscientes.

##### Criterio de resultado

Facilitar una comunicación clara al paciente y proporcionarle un entorno estructurado con reducción de estímulos.

##### Intervenciones

1. Ayudar al paciente a mantener una rutina diaria. Informarse a través de la familia sobre sus rutinas anteriores. Preguntarles sobre el horario diario del paciente y las medidas de seguridad llevadas a cabo en su casa.

2. Presentarse al paciente y explicarle las acciones que realizaremos antes de proporcionarle los cuidados.

3. Ponerse de cara al paciente y establecer contacto visual antes de hablarle. Cuando se tenga la atención del paciente, se le debe hablar despacio y claramente utilizando frases cortas y sencillas. Utilizar diferentes ayudas en la comunicación, como entradas verbales o escritas, gestos y fotos.

4. Anotar los intentos no verbales de comunicarse.

5. Proporcionar una adecuada iluminación y estimulación, así como orientación estacional.

6. Aprender los escondrijos usuales del paciente.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a relacionarse socialmente con los otros.

**Intervenciones**

1. Entrevistar al paciente y la familia para valorar si antes del inicio de los trastornos era una persona extrovertida o introvertida.

2. Proporcionar al paciente actividades en las que tengan que intervenir los diferentes sentidos (por ejemplo enseñarle una naranja y pedirle que la identifique).

3. Animar de manera relajada al paciente a participar en actividades de grupo, como por ejemplo cantar, pero sin forzar su participación.

4. Animar al paciente y a la familia a traer algunos objetos personales, como fotos, libros o ropas.

5. Conversar regularmente con el paciente, utilizando frases cortas y sencillas y ayudas no verbales, como sonreírle. Dejarle tiempo para que pueda responder.

6. Informar al paciente de acontecimientos actuales, repetirle la información si lo necesita. Evitar preguntarle sobre hechos, especialmente aquellos relacionados con acontecimientos recientes.

7. Valorar el sentido de la esperanza y ofrecer consuelo.

8. No sobrecargar al paciente con actividades programadas si el paciente está deprimido.

9. Ayudar al paciente a identificar los aspectos positivos de la interacción social.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración del patrón de sueño relacionada con la desorientación, disfunción cerebral o inversión del ciclo sueño-despertar.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a alcanzar un adecuado patrón de descanso y sueño.

**Intervenciones**

1. Animar al paciente a mantenerse despierto y activo durante el día y facilitarle un esquema con periodos cortos de descanso.

2. Proporcionar al paciente ropas de cama confortables (sábanas suaves, almohadas cómodas, mantas ligeras, etc.)

3. Limitar la ingesta de líquidos durante las horas previas al acostarse.

**Diagnóstico de enfermería**

Alteración de la nutrición menor a las necesidades corporales relacionada con dificultades para masticar, cambios en el olfato y el sabor, pérdida de memoria, disminución de la coordinación y humor deprimido.

**Criterio de resultado**

Ayudar al paciente a mantener una dieta nutritiva.

**Intervenciones**

1. Valorar las preferencias alimentarias del paciente y colaborar con el dietista en la planificación de comidas nutritivas que incluya los alimentos preferidos del paciente.

FIGURA 29

Diagnósticos de enfermería	Criterios de resultado
Alteración de la identidad personal relacionada con déficits cognitivos.	Proporcionar la seguridad del paciente y los demás mientras valoramos las necesidades del paciente.
Potencial de lesión relacionado con los déficits cognitivos, estado debilitado, alteración de la movilidad, conducta de vagabundeo, disminución de la percepción y humor deprimido.	Proporcionar un entorno seguro en el que el paciente pueda mantener una independencia y seguridad óptima.
Alteración de la movilidad física relacionada con el uso de restricciones, torpeza y deterioro del equilibrio.	El paciente permanecerá tan activo físicamente como le permitan sus limitaciones.
Potencial de violencia autodirigida o dirigida a los otros relacionada con ilusiones, sospechas, incapacidad para reconocer personas y lugares, aumento del estrés o disminución de las habilidades de afrontamiento.	Ayudar al paciente a prevenir la violencia minimizando las fuentes de estrés.
Alteración de los procesos de pensamiento relacionada con la pérdida de memoria, disfunción cerebral, depravación de sueño y conflictos conscientes o inconscientes.	Facilitar al paciente una comunicación clara y proporcionarle un entorno estructurado con reducción de estímulos.
Déficit de autocuidado para vestirse/acicalarse y realizar la higiene relacionado con deterioro cognitivo, debilidad, deterioro de la memoria e incremento de las necesidades de dependencia.	Conseguir que el paciente realice las actividades de la vida diaria con independencia y seguridad.
Aislamiento social relacionado con el deterioro cognitivo, disminución de la conciencia social, deterioro del lenguaje, pérdidas múltiples, falta de sistemas de soporte y humor deprimido.	Ayudar al paciente a relacionarse socialmente con los otros.
Alteración del patrón de sueño relacionada con la desorientación, disfunción cerebral o inversión del ciclo sueño-despertar.	Ayudar al paciente a alcanzar un adecuado patrón de descanso y sueño.
Alteración de la nutrición menor a las necesidades corporales relacionada con dificultades para masticar, cambios en el olfato y el sabor, pérdida de memoria, disminución de la coordinación y humor deprimido.	Ayudar al paciente a mantener una dieta nutritiva.
Afrontamiento familiar inefectivo relacionado con los cambios de personalidad del paciente, su conducta y un nivel disminuido de funcionamiento.	Ayudar a la familia a adaptarse al impacto de los trastornos y a apoyar al paciente para que consiga el máximo de autonomía.
Dificultad para el mantenimiento en el hogar relacionada con la pérdida de juicio, incapacidad para asumir su propia seguridad y un incremento de la dependencia.	Ayudar a la familia a adaptarse a los cambios personales y del entorno facilitando los cuidados y favoreciendo al máximo la independencia del paciente, que puede realizar algunas de las actividades del hogar.

2. Proporcionar la comida al paciente, pero permitirle que la coma tan independientemente como sea posible.

3. Tolerar la disminución en las normas del comer y la mezcla no frecuente de alimentos.

4. Procurar evitar el aislamiento del paciente durante la comida.

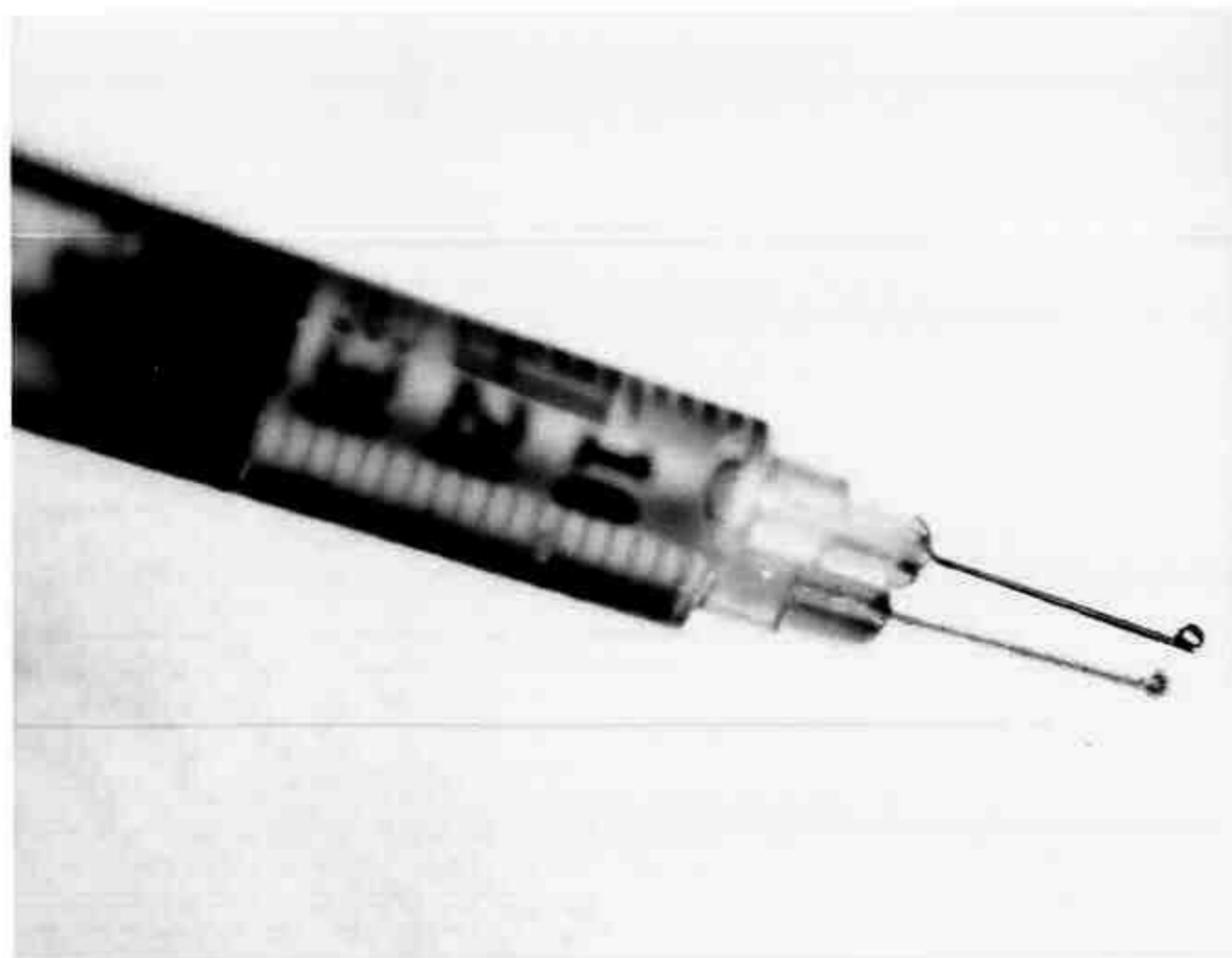
5. Proporcionar apoyo pero mantenerse firme para regular la dieta alimentaria.

6. Asistir al paciente en la higiene oral y bucal.

7. Pesar al paciente semanalmente.

**Diagnóstico de enfermería**

Afrontamiento familiar inefectivo relacionado con los cambios de personalidad del paciente, su conducta y un nivel disminuido de funcionamiento.



**Criterio de resultado**

Ayudar a la familia a adaptarse al impacto de los trastornos y a apoyar al paciente a conseguir el máximo de autonomía.

**Intervenciones**

1. Determinar las relaciones y los roles de los miembros de la familia antes del inicio de la enfermedad.

2. Instruir a los miembros de la familia sobre la demencia, incluyendo sus efectos en el paciente y en el sistema familiar.

3. Escuchar de forma empática los miedos y la preocupación de la familia sobre la condición del paciente y ayudarlo a solucionar los problemas.

4. Animar a la familia a visitar e implicarse con el paciente.

5. Animar a los miembros de la familia a buscar soporte para ellos mismos. Sugerirles la asistencia a grupos de soporte apropiados.

6. Animar a la familia a utilizar estrategias de manejo del estrés, como la relajación y cuidados de pausa o tregua.

7. Si el paciente regresa a casa, explicar a la familia lo que suponen los cuidados en casa y proporcionar referencias de los recursos comunitarios, como cuidados de enfermería domiciliarios.

**Diagnóstico de enfermería**

Dificultad para el mantenimiento en el hogar relacionada con la pérdida de juicio, incapacidad para asumir su propia seguridad y un incremento de la dependencia.

**Criterio de resultado**

Ayudar a la familia a adaptarse a los cambios personales y del entorno facilitando los cuidados y favoreciendo al máximo la independencia del paciente.

**Intervenciones**

1. Valorar las capacidades del paciente y el grado de supervisión que necesita.

2. Informar a los miembros de la familia sobre los trastornos del paciente y sobre las técnicas de afrontamiento a los problemas de conducta, como vagabundear, acumular las ilusiones y agitación.

3. Recomendar a la familia modificaciones en el entorno para acomodarlas a las necesidades del paciente como colocar la habitación del paciente en un lugar asequible y sin escaleras.

4. Apoyar a la familia en el cuidado del paciente y animarles a participar en los grupos de soporte de los enfermos de Alzheimer. (Fig. 29)

## ***Desarrollo de los conceptos de salud mental comunitaria***

### **5.1. Naturaleza y objetivo de la salud mental comunitaria**

### **5.2. Higiene mental y factores sociales**

#### **5.1. NATURALEZA Y OBJETIVO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA**

El cambio asistencial de los últimos años ha centrado su discurso en una visión holística de la persona que ha comportado el creciente acercamiento del sistema hospitalario al sistema comunitario. Este proceso parte de la intención conjunta de conseguir para el individuo una continuidad asistencial que le permita la menor rotura biográfica posible.

La salud mental ha seguido ese mismo proceso de forma mucho más radical que en otras disciplinas. El cambio de postura ha significado pasar de una estructura cuya finalidad era apartar y excluir al enfermo mental de la población, a otra en la que se intenta, a partir de los recursos comunitarios, integrarlo y sociabilizarlo.

Para acercarnos al tema de la salud mental comunitaria y entender su naturaleza es importante tener en cuenta y conocer los distintos conceptos y elementos básicos a partir de los cuales se configuran los objetivos e intervenciones. Veamos algunos de los principales:

#### **El individuo como ser social:**

La naturaleza del hombre implica desarrollar una vida social; su supervivencia, evolución y realización pasan por su continua interacción con otros individuos y su entorno, es decir, la Comunidad.

En psiquiatría se observa la inadaptación social del individuo como génesis o consecuencia de un trastorno mental. En cualquiera de los casos, la rehabilitación y la reinserción social de la persona siempre

serán un objetivo prioritario del tratamiento, así como la utilización de los recursos comunitarios.

#### La Comunidad:

Concepto que aglutina a todos los grupos de personas unidas por características afines e intereses comunes. En el caso que nos ocupa, nos referimos a la comunidad social, definida por un vínculo territorial y de convivencia.

Los grupos que la constituyen y le dan estructura y continuidad son: la familia, la escuela, el centro laboral, el centro cívico, cultural, formativo o lúdico, la asociación de vecinos o comerciantes, el centro sanitario, las asociaciones de autoayuda, los centros de rehabilitación o reinserción y las entidades de la administración local, comarcal o autonómica. La mayoría de estos grupos pueden a su vez constituirse como comunidad (comunidad religiosa, escolar, etc.)

La diferencia entre una agrupación de personas y una comunidad es que en ésta última hay un objetivo común, una estructura de interrelación determinada y una forma concreta de comunicarse y funcionar. Estas características son fundamentales en cualquier intervención comunitaria.

#### La familia:

Su definición se hace necesaria por su importancia en la estructura de toda comunidad, ya que se constituye como el primer eslabón, imprescindible para su existencia.

A través de la familia el individuo aprende las normas, los valores y las costumbres de la sociedad, así como los patrones de comportamiento, el desarrollo y equilibrio de la afectividad, de la autonomía y el sentido de la identidad, los hábitos saludables, el estilo de vida, etc. Por todo ello, promover la salud en la familia significa promover la salud en la comunidad. Es más, en

muchas ocasiones, el trastorno de uno de sus miembros es síntoma de una alteración familiar importante y la enfermedad mental severa de un miembro de la familia, si no recibe el debido apoyo, puede potenciar la aparición de trastorno mental en otros miembros de la familia.

Por estas razones es importante que tanto la valoración como en el tratamiento sean extensibles, desde el primer momento, al individuo y al resto de su familia. Es necesario tener una visión amplia de lo que identificamos como grupo familiar, ya que hoy en día es muy habitual encontrar distintos tipos de estructura:

- Familia extensa: conviven más de dos generaciones en el mismo hogar.

- Familia nuclear: formada por una pareja de hombre y mujer e hijo/s. Es importante tener en cuenta si tienen o no parientes próximos en la misma localidad.

- Familia binuclear: constituida por una pareja en la que como mínimo uno de los dos, tras enviudar o divorciarse, vuelve a casarse y conviven en el mismo hogar hijos de distinto progenitor.

- Familia monoparental: constituida sólo por madre o padre y sus hijos/as.

- Equivalentes familiares: individuos que conviven en el mismo hogar de forma estable y que no cumplen con los patrones nombrados; por ejemplo, parejas de homosexuales, comunas, religiosos, etc.

- Personas sin familia: todas las personas que viven solas, por la razón que sea. También en este grupo, es importante tener en cuenta los que tienen parientes próximos en la misma localidad y los que no.

Otro aspecto esencial es la dinámica familiar y su biografía. Debemos fijarnos

en su ciclo vital y los acontecimientos vitales estresantes que la acontecen:

#### Ciclo vital familiar:

1. Etapa de formación del hogar: periodo que comprende desde el matrimonio al nacimiento del primer hijo.

2. Etapa de extensión del hogar: periodo que comprende desde que nace el primer hijo hasta que éste cumple 11 años y nace el último hijo.

3. Etapa de final de la extensión del hogar: periodo comprendido desde que el último hijo cumple once años hasta que un hijo abandona por primera vez el hogar.

4. Etapa de contracción: periodo comprendido desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último de los hijos.

5. Etapa de final de la contracción: periodo que comprende desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge.

6. Etapa de disolución: periodo que comprende desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo, produciéndose la extinción.

#### La emoción expresada (EE):

Es la cantidad y nivel de conductas negativas inducidas en la familia por la presencia de enfermedad y que repercuten en la actitud de ésta respecto al enfermo: conflictos, críticas, sobreprotección del enfermo, aislamiento y sacrificio de la familia, intrusismo en la vida del enfermo, aumento del tiempo e intensidad de la convivencia entre enfermo y familia (acompañar, controlar y vigilar más al enfermo), respuestas y demostraciones emocionales exageradas, hostilidad, etc.

Este concepto fue trabajado por J. Brauw en un estudio que realizó con enfermos esquizofrénicos. Subrayó tres elementos definitorios de E.E.: comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucración emocional. Una de las conclusiones fue que si uno de estos tres elementos aparecía en un solo miembro de la familia, la posibilidad de recaer, antes de los 9 meses, era casi del 50%.

#### La red social y el apoyo social:

La red social se refiere al conjunto de personas con las que un individuo mantiene una interrelación para obtener un apoyo social (ayuda, contención, disfrute, etc.). Se han realizado diversos estudios que demuestran que, por lo general, cuando un individuo tiene un sistema de apoyo social consistente y estable, la vulnerabilidad hacia la enfermedad mental es más baja y las posibilidades de recuperación en caso de trastorno son más altas.

Hay estudios que han comparado las redes sociales de personas con problemas psiquiátricos con las de personas normales y los resultados han demostrado que los primeros tienen redes sociales mucho menores ya sea porque desde su inicio biográfico eran escasas o porque se fueron perdiendo y disipando en el tiempo durante el trastorno.

#### Acontecimientos vitales estresantes o estrés vital:

Son todos aquellos acontecimientos que afectan a la biografía personal y familiar, poniendo en entredicho su equilibrio: enfermedades, muertes, precariedad económica, hogar con un solo progenitor, aislamiento social, dificultades o problemas laborales, etc. T. H. Holmes y R. Rahe realizaron un estudio que dio como resultado la escala de reajuste social. En ella se puntúan con distintos valores los distintos cambios

en la vida que obligan al individuo a readaptarse. El reajuste social se define como la "cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del individuo" y se mide en unidades de cambio vital (UCV). A partir de 150 UCV en el último año puede existir afectación del estado de salud o de la función familiar y entre 200-300 UCV existe un alto riesgo de enfermar. De todas formas, hay que tener en cuenta cómo es vivido ese estrés, ya que solo es negativo y perjudicial cuando los acontecimientos que lo provocan son vividos con agobio y malestar y no cuando hablamos de acontecimientos agradables, esperados y deseados. Caplan, en su desarrollo de la teoría de las crisis, considera que las transiciones de las fases evolutivas del ciclo biopsicosocial (acontecimientos vitales esperados o pro-

gramados) y los acontecimientos vitales imprevistos, que suponen una pérdida o cambio básico (Fig. 30).

Ante una de situación vital estresante, la persona o la familia entra en crisis, pudiéndose alterar los roles y su capacidad de funcionar. Cualquier situación de crisis puede suponer indistintamente una fase de crecimiento personal o un inicio de trastorno psíquico; ello dependerá de elementos psicobiológicos y, en gran medida, de la cantidad y calidad de los recursos propios y de la red social con la que se cuente (toda persona o familia debería contar dentro de su red de apoyo social con el servicio sanitario comunitario como aliado de confianza). Normalmente, tras una fase de adaptación, se puede volver a un sistema personal o familiar equilibrado.

FIGURA 30

Escala de reajuste social

1. Muerte del cónyuge	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
2. Divorcio	73	24. Hijo o hija que deja el hogar	29
3. Separación Matrimonial	65	25. Problemas legales	29
4. Encarcelación	63	26. Logro personal notable	28
5. Muerte de un familiar cercano	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar	26
6. Lesión o enfermedad personal	53	28. Comienzo o fin de escolaridad	26
7. Matrimonio	50	29. Cambio en las condiciones de vida	25
8. Despido del trabajo	47	30. Revisión de hábitos personales	24
9. Paro	47	31. Problemas con el jefe	23
10. Reconciliación matrimonial	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales	20
11. Jubilación	45	33. Cambio de residencia	20
12. Cambio de salud de un familiar	44	34. Cambio de colegio	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo	44	35. Cambio de actividades de ocio	19
14. Embarazo	40	36. Cambio de actividad religiosa	19
15. Dificultades o problemas sexuales	39	37. Cambio de actividades sociales	18
16. Incorporación nuevo miembro a la familia	39	38. Cambio de hábitos de dormir	17
17. Reajuste negocio	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares	16
18. Cambio situación económica	38	40. Cambio de hábitos alimentarios	15
19. Muerte de un amigo íntimo	37	41. Vacaciones	13
20. Cambio en el tipo de trabajo	36	42. Navidades	12
21. Mala relación con el cónyuge	35	43. Leves transgresiones de la ley	11
22. Juicio por crédito o hipoteca	30		



Salud Comunitaria:

En el año 1978, en la conferencia de la OMS celebrada en Alma-Ata, se dio el paso de salud pública a salud comunitaria. Este nuevo concepto tiene que ver, no sólo con el acercamiento de los profesionales a la comunidad, sino con la responsabilidad activa de los ciudadanos en la prevención, conservación, tratamiento y recuperación de la salud. Para ello es preciso que la

comunidad participe en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones para la salud. En 1987 la OMS se reafirma en esta necesidad en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

La intervención comunitaria tiene, como objetivo de trabajo, al individuo como elemento de un grupo y a los grupos como un elemento más allá de la suma de sus miembros. La familia y los distintos grupos sociales son unidades de trabajo con las que podemos incidir en el nivel de salud de la comunidad al elevar el nivel de salud de éstas.

La Salud Mental Comunitaria:

Todas las funciones mentales y aspectos psicológicos son susceptibles de tratamiento desde el momento en el que su alteración provoca una disfunción en la persona modificando su capacidad de interactuar consigo misma y el entorno. Así pues, "la persona mentalmente sana es aquella capaz de amar, establecer objetivos, aprender, regularse y responder a las personas y sucesos del entorno y, por consiguiente, es un sistema abierto con la capacidad de procesar información hacia y desde el ambiente." (Mamar 1983).

Desde el ángulo puramente comunitario, la salud mental sería la capacidad de establecer y mantener relaciones positivas, saludables y constructivas, dentro de un grupo determinado, potenciando su madurez en todos los sentidos (afectividad, autonomía, conocimientos, etc.) y desarrollo vital. Estos aspectos comportan implícitamente la habilidad de resolver problemas, adaptarse a las personas y situaciones, de tolerar la ambigüedad personal y social a la que uno se enfrenta consigo mismo y con los demás, de tolerar la ansiedad y la frustración personal y/o social (la frustración es el grado de discrepancia existente entre el nivel de aspiraciones propias, cómo quiere uno ser y el estatus que desea, y la realidad

de cómo uno es y el nivel socioeconómico-profesional que ocupa).

Así pues, la salud y la enfermedad mental son conceptos que toman sentido y tienen su razón de ser en el marco de una visión holística e integral de la persona como ser social. Esto implica un tipo de tratamiento que pasa de lo individual a lo familiar y social de forma simultánea. También se debe tener en cuenta el aspecto multicausal de estos trastornos (ver cap. 3). Ambos factores configuran un tipo de atención que solo es articulable desde un equipo interdisciplinar.

#### El equipo interdisciplinar:

Es el grupo de trabajo básico para cualquier intervención comunitaria, ya que de forma coordinada es la herramienta profesional capaz de afrontar integralmente la asistencia a la comunidad. Los equipos de salud mental están básicamente integrados por cuidadores psiquiátricos y personal administrativo.

#### Intervenciones y actividades comunitarias para la atención y promoción de la salud mental:

Es importante distinguir dos grandes bloques de intervenciones comunitarias:

##### 1. Intervenciones y actividades organizadas en la comunidad por equipos no sanitarios:

Son aquellas actividades cuya primera finalidad no es la sanitaria, ya que están dirigidas a la consecución de otros objetivos como la educación, la cultura, el tiempo libre, el urbanismo, la política económica, laboral o social, etc., pero su realización influye, en este caso concreto, con la promoción de la salud mental.

Veamos algunos ejemplos: construcción de un centro cívico, creación de plazas de

guardería suficientes y asequibles, políticas de protección y promoción de la maternidad (que repercutiría en una mejora para la salud mental de muchas mujeres y disminuiría los índices de prevalencia de trastornos ansiosodepresivos), políticas laborales que favorecieran a los grupos con mayores dificultades y limitaciones para acceder al mercado laboral y un largo etcétera de medidas y actividades que inciden en la prevalencia y morbilidad de los trastornos mentales.

Ejemplo: Construcción de un centro cívico. La finalidad de esta entidad es la realización de actividades lúdicas, culturales, formativas que indirectamente están promocionando y potenciando aspectos relacionados con la salud mental de la población. Analicemos por grupos de edades que aspectos aportan:

- Grupo de adultos de la tercera edad: potencia el encuentro, la comunicación e interrelación evitando el aislamiento y retraimiento social que se da tan frecuente en la vejez, estimulando a la vez sus capacidades sociales, intelectuales, creativas, psicomotoras y afectivas.

- Grupo de adultos en edad laboral: permite la posibilidad de estructurar y dar contenido a su tiempo libre, estimulando capacidades y relaciones ajenas al contexto laboral con la integración de este grupo en su comunidad, y favorece el crecimiento personal en otros aspectos como la solidaridad, la cultura, etc.

- Grupo de adultos en el paro o cuya actividad es exclusivamente doméstica: disminuye su tendencia al aislamiento, aumenta el sentimiento de apoyo extendiendo su red social y favorece el desarrollo de distintas capacidades.

- Grupo infanto-juvenil: aprende patrones de conducta grupal, valores comunitarios

a la vez que conoce alternativas, ampliando el abanico de posibilidades de cómo disfrutar del tiempo libre, realizando actividades y relaciones no escolares.

- Grupo de personas de todas las edades con trastornos mentales: el centro cívico les puede ofrecer un centro normalizado donde realizar actividades, relacionarse e integrarse, potenciando su red social dentro de su comunidad.

##### 2. Intervenciones y actividades organizadas por equipos sanitarios:

Su primera finalidad es la intervención en salud mental y todos los objetivos van dirigidos a potenciarla y promoverla directamente.

Los dos grandes ejes de dicha intervención son: Los centros de atención primaria de salud (CAPS.), y los centros de salud mental de adultos (CSMA.) e infanto-juvenil (CSMJ.).

Antes de exponer algunos ejemplos sobre la intervención que realizan estos servicios es importante situarlos dentro del contexto sanitario.

#### La salud mental como servicio sanitario:

- Proyecto de la reforma: En el estado español la salud mental comunitaria empezó realmente a tomar forma en el proceso de reforma psiquiátrica basada en el informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica publicada en 1985 por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este informe y el documento de Alma-Ata sentaron las bases para el desarrollo comunitario, ya que promueven la desinstitutionalización del paciente psiquiátrico, su integración en la comunidad y el tratamiento de los pacientes en el menor nivel de especialización posible es decir, despsiquiatrización de la atención.

Este enfoque marcó una nueva política

asistencial y de creación de recursos que inició su camino a principios de los ochenta. En primer lugar se potenció la reforma de la primaria, aún no concluida hoy en día, sectorizando la sanidad y consolidando la estructura de las áreas básicas de salud (ABS) desde los centros de atención primaria de salud (CAPS) que debían convertirse en los ejes para articular la atención sanitaria de los individuos y grupos de la comunidad.

Dentro de esta filosofía integradora una vertiente más a englobar era la atención a la salud mental de la población. A esta intención se sumaba la necesidad de responder a una realidad que mostraba altos índices de morbilidad psiquiátrica, con importantes costes y repercusión personal, familiar y socioeconómica.

Paralelamente, aunque con muchas dificultades y limitaciones, se inicia también la citada reforma psiquiátrica, desarrollando un sistema de servicios desde la propia comunidad que, estrechamente relacionados entre sí, pretendían cubrir las distintas necesidades que acontecen al ciclo vital de la persona, así como al ciclo dinámico de salud-enfermedad con continuidad y coherencia, cubriendo la doble vertiente sanitaria y social, es decir prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción. Esta vez, el eje para articular el despliegue asistencial de la red psiquiátrica fueron los centros de salud mental (CSM), en los que se gestiona la atención comunitaria del paciente.

#### Centro de salud mental infanto juvenil (CSMIJ):

Formado por un equipo multidisciplinar que atiende a la población menor de 18 años. Sus objetivos son: diagnóstico precoz de los trastornos mentales severos (TMS), tratamiento y seguimiento de los pacientes incidiendo de forma prioritaria con la familia y el entorno inmediato del menor, trabajar lo más prematuramente posible su reha-

bilización e inserción para evitar deterioro en la edad adulta, coordinarse y ofrecer apoyo a los servicios de pediatría y a los profesionales que trabajan en el ámbito escolar y educacional, y coordinarse con los servicios de la red psiquiátrica.

**Centro de salud mental de adultos (CSMA):**

Formado por un equipo interdisciplinar que atiende a la población mayor de 18 años afectada de un trastorno mental, priorizando el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de los TMS, así como el apoyo de sus familiares. La rehabilitación y la reinserción es otro objetivo fundamental para conseguir la máxima integración y capacidad de autonomía posible de la persona. Otra de sus funciones es la coordinación con los CAPS, con los objetivos de aportar apoyo formativo, diagnóstico terapéutico y de tratamiento de los trastornos mentales transitorios (TMT), así como promover la prevención y la detección de los TMT, derivación y seguimiento conjunto de sus necesidades de salud.

Paralelamente se desarrollaron otras medidas de acercamiento como:

- La creación de unidades de internación psiquiátrica en los hospitales generales, aunque muchas veces no están en la propia comunidad, sobre todo en zonas rurales, son mucho más cercanas e integradoras que las plazas manicomiales. No olvidemos que esta conversión no fue absoluta y que aún persisten hospitales íntegramente psiquiátricos.

- Las plazas de internación alternativa en la comunidad: comunidad terapéutica.

- Plazas de hospitalización parcial: hospital de día.

- Centros de reinserción social, ocupacional y laboral: centro de día, programa

itínere y talleres, plazas laborables protegidas, etc.

- Alojamiento alternativo a la familia: pisos residenciales, viviendas supervisadas, plazas para reposo o vacaciones de la familia, etc.

**Esquema 1: Elementos comunitarios y servicios para la salud mental**

Realidad de la reforma: Aunque dicho planteamiento fue en general aceptado tanto por las administraciones responsables como por los profesionales, su desarrollo no ha dejado de tropezar con distintas dificultades. Veamos a continuación algunas de ellas:

- A pesar de que a los CAPS y a los CSM los unía un mismo proyecto de desplazar la asistencia del hospital a la comunidad, teniendo en cuenta los criterios de salud pública y partiendo del enfoque holístico e integral, no coincidían en las expectativas de uno y otro servicio. Mientras los CAPS esperaban el desarrollo de los CSM como alivio de la sobrecarga de la problemática psicosocial y como un apoyo para la práctica de la medicina psicosomática, para los CSM la primaria era el servicio donde se atendería a las personas de forma integral, con un modelo psicosocial, dando respuesta a los problemas de salud mental. De esta forma, los especialistas dan un apoyo a la primaria en la orientación y asesoramiento del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales no severos, priorizando su atención sobre los más graves. (M. Hernandez 1997).

- En nuestro país, el servicio sanitario depende de administraciones distintas según las características del gobierno autonómico de que se trate, y ello repercute en diferencias sustanciales de estructura,

forma y contenido de los servicios que configuran el mapa asistencial.

- En general, los responsables de la planificación no han apostado en la primaria por programas concretos ni objetivos específicos y evaluables en salud mental, contrariamente a lo que han propuesto en el resto de especialidades sanitarias en las que han especificado marcadores de tiempo y cantidad para poder evaluar resultados concretos (... en el año 2000 habrá disminuido el 50% de la población afectada de...). Por ahora se han limitado a difundir una serie de indicaciones y recomendaciones generales sin más compromiso que "hay que mejorar...", hay que potenciar...", propuestas de estudios epidemiológicos, etc.". Ello ha originado un desarrollo y resultados muy desiguales dependiendo de las características intrínsecas de los profesionales de los

CAPS y de su relación y coordinación con el CSM. referente.

- La formación en salud mental de la primaria es escasa e incluso en muchos casos ausente, tanto en la formación continuada, como en la de los futuros profesionales. Lo mismo sucede a la inversa con la formación en la asistencia primaria de los profesionales de los CSM.

- En los CAPS, tanto los profesionales como sus respectivos órganos de mando se presentan actitudes muy dispares en cuanto a la aceptación de la responsabilidad en el campo de la salud mental, lo que provoca realidades asistenciales divergentes dentro de un mismo servicio.

- Aunque ha mejorado la capacidad de detectar los problemas de salud mental,



sobre todo los graves, siguen sin ser detectados muchos trastornos psicopatológicamente leves pero con gran repercusión social.

- Otro problema es que, en muchas ocasiones, aún siendo detectados, no se saben orientar, derivar o tratar. Esto comporta para el profesional sentimientos de desbordamiento e impotencia con el consiguiente rechazo del paciente o, en el mejor de los casos, si hay una buena vinculación, se perpetúa una atención inefectiva que termina en frustración con el tiempo.

- La desinstitucionalización no ha venido acompañada del adecuado sistema de apoyo comunitario necesario para la integración de las personas con trastorno mental severo (TMS) en la sociedad ni de recursos de apoyo para las familias que pasaban a ser cuidadores con todas las implicaciones y dificultades que ello comporta.

- Los recursos de la red de salud mental anteriormente citados ofrecen hoy en día un déficit muy importante de plazas o simplemente brillan por su ausencia.

- Por distintas razones los servicios no están orientados a la intervención precoz sino a la respuesta reactiva a la situación de urgencia o de crisis.

- Existe presión social y administrativa sobre los centros comunitarios para que ejerzan un rol de control y vigilancia sobre los enfermos mentales y no de terapéutas.

#### **Programas comunitarios específicos para la atención de los pacientes con trastorno mental severo:**

Es importante destacar que estos programas siguen siendo minoritarios en la mayo-

ría de centros de salud mental de las distintas comunidades autónomas y, además, varios de los programas existentes se encuentran poco desarrollados o son aplicados sólo en parte. Aunque la implantación de estos programas es lenta y desigual según la realidad de cada zona, año tras año va consolidándose en una tendencia creciente dentro del sistema.

#### **Dos de los programas más básicos son:**

- Programa global de atención al paciente TMS atendido ambulatoriamente.
- Programa de seguimiento individualizado del paciente TMS.

#### **Programa global de atención al paciente TMS atendido ambulatoriamente:**

Su objetivo es poder ofrecer una atención y un tratamiento individualizado, continuo y coherente que tiene en cuenta las características intrínsecas de cada una de las personas afectadas. Dicho programa contempla:

- Valoración, planificación y organización del tratamiento a través de un proyecto terapéutico individualizado (PTI).
- Valoración, planificación y organización de la rehabilitación y reinserción social, ocupacional o laboral a través del (PIRR).
- Atención a la URG y a la crisis.
- Control anual individualizado asistencial (CAIA).

El PTI es susceptible de ser realizado por el centro de salud mental (CSM) a todo paciente identificado con un trastorno mental severo (TMS) como herramienta de planificación de la atención que se va a llevar a cabo. Todo proyecto debe de ser propuesto y consensuado conjuntamente por el equipo interdisciplinar responsable y, si es posible, con el paciente y la familia.

El PTI será el documento que recoja: un registro que describa la situación actual y cambios o acontecimientos importantes desde la última evaluación realizada del paciente a nivel psicopatológico, grado de capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria y nivel de apoyo y relación social. Para ello se utilizarán distintas escalas de valoración que permitan evaluar la trayectoria del paciente. Otros apartados deberán reflejar el profesional de referencia y los profesionales que intervienen en su tratamiento. La estrategia de intervención que se haya determinado tras analizar y priorizar las necesidades del paciente y su núcleo sociofamiliar. Para que ello se lleve a cabo se marcarán unos objetivos asistenciales concretos y evaluables. Se establecerá la periodicidad mínima de las visitas individuales y familiares, anotando el profesional que va a realizarlo, juntamente con la intervención grupal que se crea apropiada (grupo psicossocial, grupo de habilidades en autocuidado y sociales, grupo de relajación para pacientes TMS, grupo psicoterapéutico para pacientes TMS, grupo psicoeducativo, grupo multifamiliar, etc.). Por otro lado, se tendrán en cuenta todos los servicios asistenciales que sean precisos (centro de día, hospital de día, etc.), así como los recursos propios del paciente y todos los dispositivos comunitarios "normalizados". Dicha evaluación deberá realizarse como mínimo una vez al año, o cuando sea preciso por un cambio importante de la situación, revisando el grado de consecución de los objetivos propuestos.

La función principal del profesional de referencia será la responsabilidad del seguimiento y vinculación a las diferentes estrategias y objetivos marcados en el PTI, a la vez que será el puente de enlace entre el paciente, el equipo y la familia. Generalmente el profesional de enfermería realiza este rol de coordinación.

Los objetivos generales del PTI son:

- Obtener una mejora sintomática del proceso patológico.
- Trabajar la conciencia de enfermedad y la de los conflictos existentes.
- Aumentar la autonomía personal.
- Favorecer la integración familiar y social.
- Conseguir la satisfacción del usuario y la familia.

Cuando el abordaje del paciente pase por otros dispositivos asistenciales, el PTI deberá ser consensuado y evaluado por los referentes del paciente de los distintos equipamientos.

El PIRR es el proyecto individualizado de rehabilitación y reinserción. Sus objetivos esenciales son:

- Rehabilitación de las habilidades y actividades de la vida diaria.
- Rehabilitación y reinserción de la red social del individuo.
- Rehabilitación y reinserción ocupacional o laboral de la persona.  
(ver más extensamente en cap. 6)

#### **Atención a la URG y a la crisis:**

Sin entrar ahora en el concepto de ambos términos ya desarrollados en el cap. 7 de este libro, se debe remarcar la gran importancia que en esos momentos tiene una correcta y constante coordinación de los servicios para que las actuaciones a realizar sean lo más encauzadoras posibles. Para ello, el CSM, como referente y conocedor del trayecto del paciente, tiene el rol de director de orquesta, ya que es quien posee una visión global y no parcializada del momento.

- CAIA es el control anual individualizado asistencial. Es un registro de seguimiento mensual que refleja la utilización de los recursos por el paciente y su familia dentro

de la red asistencial. Ello permite en cualquier momento y a primera vista que los profesionales del CSM se sitúen en el trayecto asistencial de las visitas realizadas en el propio servicio, (la participación en otros servicios, URG o ingresos en otros recursos).

**Esquema 2: Hoja anual de control del trayecto asistencial del paciente TMS**

Esta hoja consta de dos partes: un encabezamiento que recoge datos de filiación, diagnóstico, profesionales referentes del CSM, ABS, etc. Y una segunda parte que refleja las visitas, participación en grupos, periodo de asistencia a otros recursos, etc.

**Plan de servicios individualizado (PSI):**

Es un proceso activo de gestión de los pacientes TMS en la comunidad (programa "case management" A. Fernández 1995). El objetivo principal es movilizar y adaptar los servicios sanitarios, rehabilitadores y sociales que sean precisos para cubrir las necesidades concretas de cada paciente velando por el desarrollo y cumplimiento del PTI, consolidando así la continuidad y coherencia asistencial. El objetivo final, siempre que sea posible, será que el paciente se incorpore al programa global de TMS del CSM (Fig. 31).

La población diana de este programa sería aquella que corre el riesgo de quedarse fuera del sistema con el consiguiente

FIGURA 31

Encabezamiento ficha

Año	Enfer.	T. Socia	Psicólogo	Grupos	Familia	C. Día	H. Día	Comunit	U. Subag	U. Agudo	Urg. CSM	Otras U	Otros
Ene													
Feb													
Mar													
Abr													
May													
Jun													
Jul													
Ago													
Sep													
Oct													
Nov													
Dic													



deterioro y peor pronóstico en la evolución de su enfermedad y aquellos pacientes desconocidos o conocidos del CSM, desvinculados o de difícil vinculación, bien sea por falta de conciencia de enfermedad, por su escasa capacidad o disposición de pedir ayuda acercándose a los servicios adecuados, por ausencia de familia o por situación de sobrecarga de ésta. También serán susceptibles de ser incluidos aquellos pacientes que, aún estando vinculados, requieren con demasiada frecuencia atención urgente, tres o más hospitalizaciones en un periodo de dos años o menos, o que por su situación de inestabilidad no puede iniciarse un proceso rehabilitador de reinserción.

El coordinador de proyectos individuali-

zados (CPI) es el profesional encargado del PSI y su marco diario habitual de actuación e intervención es el medio natural donde interacciona el paciente (domicilio, calle y servicios que lo atienden). El CSM será el punto de reunión y planificación básica del trabajo a desarrollar por el equipo de CPI del sector. Las funciones del CPI son:

- Mantener una relación terapéutica continua y cercana con el paciente y su familia en su medio natural, manteniendo así su vinculación con el sistema.
- Ayudar al paciente y familia a utilizar un sistema complejo y fragmentado proporcionando apoyo y sistemas de seguimiento.
- Velar por la implicación y cumplimien-

to del paciente y la familia en el proceso de tratamiento y recuperación.

- Asegurar que las decisiones tomadas sean llevadas a cabo por todos los servicios implicados.

- Gestionar los servicios implicados facilitando y coordinando los cambios e intervenciones.

**Objetivos de la enfermería en salud mental / comunitaria**

La salud mental comunitaria al igual que cualquier otra intervención comunitaria

tiene como objetivo proteger, fomentar, promover y restaurar la salud en la comunidad y en este caso, la salud mental, a través de un conjunto de actividades desde y para la comunidad de una zona concreta.

Los objetivos de la enfermería en salud mental son:

- Objetivos específicos derivados de todas las funciones que enmarcan el rol de enfermería dentro de la salud mental (ver tomo 1, cap. 3).

- Objetivos específicos derivados de programas concretos (PTI, PSI, etc.)



**Objetivos generales:**

- Ayudar a los individuos, familias y grupos a identificar, clarificar y comprender sus problemas y/o necesidades, concretar sus demandas y formular peticiones reales y adecuadas.

- Enseñar y hacer que los pacientes y/o familiares sean responsables de su propia salud, de la de su familia y comunidad.

- Valorar la capacidad del enfermo y/o familia de participar en la planificación y tratamiento.

- Potenciar sus propios recursos y habilidades para que desarrollen y opten por una solución tomando decisiones activamente.

- Una vez tomada una opción apoyar para que vivan de acuerdo con ella.

- Facilitar la información y educación precisa para ello.

- Facilitar el acceso a los recursos apropiados.

- Ofrecer soporte, apoyo y escucha.

- Detectar cambios sociales y ambientes productores de enfermedad mental.

- Intervenir y educar para la prevención en salud mental. (ver cap.6)

- Velar por la calidad de vida del paciente y su familia.

- Favorecer la rehabilitación y reinserción social y laboral de los pacientes y familiares.

**Objetivos más específicos de la enfermera en el CAP:**

- Detectar los posibles problemas de

salud mental, tanto en la demanda explícita como en la implícita o sumergida en otras demandas de tipo fisiológico.

- Facilitar la entrada en el sistema de salud mental a los pacientes TMS que están fuera de la red y hacer de puente entre ésta y aquellos que no quieran acceder pero consienten tratamiento y apoyo a través de la primaria.

- Intervenir y apoyar especialmente los trastornos mentales no severos como población diana específica de los CAPS.

**Objetivos más específicos de la enfermera en el CSM:**

- Mantener la alerta sobre los factores de riesgo desencadenantes de situaciones de crisis o urgencias para evitar que estas tengan lugar y, en caso de que aparezcan, poder actuar lo más prematuramente posible para evitar la internación hospitalaria, que provoca el desplazamiento del paciente de su hábitat y puntos de referencia cotidianos.

- Si no fuera posible evitar la internación, favorecer que sea lo más breve posible.

- Coordinarse de forma fluida con los profesionales de salud primaria, de las unidades de URG y unidades de agudos para conseguir una actitud homogénea hacia el paciente TMS.

- Intervenir y apoyar especialmente a los pacientes con trastorno mental severo y a sus familias como población diana del CSM.

**5.2. HIGIENE MENTAL Y FACTORES SOCIALES**

La higiene mental es un término que hace

FIGURA 32

Examen del estado mental

Qué se puede solicitar a la persona	Qué indican estas pruebas	Qué se puede solicitar a la persona	Qué indican estas pruebas
Indicar la fecha y el lugar donde se encuentra y dar el nombre de ciertas personas.	Orientación en el tiempo, lugar y conocimiento de personas.	Ejecutar una orden sencilla que implique 3 partes diferentes del cuerpo y que requiera distinguir derecha de izquierda (como "coloque su pulgar derecho sobre su oreja izquierda y saque la lengua").	Capacidad de seguir órdenes sencillas.
Repetir una lista corta de objetos.	Concentración.		
Recordar 3 cosas no relacionadas entre sí al cabo de 3 a 5 minutos.	Memoria inmediata.		
Describir un acontecimiento que ocurrió uno o dos días antes.	Memoria reciente.	Dar el nombre de objetos simples y de partes del cuerpo y leer, escribir y repetir ciertas frases.	Función del lenguaje.
Describir acontecimientos de un pasado distante.	Memoria remota.	Identificar objetos pequeños con la mano y números escritos en la palma de la mano, y diferenciar uno de otro, tocándolos en uno o dos puntos (por ejemplo, en la palma de la mano y en los dedos, y dibujar un reloj, un cuho o una casa.	Cómo procesa el cerebro la información procedente de los órganos sensoriales.
Interpretar un refrán (como "cuando el río suena, piedras lleva) o explicar una analogía (por ejemplo, "por qué el cerebro es similar a una computadora").	Pensamiento abstracto.		Capacidad para realizar una acción.
Describir sentimientos y opiniones acerca de la enfermedad.	Interiorización de la enfermedad.	Cepillarse los dientes o sacar una cerilla de una caja y encenderla.	Capacidad para las matemáticas.
Dar los nombres de los últimos 5 presidentes y de la capital de la provincia.	Contenido del pensamiento.	Hacer una operación aritmética.	
Describir cómo se siente la persona en este día y habitualmente en otros días.	Estado de ánimo.		

referencia a un conjunto de actitudes y formas de actuar, que fomentan y dan lugar a vivencias mentalmente saludables que evitan en lo posible la aparición de condiciones patógenas que estimulan la enfermedad o el trastorno mental. Estamos evidentemente hablando de todos aquellos factores con los que definíamos la salud mental (ver tomo 1, cap. 3): Capacidad de expresar sentimientos, asertividad, control de la ansiedad y la angustia, capacidad de adaptación, capacidad de tolerancia, etc. Es decir, el aprendizaje para conseguir sentimientos realizados, satisfechos, estables y ubicados en nuestra sociedad. Esta tarea de socialización tropieza con dos grandes dificultades; por un lado las propias de todo proceso de madurez y, por otro, el gran dinamismo de la sociedad actual que provoca que en cada nueva generación aparezcan nuevos patrones y situaciones a las que adaptarse y en las que no sirven las formas de afrontamiento que fueron eficaces o factibles anteriormente. No estoy señalando con ello que la experiencia no sea un valor recomendado y una buena fuente de aprendizaje, pero lo cierto es que vivimos un fenómeno histórico que ha dejado atrás aquella época en la que uno podía nacer y morir en una realidad social, laboral y cultural estática. Hoy en día la realidad está expuesta a continuos cambios y descubrimientos que posicionan al individuo en una situación habitual de reciclaje y puesta al día.

Vemos algunos de los aspectos socio-culturales que en la actualidad son factores o situaciones de riesgo para la aparición de trastornos mentales y ante los que tanto los profesionales de la salud mental, como de la enseñanza, políticos y agentes lúdicos, tienen que ser capaces de ofrecer una solución imaginativa y saludable:

- Es un hecho que las etapas del ciclo evolutivo, a excepción de la infancia, han ampliado y retardado la franja de edad que definía cada uno de los periodos (adoles-

cencia, juventud, adulto, vejez). Las razones más directas de este cambio tienen en sí mucho que ver con la mejora económica que permite a los padres sostener el núcleo familiar sin aportación económica de los hijos y además sufragarles los estudios y actividades culturales y lúdicas. Por otro lado, la relación entre padres e hijos se ha hecho mucho más cercana apareciendo mayor espacio común de encuentro y mayor abanico de aspectos a compartir. También existe un aumento de la tolerancia y permisividad de los progenitores, facilitando el margen de libertad de jóvenes y adolescentes y se debe tener en cuenta el nivel de comodidad y de consumo de tan difícil renuncia. La prolongación de los estudios y la múltiple formación complementaria a realizar para llegar a ser competitivo y su coste económico, todo ello junto con la dificultad de acceder a un puesto laboral que permita hacer frente a todas las necesidades básicas, manteniendo la misma calidad de vida y comodidad, lleva a situar la edad de independizarse en torno a los 30 años, con todos los cambios que ello supone en la evolución familiar y personal.

- El aumento general del nivel de vida ha provocado que la distancia entre el querer tener algo y obtenerlo haya disminuido, tanto en las posibilidades de hacerlo real como en el tiempo y esfuerzo a realizar para conseguirlo. Ello ha potenciado situaciones y sentimientos de infravaloración e insatisfacción de lo conseguido, favoreciendo una cultura de usar y tirar que se extiende más allá de lo puramente material. A la vez, esta capacidad de consumir con facilidad casi todo, provoca que la novedad sea cada vez más difícil, la atención por ella dure menos y el aburrimiento llegue antes. Por ello, y aunque el razonamiento pueda parecer de entrada algo simplista, se tiende a buscar fórmulas que aporten sensaciones nuevas de forma rápida y contundente, como, por ejemplo, las



actividades de alto riesgo o el consumo de sustancias tóxicas.

- En contraposición a los valores católico-conservadores sostenidos durante la dictadura en la que se abanderaron máximas como la culpa y el castigo como motores pedagógicos, este mundo es un mar de lágrimas, hay que resignarse, hemos venido a sufrir, primero los demás y luego tú, la diversión es un lujo, tolerar y aguantar como acto de penitencia, juntos hasta la muerte pase lo que pase, sea la pareja como sea, y un largo etcétera, ahora se responde con una cultura de intolerancia a la tristeza y al dolor, escasa o nula tolerancia a la frustración, las culpas siempre están en los demás o en las situaciones ajenas a nuestros comportamientos, la convivencia rápidamente llega a límites que no se pueden tolerar porque no hay razón por la que aguantar casi nada, son cuatro días o sea que diviértete, tú primero y que cada uno aguante su vela, vive y deja vivir, y otro largo etcétera. Esta nueva cultura, de no sufrimiento, hace del individuo un ser frágil, ya que no se le educa en su crecimiento a afrontar las adversidades, potenciando así su vulnerabilidad.

- Otro aspecto importante es la escasez y precariedad laboral y profesional: el paro juvenil, el paro de la población despedida en la franja de edad entre 45-60 años, la superespecialización de los puestos de trabajo, la desaparición de la formación práctica de muchos oficios, (el concepto de "aprendiz") daba a muchos jóvenes una opción a no estudiar), la potenciación de una universidad masificada y en muchos casos de poca calidad, etc. La elección de una profesión que comportará años de estudio a una edad en la que aún no hay capacidad para hacer un proyecto de vida.

- La introducción de la mujer en el mundo laboral y todos los cambios que ello

ha supuesto en el seno de las familias y de la sociedad. El fracaso de la familia nuclear independiente y autosuficiente como modelo de estructura de convivencia, de educación y formación de los individuos, de afrontamiento y contención de la enfermedad y la vejez, etc.

- El fenómeno de la hipercomunicación a todos los niveles que contrasta con las grandes dificultades que siente el individuo para contactar y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y un nivel de comunicación con contenido.

Todos estos aspectos, junto con otros muchos que podríamos ir anotando, reflejan un estado social que experimenta en sí mismo el proceso de adaptación a los cambios de su propia estructura. El individuo aparece como un ser frágil con pocos puntos de referencia estables con los que proyectarse ante una sociedad que propone y crea muchas expectativas para las cuales no ha elaborado estructuras adecuadas que la sustenten.

- 6.1. Conceptos básicos
- 6.2. Prevención primaria en salud mental
- 6.3. Prevención secundaria en salud mental
- 6.4. Prevención terciaria en salud mental

### 6.1. CONCEPTOS BÁSICOS

Diversos estudios epidemiológicos han concluido que el índice de prevalencia de los trastornos mentales en la población general está en torno al 25%. En los centros de atención primaria de salud (CAPS) el volumen de pacientes con algún trastorno de salud mental se estima cerca del 40% y, si nos fijamos en el grupo de pacientes habituales de los CAPS, la cifra aumenta hasta un 68%.

Dichas cifras nos indican la verdadera importancia y dimensión del problema, a la vez que justifican sobradamente el desarrollo de programas preventivos en salud mental.

Desgraciadamente hoy en día la atención curativa o reparadora sigue absorbiendo la disponibilidad de los equipos. Cada vez se introducen más programas preventivos en el ámbito comunitario, pero es una realidad que la mayoría de ellos no sólo no

tienen como finalidad la salud mental sino que ni siquiera la contemplan como parte de sus objetivos.

Partimos del presupuesto de que la función y el objetivo de un sistema sanitario desarrollado no tiene como único propósito garantizar el derecho del individuo a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino que su gran prioridad es procurar que no enferme, mantenga un óptimo estado de salud, físico y mental y, en caso de enfermar, disponer de las medidas necesarias para evitar un deterioro de la persona y apoyar de inmediato la posible rehabilitación y reinserción. Por ello, es de esperar que en los próximos años las políticas sanitarias dirijan sus esfuerzos en esta línea.

Este propósito es lo que llamaríamos intervención preventiva. Así pues, por prevención entendemos el "conjunto de medidas encaminadas a evitar, en el individuo, la familia y la comunidad, la aparición,

desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo y promoviendo la salud, así como limitando las invalideces que estas enfermedades puedan ocasionar" (J.L. Cabrero 1996).

Distinguimos tres niveles de prevención con intervenciones diferenciadas:

- Prevención Primaria: Su objetivo es disminuir la incidencia de un trastorno, es decir, impedir o reducir su aparición en la comunidad.

- Prevención Secundaria: Su objetivo es disminuir la prevalencia de los trastornos en cuanto a número de casos existentes en la población, así como disminuir su duración.

- Prevención Terciaria: Su objetivo es reducir el deterioro o las secuelas que puedan derivar del trastorno (Fig. 32).

En cualquiera de estos niveles el objetivo final será potenciar el grado óptimo de salud del individuo, grupo o comunidad en función de sus características intrínsecas. Según estas características, se concretará quién y cómo se debe intervenir desde el equipo interdisciplinar, así como qué servicios comunitarios deberán motivarse, para que se involucren en el proceso, con el fin de conseguir los objetivos planificados.

Aunque en el ámbito teórico diferenciamos dos tipos de intervenciones, las curativas y las preventivas, en la práctica asistencial se solapan continuamente, y son complementarias. En ocasiones, incluso puede suceder que un acto curativo sea a la vez preventivo.

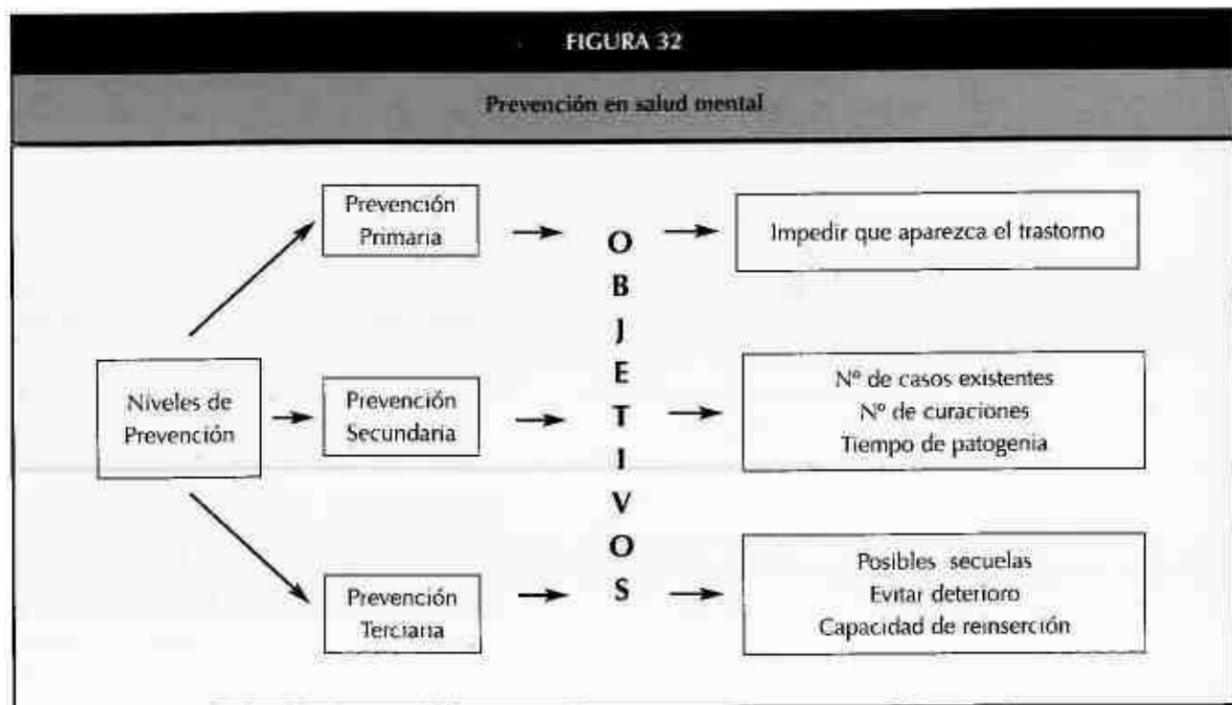
Por ejemplo: Un individuo acude de URG, a su centro de atención primaria de salud, presentando una sintomatología que el médico diagnostica de crisis de ansiedad

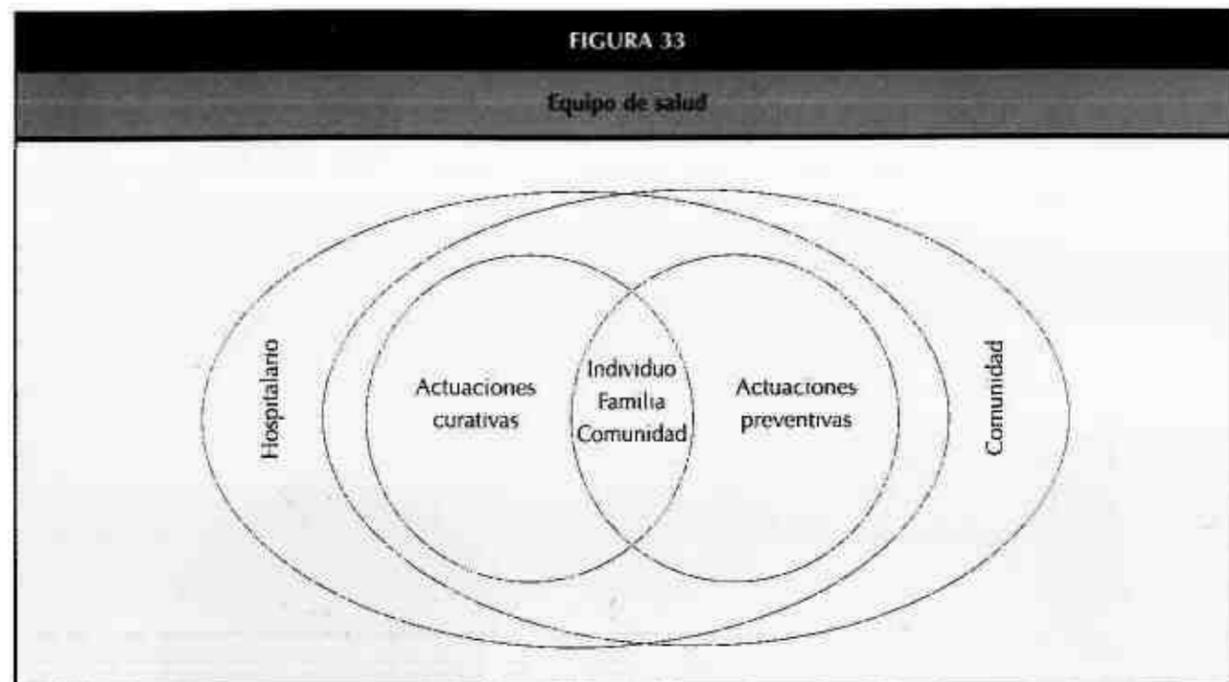
(acto curativo). A continuación le administran una dosis de medicación adecuada para que ceda el cuadro (acto curativo). En el momento que la persona se estabiliza, el médico se interesa por sus características psicosociales para hacer una primera valo-

ración de la situación vital de él y la familia (acto preventivo). Al finalizar la entrevista, concluye que no hay especialmente una situación aguda grave que haya desencadenado la crisis pero detecta unos rasgos caracteriales con poca tolerancia a la frus-

FIGURA 32

Prevención en salud mental





tración y escasa capacidad de afrontamiento que ya en otras ocasiones habían puesto en evidencia su fragilidad aunque, hasta el momento, nunca había llegado a desarrollar propiamente una crisis ansiosa. Informa al paciente del diagnóstico, pauta un ansiolítico cada 8h. (acto curativo, "cura el síntoma" y acto preventivo, intenta evitar una nueva recaída y agravación del cuadro) y deriva a enfermería para seguimiento y control en 48 h. La enfermera valorará la evolución y si ha presentado algún efecto secundario a la medicación. También revisará si el paciente comprende lo que le ha sucedido y lo educará en las herramientas necesarias para su control: conocimiento y utilización de la medicación, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas, técnicas de asertividad y potenciación de su capacidad de insight (estas actuaciones pueden realizarse de forma

individual o grupal). Todas estas intervenciones son curativas porque son resolutivas de una afectación y preventivas porque son medidas destinadas a resolver lo antes posible el trastorno, evitar su cronicidad, paliar sus consecuencias y permitir lo antes posible una óptima reinserción sociolaboral del individuo. Por otro lado, a través del paciente, se valorará el estado de la familia, por si pudiera haber otro miembro en situación de fragilidad que pudiera desarrollar un cuadro similar u otro susceptible de tratamiento, con la intención de intervenir preventivamente.

Al trabajar todos estos aspectos pueden aparecer situaciones que valoremos adecuadas de ser tratadas por otros profesionales (psicólogo, trabajador social, educador social, etc.). La enfermera se encargará de su derivación y de la coordinación necesaria para facilitar la continuidad asistencial.

Resumiendo, profilaxis de la enfermedad, promoción de la salud, tratamientos y terapias, medidas y actuaciones para evitar la cronicidad y evitar el empeoramiento de los trastornos consiguiendo una pronta reinserción es, todo ello en conjunto, competencia de la red psiquiátrica, tanto hospitalaria como comunitaria. Para conseguir todos estos aspectos es necesaria una política que evite la fragmentación y dispersión de los servicios de la red de salud mental y que asegure su dotación adecuada para la formación de un conjunto asistencial coherente y en continua interacción (Fig. 33).

Como hemos podido ver a través del ejemplo expuesto, la enfermera desde su rol de cuidadora y promotora del autocuidado se convierte en el agente de salud óptimo para el desarrollo de programas preventivos, tanto desde la atención primaria como desde los centros especializados. Desdichadamente, aunque la enfermería ha desarrollado diversos programas preventivos (diabetes, HTA, obesidad, higiene dental, vacunaciones, enfermedades infecciosas -HIV, HB, HC, las infecciosas conocidas como de transmisión sexual, etc.), la salud mental sigue siendo la asignatura pendiente

te como también sucede con otros profesionales de la salud (ver capítulo anterior). En la atención primaria la enfermería sigue mostrándose muy insegura y recelosa de intervenir en el campo de la salud mental aunque cada vez existen más iniciativas.

La carencia de formación y el desconocimiento de las funciones que la enfermería debe y puede desarrollar en este campo, así como la carencia de un modelo de intervención del resto de profesionales del equipo y de sus funciones en este terreno, se erigen como las grandes barreras inhibitorias.

Otros obstáculos son: por un lado, la pretensión curativa (entendida como resolución, eliminación del trastorno), muy difícil y lejana en muchas ocasiones cuando tratamos aspectos mentales, lo que provoca desesperanza en el profesional y sensación de que es muy difícil o imposible resolver nada; por otro lado, el deseo de poder intervenir con la aplicación de protocolos estándar; y por último, el miedo de abrir la caja de Pandora y no saber luego qué hacer con ello, provocando quizás, un empeoramiento en el paciente.

Para poder superar estos obstáculos y empezar a desarrollar una labor preventiva

**FIGURA 34**  
Los Estadios de Cambio

Estadio de cambio	Hay noción de conflicto	Hay motivo para el cambio	Hay disposición para el cambio
Precontemplación	NO	NO	NO
Contemplación	SI	NO	NO
Preparación	SI	SI	NO
Acción	SI	SI	SI
Mantenimiento	SI	SI*	SI

\* (Motivación a no recaer)



en salud mental es necesario una buena formación que incluya, no solo el conocimiento de la patología a prevenir y su tratamiento, sino también el conjunto de estrategias básicas a utilizar para incidir sobre el individuo, familia o comunidad. Veamos algunas de ellas:

#### Los Estadios de Cambio:

Antes de planificar o iniciar cualquier tipo de intervención es muy importante que tengamos en cuenta el momento en el que se encuentra la persona, familia o comunidad respecto a un problema concreto, es

decir, capacidad de percibir el problema o conflicto y capacidad de resolución o disposición de cambio. Para ello puede ayudarnos el modelo de estadios de cambio de Prochaska que, a través de un test estructurado en 18 ítems intenta situarnos en "el nivel de disposición al cambio de la conducta patológica que el paciente trae a la consulta y la motivación que tiene para realizar dicho cambio de conducta". Aunque el esquema está pensado para un individuo, la reflexión de este modelo es válida para la familia o comunidad. (Fig. 34)

Si el objetivo final es conseguir un cambio en el individuo, familia o comunidad, es

imprescindible que se encuentren como mínimo en un estadio de preparación al cambio. Si no es así, seguramente la intervención fracasará. Para que ello no suceda deberemos trabajar en primer lugar los estadios previos.

#### Educación sanitaria:

Conjunto de métodos destinados a educar la salud de los individuos, grupos o comunidad con el objetivo de modificar los conocimientos y actitudes que permitan un cambio de comportamiento y por lo tanto de hábitos y estilo de vida en pro de un estado más saludable.

La transmisión, corrección o promoción de conocimientos e información será una de las actividades a trabajar en todo acto educativo. Por ello es importante tener muy en cuenta los métodos pedagógicos que vayan a ser empleados para que lo que se comunique pueda ser fácilmente captado y asimilado.

La educación como herramienta para promover la salud no pretende simplemente depositar información, sino que su intención es provocar un aprendizaje activo y dinámico que aporte algún cambio. Por este motivo tan importante será cuidar cómo se transmite la información, como la evaluación de lo que se consigue.

Hemos visto que la educación sanitaria es un aspecto clave en la prevención comunitaria y, aunque puede y debe utilizarse en la asistencia individualizada, los logros son mucho más significativos a nivel grupal por la movilización interna que provoca la interacción de los miembros en un grupo. No nos referimos a grupos en los que se realiza una exposición magistral de información (hoy en día en desuso por su escasa eficacia.), sino a grupos psicoeducativos.

#### Objetivos del grupo psicoeducativo:

- Aportar información comprensible y de forma participativa acerca de la enferme-

dad y de los aspectos de vulnerabilidad bio-psico-social.

- Enseñar a identificar síntomas, signos, factores de alerta y de riesgo.

- Crear en el grupo una atmósfera de alianza y entendimiento entre usuarios, familiares o ambos, y los profesionales, con el fin de facilitar la consecución de los objetivos terapéuticos y favorecer la extensión de la red social de apoyo.

- Aclarar la utilización de la medicación y sus efectos secundarios.

- Conocimiento de lo que pueden aportar los fármacos dentro de un tratamiento global.

- Trabajar la comprensión y habilidades de afrontamiento de la ansiedad y del estrés ambiental que provoca la enfermedad.

- Promover la superación del aislamiento y el estigma que provoca la enfermedad mental en pacientes y familiares.

Otras formas de trabajar la difusión de la educación sanitaria son las utilizadas en otros campos de la salud (minusvalías físicas, enfermedades de contagio sexual, toxicomanías, tabaquismo, etc.) como la divulgación en los ABS a través de folletos informativos (como las realizadas para vacunación, HTA, diabetes, etc.) o la utilización de los medios de comunicación (prensa, radio y TV). Estas medidas ayudarían a normalizar y a socializar el trastorno mental.

#### El consejo terapéutico o *counselling*:

Es una actividad cuyo objetivo es aportar al individuo elementos de clarificación y de guía que le permitan un manejo más adecuado y adaptado a sus problemas. Este proceso no consiste en aconsejar sobre lo

que debe o no debe hacer la persona, sino en catalizar la búsqueda de las propias soluciones, potenciando sus capacidades y desarrollando patrones de conducta más adaptados, involucrándola en una participación activa.

#### El "apoyo" como estrategia de la prevención:

El objetivo de esta estrategia es aumentar la red social del individuo. Por esta razón no estamos hablando de una reacción esporádica y espontánea del momento, promovida por un sentimiento de simpatía, comprensión o buena voluntad, sino que, como propone Vázquez-Barquero (1998), debe ser una estrategia dirigida a conseguir:

- Apoyo sustitutivo, compensando deficiencias del psiquismo individual y/o deficiencias de la red de apoyo social.

- Apoyo generador del nivel de autonomía, su intensidad debe estar delimitada por las necesidades del momento y las posibilidades de madurez del individuo para no crear situaciones de dependencia.

- Apoyo con relación a la promoción y refuerzo de las redes naturales de apoyo del paciente.

#### Técnicas básicas de psicoterapias especializadas:

(Terapia psicoanalítica, terapia cognitiva, terapia conductual, terapia sistémica, terapia humanista-existencial, etc.): Utilización de las distintas técnicas y procedimientos básicos que sirven de herramientas para el desarrollo de procesos terapéuticos especializados como, por ejemplo, trabajar la toma de conciencia de los sentimientos y el organismo, relajación, control de los estímulos, autocontrol, toma de conciencia de los sistemas de defensa, técnica de las dos

sillas, "role playing", modelado, entrenamiento asertivo, resolución de problemas, carta de despedida, entrenamiento de habilidades de las actividades de vida diaria, habilidades de afrontamiento, entrevista circular, análisis genograma, etc.

Por último, antes de adentrarnos en el análisis más específico de cada uno de los niveles preventivos y exponer algunas de las posibles intervenciones a realizar, es importante subrayar que el profesional sanitario, aunque sea el promotor y coordinador, debe tener muy en cuenta cuál va a ser el ámbito más favorable para su realización y quién podrá ser el ejecutor o transmisor más adecuado según las circunstancias, para conseguir el objetivo propuesto. Ello significa que las intervenciones no pueden ser exclusivamente sanitarias y que deben incluir a las entidades y a los grupos comunitarios involucrados en la población (escuelas, asociaciones, iglesias, gobiernos locales, etc.) y, evidentemente, a la familia y a las personas más significativas en la vida del individuo, actuando siempre preferentemente desde su terreno, la comunidad.

## 6.2. PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

### Definición y conceptos básicos:

La prevención primaria es el nivel de intervención orientado a disminuir la incidencia, es decir, la proporción de casos nuevos de un determinado trastorno mental en un periodo de tiempo determinado, influyendo sobre los factores de riesgo antes de que tengan ocasión de producir enfermedad (G. Caplan 1985). Es decir, conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de que aparezca una enfermedad.

Para lograr dicho objetivo es imprescindible hacer un acercamiento a la etiología

para saber qué factores causan directamente el trastorno o contribuyen a su aparición y, consecuentemente, actuar sobre ellos para eliminarlos o minimizar sus efectos. Otra actuación es identificar y trabajar sobre la población más susceptible para hacerla menos vulnerable a dichos factores. Por último, otro aspecto a trabajar es la detección y potenciación de los aspectos positivos y generadores de salud presentes en el grupo o comunidad, ya que para conseguir que una intervención preventiva sea eficaz, tan importante será poder identificar los factores de riesgo como las razones de salud, que son el verdadero motor de la prevención.

Una de las dificultades en los programas preventivos en salud mental es precisamente ese estudio etiológico. La psiquiatría ha sido la rama de la medicina que de forma más tardía ha unificado unos criterios diagnósticos y, aunque en los últimos años ha avanzado de forma importante en ese terreno, aún hoy posee lagunas en cuanto a criterios etiológicos claros y vinculantes a un determinado trastorno mental (ver tomo 1, capítulo 3). Ello ha provocado un tipo de programas, basados en general en objetivos ambiguos y proposiciones poco operativas que, sumados a la escasa investigación sistematizada existente, ha puesto a veces en entredicho su validez y objetividad.

Esta vaguedad en los planteamientos y la falta de una amplia base científica hacen necesario un modelo que parta de lo que sí sabemos para que, de una forma sistemática, se puedan ordenar las ideas y marcar objetivos claros y definidos.

Jenkins (1992), en un trabajo sobre la prevención de la depresión y la ansiedad utilizó la clasificación del modelo tradicional explicativo del origen y mantenimiento de la enfermedad mental para estructurar las distintas actuaciones preventivas. Dicho modelo clasifica los factores etiológicos en: predisponentes, precipitadores y contenedores o de protección y en cada uno de

ellos distingue los aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

- Factores predisponentes: factores biológicos, psicológicos o sociales que incrementan la vulnerabilidad de la persona para el desarrollo de los trastornos mentales.

- Factores precipitadores: factores que actúan sobre un contexto y un momento concreto de un individuo con una base predisponente determinada y hacen que surja un trastorno mental.

- Factores contenedores o de protección: factores que hacen menos vulnerable al individuo frente al trastorno mental.

A partir de este esquema se definiría un grupo de alto riesgo para el que se establecerían actuaciones preventivas dirigidas a inducir cambios en cada uno de los factores definidos.

G. Caplan (1985) había planteado con anterioridad un modelo conceptual basado en la "provisión de aportes" con el que explica las necesidades básicas para el correcto desarrollo de la personalidad. Así pues, considera que, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos "aportes" adecuados a cada una de las etapas de crecimiento y desarrollo evolutivo.

Clasifica estos aportes en tres categorías: físicos, psicosociales y socioculturales. La carencia de alguno de ellos aumenta la vulnerabilidad del individuo disminuyendo su resistencia a las tensiones que provoca su continua adaptación.

### Aportes físicos:

La alimentación, la estimulación sensorial, el ejercicio físico, la vivienda, factores necesarios para el crecimiento y desarrollo corporal, para el mantenimiento de la salud

y protección del daño físico antes y después del nacimiento.

**Aportes psicosociales:**

- Estimulación del desarrollo intelectual y afectivo.

- Satisfacción de las necesidades interpersonales: Se experimentan en relación a personas significativas que son focos de continuas vinculaciones emocionales, necesidades de intercambio de amor y afecto, necesidad de limitación y control, necesidad de participación en la actividad colectiva (grado de apoyo e independencia con el que se emprende una tarea).

La resistencia al trastorno mental depende de la continuidad y la salud de estas relaciones. Existen posibilidades de trastornos cuando el individuo no dispone de las personas significativas (en la familia, en la escuela, en el lugar de trabajo o en los grupos comunitarios), cuando las personas de las que dispone no le respetan o las utilizan simplemente para la satisfacción de sus necesidades, cuando la relación con las personas se ve interrumpida por la enfermedad, la muerte, la partida o la desilusión.

**Aportes socioculturales:**

Tienen que ver con elementos socioculturales (costumbres, valores culturales y estructura social) que influyen en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad. El individuo como ser social es influido, no determinado, en sus actitudes y autoestima por lo que su entorno espera de él. El individuo debe aprender a manejarse con las reglas que rigen la estructura de la sociedad y, si lo consigue, podrá alcanzar recompensas y seguridad externa que repercutirán en la seguridad interna y la autoestima.

- Las oportunidades para un correcto desarrollo dependen de lo "saludable" que sea la familia y el grupo social al que perte-

nezca la persona. Por "saludable" no me refiero al nivel económico sino a la estabilidad en las relaciones y la coherencia en la estructura social. A más estabilidad emocional, más oportunidades de disponer de habilidades (capacidad de percepción de la realidad, mayor número y calidad de herramientas para resolver problemas, orientarse y recibir apoyo ante las dificultades de la vida).

Otro modelo conceptual que aporta G. Caplan (1985) a partir de los trabajos de Lindeman y de Ericsson, es el esquema conceptual de crisis. Define como crisis una alteración psicológica aguda que en principio no es un trastorno mental, sino que es un estado que resulta de la lucha por lograr el ajuste y la adaptación a un problema derivado de una situación nueva que el individuo no puede manejar rápidamente con los mecanismos de superación y defensa que ya posee. Toda crisis puede suponer crecimiento personal o inicio de trastorno mental. G. Caplan distingue dos tipos de crisis:

**Crisis accidentales (acontecimientos vitales imprevistos):**

Pérdida o amenaza súbita de aportes básicos para la persona, muerte o enfermedad grave de una persona significativa, pérdida de empleo, amenaza a la integridad corporal, cambio de situación o función social y/o afectiva, situaciones que afectan a la autoestima, etc.

**Crisis evolutivas (acontecimientos vitales programados):**

Crisis del desarrollo a lo largo del ciclo vital y crisis situacionales externas al individuo. Estas crisis tienen que ver con todas las etapas evolutivas de crecimiento (infancia, adolescencia, juventud, edad adulta, vejez) y con todas las situaciones programadas relacionadas con el ciclo vital (esco-

larización, proyección profesional, laboral, pareja, matrimonio, hijos, jubilación, etc.). Ello nos orienta en cuanto a las poblaciones con riesgo especial y situaciones de alto riesgo.

Las crisis desembocan en un estado de "riesgo", ya que son un punto decisivo en la vida del individuo. La resolución de esta situación de desequilibrio dependerá de la reacción de reajuste que el individuo haga y que en buena parte estará sujeta a la capacidad de respuesta que tenga a partir de las habilidades innatas o adquiridas de las que disponga para una adaptación flexible al cambio, así como de lo extensa que

sea su red social y el apoyo que de ella perciba. A este conjunto de elementos se le llama vulnerabilidad.

La aparición de una enfermedad mental estaría relacionada con una serie de factores y su suma determinaría la mayor o menor vulnerabilidad de la persona. Estos factores pueden ser de distinta naturaleza y actuarían como desencadenantes, haciendo más probable la aparición de un episodio psicopatológico.

Anotemos algunos de ellos: fisiológicos, genéticos, familiares (pérdida parenteral por fallecimiento o separación, falta de cuidados, abusos infantiles, etc.), de relación social (disfunción en la relación de pareja, en la relación padres e hijos, escasa red social), sociales (desempleo, malas condiciones de vivienda, barrio con servicios deficientes, etc.), de personalidad (neurosis, baja autoestima, etc.). Contrariamente, también podemos encontrarnos con una serie de factores que actuarían como amortiguadores de los sucesos vitales, constituyéndose como protectores de la enfermedad mental: soporte y apoyo familiar, extensa red social, satisfacción y estabilidad laboral, etc. El nivel de vulnerabilidad mental de una persona puede detectarse mayoritariamente a partir de las crisis o transiciones psicosociales. Por esta razón, en estos momentos, es cuando especialmente los agentes de salud comunitarios deben estar alerta y percibir las necesidades que se derivan de una crisis, asegurando la correcta provisión de aportes básicos adecuados para ayudar a enfrentarse al cambio constructivamente, interviniendo antes de que las carencias importantes tengan tiempo de desorganizar la adaptación.

**Propuestas de prevención primaria en salud mental:**

Una vez más la agrupación, en este caso por etapas del ciclo evolutivo, es una sim-



ple herramienta de exposición, ya que en realidad puede darse simultáneamente en una misma familia o grupo más de una situación de transición psicosocial sobre la que deba intervenir.

**Programas prenatales con actividades cuyos objetivos tengan como finalidad:**

- Evitar posibles trastornos, malformaciones del futuro bebé por estilo de vida y hábitos no saludables por parte de la gestante, como pueden ser trastornos emocionales, hábitos nutricionales, consumo de fármacos, alcohol u otras drogas, tabaquismo, etc.

- Formar a los futuros padres con relación a las actitudes hacia el bebé, comunicación, formas de afrontar y dar respuesta a los problemas y temores más comunes de educación, lactancia, nutrición y cuidados en general, hábitos de salud, ansiedad que despiertan las enfermedades infantiles más comunes, toma de conciencia de las necesidades psicológicas del niño y crear una atmósfera sana para el desarrollo correcto del mismo. Se aconseja organizar grupos psicoeducativos en los cursos de parto.

- Apoyar a nivel familiar en la fase de adaptación postnatal a través de las visitas programadas de control del bebé que se realizan en los EAP de pediatría (equipos de atención primaria) y observar el estado emocional de la madre consigo misma y de su relación con el hijo y la pareja.

- Establecer políticas de protección a la maternidad, facilidades laborales, guarderías asequibles.

- Hacer un seguimiento de los embarazos no deseados en general, que van a ser llevados a cabo y especialmente los de adolescentes (< 18 años) por el elevado riesgo de fragilidad psicosocial. Este seguimiento

debe ser cercano durante la gestación y postparto, para reforzar apoyo familiar y social. En las adolescentes se debe trabajar la reflexión de la responsabilidad que comporta la llegada de un hijo en un momento vital en el que la mujer generalmente aún está por desarrollar los aspectos laborales, económicos, profesionales y de madurez personal que le permitan hacerse cargo de su autonomía e independencia fuera del núcleo familiar. En estos casos, se debe tener en cuenta la reacción de la familia e incluirla en el proceso.



**Programas en la etapa infantil con objetivos dirigidos a:**

- Formar a los padres: ampliar y retomar la información señalada en la etapa prenatal adecuándola a la etapa que corresponda. Se aconseja un grupo psicoeducativo en el ABS, guardería o colegio.

- Apoyar la reorganización familiar y la reincorporación de la mujer al trabajo con guarderías, escolarización, tratar la relación con otros hermanos (celos), la relación con la pareja. Introducir estos aspectos en las visitas de control o en las producidas por alguna demanda de salud.

- Cuidar el desarrollo evolutivo del niño y la capacidad de autonomía adecuada a la edad, potenciar la relación del juego y del trabajo en grupo, la autoestima y la seguridad, etc. Intervención realizada por los educadores, observación de los profesionales de la salud.

- Apoyo y seguimiento de niños que han sufrido la pérdida de un progenitor, hermano etc., que viven un proceso de separación de los padres, que uno o ambos progenitores padecen patología psiquiátrica, que viven en el hogar una situación de enfermedad grave. Intervienen educadores y profesionales de la salud.

**Programas en la etapa adolescente-juventud cuyos contenidos tengan como finalidad:**

- Formar a los padres en los aspectos característicos de esta etapa como: cambio e inestabilidad física o psicosocial del adolescente, nueva relación y tipo de comunicación que se establece, necesidad que dicha relación establezca límites claros sin que sea impermeable ni rígida, permitir las épocas de dudas y discernimientos del adolescente en tema de estudios y proyección

laboral, aprender a opinar sin juzgar o sentenciar ciertas actitudes, amistades, etc. Se aconsejan grupos psicoeducativos desde la escuela dirigidos por educadores y profesionales de la salud.

- Crear debate, reflexión y formación entre los adolescentes en todos aquellos aspectos que conciernen a esta etapa de crecimiento:

a) Relación y grado de satisfacción con la familia, amigos y sociedad.

b) Objetivos personales con relación a los estudios, actividades, trabajo, familia, ideales e ilusiones.

c) Aspectos psicológicos: capacidad de adaptación personal, autoestima, valoración de la imagen, vivencias y necesidades afectivas, necesidad de identidad y reafirmación ante los adultos, control de la agresividad, sentimiento de rebeldía, de no ser entendido.

d) La sexualidad: educación sexual, la identidad sexual y el enamoramiento.

e) Identificación y concienciación de los riesgos que suelen vivirse en esta etapa: deportes, vehículos, dietas, experimentación y consumo de drogas, alcohol, fármacos, tabaquismo, ambientes violentos, etc.

Se aconsejan grupos psicoeducativos y seminarios dirigidos por educadores y/o profesionales de la salud desde la escuela, instituto y universidad.

- Promoción y difusión del conocimiento de las enfermedades mentales con seminarios y charlas para alumnos y padres desde la escuela, instituto y universidad realizados por profesionales de la salud.

- Apoyo y seguimiento del duelo por pérdida de un familiar o ser querido, por proceso de separación de los padres, por vivencia de enfermedad grave en la familia, etc., desde el ABS y centro de enseñanza.

- Apoyo y seguimiento de adolescentes con patología psiquiátrica en los padres desde el ABS en coordinación con los centros de enseñanza.

**Programas de la edad adulta y vejez orientados a:**

- Potenciar el uso eficaz de los servicios sanitarios desde los propios servicios y a través de los medios de comunicación.

- Promover la protección de la salud; adquisición de hábitos y estilos de vida mentalmente saludables. Introducir en las

visitas del individuo y la familia con el EAPS jornadas o charlas en las distintas asociaciones lúdico-culturales-religiosas de la comunidad.

- Concienciar de la responsabilidad de los individuos y grupos sobre los comportamientos y actitudes que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud psíquica.

- Incidir en políticas de dirección y supervisión laboral con el objetivo de que contemplen dentro de la prevención de riesgos laborales la salud mental: actitudes del personal directivo, horarios, organiza-



ción del trabajo, falta de reconocimiento del trabajo realizado, ausencia de motivaciones positivas, etc., producen tensión, ansiedad, angustia favoreciendo la aparición de procesos psicopatológicos.

- Atender y seguir situaciones psicosociales: ruptura matrimonial, paro laboral o pérdida de trabajo, situaciones de emigración, pérdida de un familiar o ser querido, nacimiento de un hijo con serias deficiencias físicas o psíquicas, etc.

- Atender pacientes con pérdida de funciones psicofísicas importantes crónicas y de los familiares que actúan como cuidadores: cuidar el proceso de duelo que conllevan estas situaciones tanto para el enfermo como para la familia, acompañar y ayudar en la adaptación de la nueva situación con entrevistas familiares, un grupo de apoyo a los familiares cuidadores, un grupo de apoyo para los enfermos, etc., y con ABS, PADES, y sus grupos de ayuda mutua y asociaciones de enfermedades crónicas.

- Apoyar y cuidar al paciente terminal y su familia: acompañamiento, contención y elaboración del duelo y sufrimiento del paciente y familia. Detectar miembros de la familia más frágiles. Facilitar los continuos cuidados necesarios por la pérdida de autonomía personal a corto plazo. Tras fallecimiento, facilitar la vivencia y expresión de tristeza, irritabilidad, culpa... Reorientar los intereses emocionales hacia nuevas relaciones y adaptarse a una nueva situación de vida sin la persona fallecida. La ayuda se proporciona desde ABS, PADES y las unidades de hospitalización.

- Procesos de jubilación: apoyar la reestructuración del tiempo, las nuevas actividades y responsabilidades, sentimiento de ser útil, autoestima, las relaciones fuera del círculo de los compañeros del trabajo, reencuentro con la pareja y reconstrucción

de la red social desde el ABS, centros cívicos y asociaciones.

- Perder el ambiente del hogar propio al ingresar en una residencia o tener que ir a vivir a casa de los hijos u otros parientes. La ayuda se proporciona desde ABS, PADES y residencias.

**6.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA EN SALUD MENTAL**

**Concepto y propuestas de intervención:**

Su objetivo es disminuir la prevalencia (nº de casos) en la comunidad de un trastorno mental en un periodo de tiempo determinado.

En salud mental, el esfuerzo terapéutico que conlleva la recuperación depende muy directamente del tiempo de evolución del trastorno. Por ello, un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento serán claves para un buen pronóstico y una disminución del riesgo de recaídas o agravamiento. Consecuentemente, la prevención secundaria dirigirá sus actuaciones a promover programas basados en tres líneas de objetivos:

1. Detección por parte del propio afectado o de las personas de su entorno de los síntomas y signos identificativos de un posible trastorno psicopatológico; conocimiento de los síntomas y signos precursoros de una recaída o crisis; información de cómo acceder a la ayuda profesional.

**Actividades:**

- Grupos psicoeducativos con pacientes y/o familiares con el objetivo de potenciar la conciencia de enfermedad, el correcto cumplimiento del tratamiento en toda su globalidad, aclarar dudas, prevenir una recaída o poder reconocerla cuando aparece prestando atención a los signos y sínto-

mas propios, etc., informar de la red de atención psiquiátrica de la zona. Están especialmente indicados en trastornos depresivos y trastornos esquizofrénicos. La actividad básicamente se desarrolla desde los CSM, aunque podría desarrollarse desde los ABS; por ejemplo, un grupo psicoeducativo de trastornos depresivos leves.

- Grupos de relajación con el objetivo de trabajar el trastorno de ansiedad y angustia a partir del aprendizaje de técnicas de auto-control y relajación, conocimiento del trastorno, sus síntomas y signos, cómo afrontar una crisis, etc. La actividad se desarrolla desde los ABS y el CSM.

- Articular y facilitar la entrada de los servicios sanitarios tanto de la asistencia primaria como de la especializada. Aunque en los últimos años se ha producido un aumento de la tendencia a contactar con un profesional y pedir ayuda psicológica-psiquiátrica, persiste aún un porcentaje muy alto, un 46% de los probables casos psiquiátricos existentes en la comunidad, que no llegan a contactar con los servicios médicos, según un estudio de Vázquez-Barquero y otros.

2. Detección a través de diagnóstico precoz por parte del EAP de salud, de los agentes sanitarios laborales y de los equipos educativos de la enseñanza:

- Cribaje o "screening" con el objetivo de detectar signos objetivos de trastorno mental. En los screening positivos habrá que realizar la valoración necesaria para confirmar o descartar el diagnóstico. Lo deseable sería que estos screening se realizaran a la población en general a través de las revisiones de salud escolar, de las revisiones de empresa y del protocolo de entrevista preventiva que realizan algunas enfermeras en los CAPS. Actualmente esta estrategia es prácticamente inexistente.

- Programas específicos en la etapa infantil-adolescente de detección precoz de dificultades de aprendizaje, temores profundos o excesivos, inmotivados aparentemente, aislamiento, conductas obsesivo-compulsivas, reacción de ansiedad o angustia excesiva cuando se produce un cambio mínimo de la rutina habitual, conductas de autoagresividad persistente, procesos de depresión, procesos psicóticos, etc.

- El 50% de los enfermos adultos con problemas psiquiátricos que establecen contacto con la atención primaria no son correctamente identificados. S. Pini y M. Tansella creen que ello viene producido por tres tipos de dificultades:

a) Las relacionadas con la propia enfermedad y características del paciente: ausencia de conciencia de enfermedad o de dificultades, presencia de otras patologías orgánicas y dificultades de diagnóstico, especialmente cuando el trastorno psiquiátrico va unido a somatizaciones.

b) Las relacionadas con las características del profesional de los EAPS (ver también cap. 5): deficiente formación en salud mental, escasos conocimientos de psicopatología y de sus tratamientos así como de los aspectos psicosociales (la familia, su estado vital, situación social, etc.), aspectos relacionados con las creencias, valores, actitudes y coordinación distante con los especialistas de los CSM.

c) Las relacionadas con los servicios sanitarios: cupos altos de población, pocos minutos por visita, listas de espera para acceder a los especialistas y no dotación de los equipos para desarrollo de programas preventivos en la comunidad.

3. Tratamientos inmediatos y adecuados a cada trastorno:

- Atención inmediata a las situaciones de crisis tanto de un primer episodio como por una descompensación psicopatológica.

- Atención inmediata a situaciones especiales secundarias a actos de violación, de malos tratos físicos y/o psíquicos, etc.

- Dotar a los servicios de urgencia de formación y medios para la atención de los problemas de salud mental en la comunidad. Potenciar una correcta derivación de los pacientes atendidos en los CAPS o CSM, así como una coordinación fluida entre los servicios y unificación de los criterios de actuación.

- Tratamientos multidisciplinarios que atiendan al paciente de forma integral.

- Tratamientos globales del trastorno. Por ejemplo, los problemas somáticos (eccemas, asma, trastornos gastrointestinales, etc.), no deben tratarse aisladamente como problemas físicos, sino como respuestas a un trastorno de ansiedad desencadenado por situaciones psicosociales (problemas familiares, conyugales, laborales, etc.) o consecuencia de otros trastornos psicopatológicos.

#### 6.4. PREVENCIÓN TERCIARIA EN SALUD MENTAL

##### Concepto y propuestas de intervención:

La prevención terciaria es el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas producidas por un trastorno mental severo (TMS) y paliar o, si es posible, eliminar, la incapacidad que pueda haber originado. La herramienta de trabajo es la rehabilitación y su objetivo es conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria, así como el mayor nivel de reinserción tanto social y comunitaria como ocupacional y laboral. Su objetivo final será modificar los aspectos psicosociales disfuncionales que interfieren en la calidad de vida de la persona.

Las intervenciones dirigidas a la rehabili-

tación deben iniciarse lo más prematuramente posible y nunca situarlas como actuaciones a realizar en la fase de finalización del tratamiento; la rehabilitación debe realizarse paralelamente al tratamiento. La persona afectada de un TMS precisará de una atención prolongada y de niveles de intervención distintos según el momento (ambulatorio, servicio de agudos, subagudos, hospital de día, etc.). Será imprescindible que todos los servicios estén implicados en el trabajo de rehabilitación y no se aisle, como si se tratara de una intervención exclusiva, de los centros de rehabilitación.

El trabajo con la familia será un aspecto fundamental, ya que es la estructura básica que permite mantener al enfermo en la comunidad siendo su principal núcleo de apoyo y de influencia y motivación. Por esta razón hay que cuidar muy especialmente las expectativas que puedan crearse las personas significativas de su entorno, bien por negar las dificultades y querer proyectar en el afectado metas que sobrepasan en esos momentos a sus capacidades, o bien porque sus prejuicios sociales a la enfermedad mental inhiben al paciente y dificultan su reinserción.

La mejor reinserción del paciente en la familia y en la sociedad es evitar la separación. Así pues, es muy importante que si el paciente requiere algún tipo de ingreso en un centro hospitalario, sea lo más breve posible. Para conseguir que el alta se realice con la mayor brevedad será preciso:

- Que el alta sea realizada con una correcta coordinación entre los profesionales para que no se produzca una ruptura en la continuidad de cuidados.

- Que la derivación haya sido trabajada convenientemente, cuidando la vinculación del paciente y la familia al CSM. Ello puede realizarse efectuando la acogida del CSM en la propia unidad de hospitalización.

- Que los servicios comunitarios estén suficientemente dotados para atender al paciente con inmediatez, con la suficiente intensidad en las etapas de crisis o de resolución y readaptación y que dispongan de servicio de atención a domicilio.

- Que la familia pueda recibir el apoyo y la ayuda necesaria, ya que la sobrecarga de estrés emocional puede repercutir no sólo en las recaídas del paciente sino en la salud mental de otros miembros de la familia.

Si la no segregación del paciente de la comunidad es una de las bazas importantes para la rehabilitación y la reinserción, otra clave fundamental es la continuidad de cuidados entre los distintos servicios de la red comunitaria articulados a partir del PTI o del PSI (ver cap. 5), así como la unificación de un Proyecto Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR).

El centro de día se configura como el servicio responsable de elaborar el PIRR de los pacientes con TMS, en una estrecha coordinación con el CSM y la participación de todos aquellos recursos comunitarios que se precisen.

El PIRR es un instrumento dinámico, flexible, revisable y evaluable en un periodo de tiempo preestablecido que permite al equipo de profesionales marcarse unos objetivos y definir intervenciones personalizadas. El proceso de intervención del PIRR consta de varias fases (ver 1999 documento Servei Català de la Salut):

- Derivación del paciente desde el CSM (coordinación centro de día-CSM).
- Valoración y diagnóstico psicosocial.
- Elaboración del PIRR.
- Propuesta del PIRR y compromiso con el paciente y a la familia.
- Revisiones periódicas del PIRR a través de entrevistas individuales y familiares, coordinación con otros equipos y supervisión del caso.



- Reformulaciones periódicas del PIRR.

Objetivos del PIRR (a trabajar desde el servicio que sea más adecuado). En general podríamos dividir en tres grandes bloques los objetivos que contempla el PIRR:

- Rehabilitación de las habilidades y actividades de la vida diaria: trabajar la autonomía en el cuidado de las necesidades básicas (higiene, vestido, alimentación, cuidado de la salud, etc.), autonomía y tolerancia de las actividades sociales (cumplir horarios, desplazarse de un lugar a otro, cumplir con los compromisos adquiridos como una entrevista, una visita, etc.), autonomía en las actividades del hogar (organización doméstica, económica, etc.). Estos objetivos se deben trabajar desde las visitas individuales y familiares, a través de grupos de

autocuidado y de habilidades de la vida diaria y sociales, desde cualquiera de las actividades en las que participen.

- Rehabilitación-reinserción de la red social: crear, mantener o ampliar la red social de la persona al aumentar su capacidad de relación y de utilización de los recursos comunitarios (grupos psicosociales, centro de día, profesionales que le atienden, cualquier actividad en la que participe). Se debe aumentar la participación y sensibilización de la comunidad y de los distintos recursos comunitarios en el proceso de reinserción y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

- Rehabilitación y reinserción ocupacional o laboral: promover y potenciar actividades lúdicas, formativas o laborales, ya que han dejado de formar parte de las actividades del individuo debido al proceso patológico. En caso de que aún existan, deberán aportar el soporte y orientación necesaria para mantenerlas.

Aunque las intervenciones a nivel de prevención secundaria y terciaria en estos últimos años hayan sido insuficientes, cada vez existen más experiencias. Sin embargo, aún debemos desarrollar e implantar programas de salud mental en la prevención primaria. Históricamente siempre han quedado en la cola las intervenciones destinadas a evitar la aparición de las enfermedades tomando protagonismo aquellas destinadas a curar o paliar. Una vez más, así ha sucedido con la psiquiatría, en la que las actuaciones dirigidas a la prevención primaria son realmente escasas, tendiéndose a actuar cuando ya aparecen los primeros problemas. La enfermería tiene ante sí un gran reto a afrontar, especialmente con el desarrollo de intervenciones para la prevención primaria. Espero que la lectura de las propuestas expuestas en este capítulo haya provocado que más de una enfermera se

vea a sí misma realizándolas, éstas u otras que haya podido imaginar. Esperemos que en estos próximos años se impulse la presentación de programas específicos a la administración para que ésta potencie su realización.

- 7.1. Introducción
- 7.2. Antipsicóticos
- 7.3. Clasificación química de los antipsicóticos
- 7.4. Fármacos antidepresivos

- 7.5. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
- 7.6. Efectos adversos
- 7.7. Efectos secundarios

### 7.1. INTRODUCCIÓN

El punto de partida de la psicofarmacología moderna se establece cuando, en 1952, Delay y Deniker comunican los resultados de la clorpromacina como antipsicótico, mostrando desde su inicio una mayor eficacia que los barbitúricos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos. En ese mismo año, meses después, se aísla la reserpina (producto activo de la rauwolfia serpentina). A partir de 1959 se introdujeron las butirofenonas y los tioxantenos.

El iminodibencilo, compuesto del que deriva la imipramina, fue sintetizado a finales del siglo pasado. En 1950, al descubrirse la actividad antipsicótica de las fenotiazidas, los derivados del iminodibencilo salieron de nuevo a la luz. Kuhn, durante sus investigaciones clínicas con imipramina, observó que no era eficaz para la agita-

ción, pero vio que disminuían los síntomas depresivos en algunos pacientes. En 1957 publicó un estudio en el que demostró la eficacia de la imipramina sobre depresiones endógenas típicas.

La introducción de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) surgió al observar que la iproniazida provocaba euforia, aumento de apetito y aumento de iniciativa en pacientes tuberculosos. Estos compuestos se probaron en pacientes deprimidos y en 1957 fue comunicada su eficacia como antidepresivo por Kline, Loomer y Crane. En 1959, West y Dally señalaron la especial indicación de la iproniazida en depresiones atípicas.

Posteriormente, tanto en el campo de los antipsicóticos como en el de los antidepresivos, se han sintetizado diferentes sustancias, fenotiacinas y otros compuestos antipsicóticos con la finalidad de reducir los

efectos adversos, especialmente los neurológicos y, a su vez, mantener o mejorar la eficacia antipsicótica (clozapina, risperidona, olanzapina, etc.).

Los nuevos fármacos antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), aunque no han demostrado una eficacia superior a los antidepresivos clásicos, presentan menos efectos secundarios.

**7.2. ANTIPSICÓTICOS**

**Características farmacológicas de los antipsicóticos**

- No es necesario llegar al efecto sedativo para obtener la eficacia terapéutica.
- Mejoran los clásicos trastornos perceptuales y cognoscitivos de la esquizofrenia.
- No tienen efectos de tolerancia ni dependencia, aunque con el tiempo se desarrolla cierta tolerancia a los efectos secundarios.
- El margen de seguridad entre dosis terapéuticas y letales es muy amplio.
- Descienden el umbral convulsivo.

Los antipsicóticos también han sido conocidos como tranquilizantes mayores, lo que favorece la interpretación errónea de tomar la sedación como el principal efecto clínico de estos psicofármacos, además de confundirlos con los tranquilizantes menores, tipo benzodiazepinas.

**7.3. CLASIFICACIÓN QUÍMICA DE LOS ANTIPSICÓTICOS**

- Fenotiacinas*  
Alifáticas: Levomepromacina, clorpromacina, trifluorpromacina.
- Piperacínicas: Flufenacina, perfenacina, tioproperacina, trifluorperacina.
- Piperidínica: Tioridacina, pipotiacina, properacina.

*Tioxantenos*  
Flupentixol, tiotixeno, zuclopentixol.

*Butirofenonas*  
Haloperidol, trifluoperidol.

*Difenilbutilpiperidinas*  
Pimocida.

*Análogos de la fenotiacinas*  
Dibenzoadiacepinas: Clozapina.  
Dibenzoxacepinas: Loxapina, clotiapina.  
Dienobenzodiazepinas: Olanzapina.

*Benzamidas sustituidas*  
Sulpiride. Tiapride, amisulpiride.

*Derivados del benzisoxazol*  
Risperidona.

*Alcaloides de la rauwolfia*  
Reserpina.



FIGURA 35

Efectos adversos

<b>Neurológicos</b>	Distonía aguda. Acatisia. Parkinsonismo. Temblores periorales (síndrome del conejo). Acinesia. Discinesia tardía.	<b>Endocrinos</b>	Hiperprolactinemia. Amenorrea. Ginecomastia. Galactorrea.
<b>Gastrointestinales</b>	Sequedad de boca. Sialorrea. Trastornos de la motilidad esofágica. Constipación. Íleo paralítico.	<b>Sexuales</b>	Trastornos de la eyaculación y/o erección. Pérdida de la libido. Frigidez.
<b>Urológicos</b>	Retención urinaria. Tenesmo. Disuria. Folaquuria.	<b>Dermatológicos</b>	Dermatitis alérgica. Dermatosis por contacto. Fotosensibilidad. Urticaria. Decoloración de la piel. Exantemas maculopapulares.
<b>Hepáticos</b>	Colestasis intrahepática (ictencia). Hepatotoxicidad (clorpromacina).	<b>Oculares</b>	Visión borrosa. Queratopatías. Cataratas estrelladas y planas (clorpromacina). Retinopatía pigmentaria (tioridacina). Empeoramiento del glaucoma.
<b>Cardiovasculares</b>	Taquicardia. Hipotensión. Cambios ECG. Arritmias (tioridacina).	<b>S.N.C.</b>	Astenia. Sedación. Sommolencia. Disminución del umbral convulsivo. Delirium. Hipotermia.
<b>Hematológicos</b>	Leucocitosis. Eosinofilia. Aplasia medular. Trombocitopenia. Agranulocitosis (clozapina).	<b>Otros</b>	Síndrome neuroléptico maligno.

**Consideraciones de enfermería**

- Los antipsicóticos por vía oral tienen un pico plasmático de 2-4 horas y la absorción puede modificarse por la ingesta de café, té, anticolinérgicos y antiácidos.

- La absorción por vía intramuscular es más rápida, 10-30 minutos. Si se precisa un efecto inmediato se recomienda el músculo deltoides por su irrigación 3 veces superior a la musculatura glútea.
- El tiempo de eliminación del fármaco au-

menta con la ingesta de café, té, anticolinérgicos y antiácidos, así como con la edad del individuo, con lo que aumenta el riesgo de acumulación del fármaco (Figs. 35, 36, 37).

**Fenotiacinas y Tioxantenos**

- Tienen en común un núcleo aromático tricíclico.

FIGURA 36

**Yatrogenia neurológica**

Reacción	Síntomas	Factores de riesgo
<b>Distonía aguda</b>	Espasmo muscular de lengua, cara y cuello. Crisis oculóginas. Espasmo laríngeo.	Frecuencia: 10%. Varones jóvenes en la 1ª semana de tratamiento.
<b>Parkinsonismo</b>	Rigidez muscular. Máscara facial. Bradicinesia. Temblor. Marcha arrastrada.	Frecuencia: 20%. Mujeres de edad mediana. Primeros 30 días de tratamiento.
<b>Acásticas</b>	Quejas subjetivas de inquietud de permanecer quieto. No ansiedad. No agitación.	Frecuencia: 20%. Mujeres mayores de 50 años. Tratamiento prolongado, superior a 6 meses.
<b>Discinesia tardía</b>	Movimientos coreográficos de cabeza (síndrome bucolinguomasticatorio), tronco (mayor % en jóvenes), y porción distal extremidades.	
<b>Síndrome neuroléptico maligno</b>	Hipertermia. Disfunción automática. Taquicardia. Hipertensión. Diaforesis. Incontinencia. Síntomas extrapiramidales (rigidez, distonía, acinesia...). Leucocitosis. Elevación CPK sérica, enzimas hepáticas y de la mioglobulinemia. Insuficiencia renal.	15-25% de mortalidad si no es tratado.

FIGURA 37

**Dosis iniciales y de mantenimiento por vía oral**

Antipsicótico	Fase aguda (mg/día)	Mantenimiento (mg/día)
Clorpromacina	300-1500	50-400
Levomepromacina	200-1500	50-400
Tioridacina	300-600	50-300
Trifluoperacina	15-50	4-15
Perfenacina	16-72	8-24
Flufenacina	10-30	3-8
Tiotixeno	10-100	6-20
Zuclopentixol	20-60	15-50
Haloperidol	10-80	3-8
Pimocide	5-15	1-5
Clozapina	300-600	50-150
Clotiapina	120-320	20-60
Loxapina	60-250	20-125
Amisulpiride	600-800	400-600
Risperidona	6-15	3-6
Olanzapina	12,5-17,5	5-15

- Producen potentes acciones sedantes y antipsicóticas.

**Consideraciones de la enfermería:**

Numerosos efectos secundarios como somnolencia, apatía, vértigos, síndrome maligno, acatisia, hipotensión, taquicardia, congestión nasal, inhibición de la eyaculación, visión borrosa, sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, ictericia, hipotensión ortostática, reacciones de fotosensibilización, dermatitis de contacto, prurito y urticaria.

**Butirofenonas**

- El haloperidol, hasta la aparición de los

antipsicóticos atípicos, era el fármaco más utilizado.

- Es un antipsicótico incisivo que posee una intensa acción antialucinatoria, anti-mañaca, antiemética, pero con frecuentes manifestaciones extrapiramidales.

- Consideraciones de la enfermería: acatisia, discinesia tardía, somnolencia, síndrome maligno, trastornos gastrointestinales, alopecia, retención urinaria y galactorrea.

**Dibenzodiazepinas**

- La clotiapina es una sustancia con intenso efecto sedante utilizado en la esquizofrenia, accesos delirantes, fases maníacas y cuadros de agitación psicomotriz.

- Consideraciones de la enfermería: aten-

ción a la sequedad de boca, trastornos de la acomodación, hipotensión ortostática, hipertermia, taquicardia, aumento de la salivación, rigidez, constipación y sedación.

**Derivados del Benzisoxazol**

- La risperidona es un fármaco antagonista de los receptores D2 y 5HT2, ampliamente utilizado en cuadros psicóticos con predominancia de sintomatología negativa
- Consideraciones de la enfermería: entre los efectos secundarios de los antipsicóticos cabe señalar la posible aparición de mareos, sedación o insomnio, agitación, aumento de la ansiedad, alteraciones del ECG con prolongación del intervalo QT, erupciones, fotosensibilización, dolor abdominal, aumento de peso y rinorrea.

**7.4. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS**

**Antidepresivos Heterocíclicos**

Las primeras clasificaciones de los antidepresivos tricíclicos se basaban en su efecto clínico pero actualmente se pueden clasificar los antidepresivos heterocíclicos en:

- Típicos y atípicos, en función de si sus características químicas son similares o no a las de los antidepresivos clásicos, y
- De primera y segunda generación, incluyéndose entre los últimos los introducidos en los últimos años, sin estructura tricíclica, con selectividad de acción sobre sistemas monoaminérgicos y con menores efectos secundarios anticolinérgicos y cardiotóxicos.

**Farmacocinética**

- Absorción oral rápida.
- Aproximadamente del 50-60% llega a la circulación sistémica debido a la existen-

cia de un importante metabolismo de primer paso hepático.

- Atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica y placentaria y pasan a la leche materna.
- Metabolización en el hígado.
- Vida media: entre 10 y 70 horas según el compuesto.
- Son necesarios entre cinco y siete días para alcanzar niveles plasmáticos estables.

**Farmacodinámica**

El mecanismo de acción es incierto. Clásicamente se pensó que los antidepresivos tricíclicos ejercían su acción al inhibir la recaptación de monoaminas hacia el terminal presináptico, con lo que aumentaba su concentración en la sinapsis. Como el efecto terapéutico no se aprecia hasta que no han transcurrido 2-4 semanas de tratamiento, indica la posibilidad que la administración continuada de antidepresivos produce una hiposensibilización de receptores beta postsinápticos y alfa-2 presinápticos, una hipersensibilidad de las alfa-1 presinápticos y una posible subsensibilidad de los receptores serotoninérgicos.

**Sustancias Genéricas**

Amitriptilina, clomipramina, desipramina, nortriptilina e imipramina.

**Indicaciones (Fig. 38)**

**Uso clínico**

La dosis eficaz se sitúa entre 150 y 300 mg al día de imipramina o equivalente.

**Efectos adversos. Consideraciones de enfermería (Fig. 39)**

El cuadro de intoxicación aguda por sobredosis de heterocíclicos es muy grave. Aparecen efectos anticolinérgicos pasando a

arritmias cardíacas, hipotensión, alteraciones neurológicas (agitación, delirium, rigidez muscular, síntomas extrapiramidales, convulsiones y coma) y depresión respiratoria.

Tratamiento: lavado gástrico con carbón activado y medidas de sostén.

**Contraindicaciones**

- Infarto de miocardio reciente.
- Insuficiencia cardiorrespiratoria.
- Feocromocitoma.
- Especial precaución en:

FIGURA 38	
Indicaciones clínicas	
- Depresiones endógenas.	- Presentan eficacia en el 60-70% de casos.
- Depresiones secundarias.	- Con peor respuesta que en las depresiones endógenas.
- Depresiones secundarias.	- Posibilidad de respuesta en la depresión asociada a patología orgánica (AVC, TCE, Parkinson, etc.).
- Crisis de angustia con agorafobia.	- Usados la imipramina y la clomipramina.
- Trastornos obsesivos.	- Clomipramina: buena respuesta en el 60% de pacientes.
- Bulimia nerviosa.	- Eficacia de imipramina y desipramina.
- Otros.	- Depresiones postpsicóticas, narcolepsia, enuresis infantil, tratamiento del dolor crónico.

FIGURA 39	
Efectos adversos. Consideraciones de enfermería	
- Anticolinérgicos	- Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, exacerbación de glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, alteraciones cognitivas, taquicardia, empeoramiento de discinesias tardías.
- Antihistamínicos	- Sedación, caídas, alteración cognitiva, estados confusionales.
- Antiadrenérgicos	- Hipotensión postural, vértigo, alteraciones sexuales (impotencia, retraso en la eyaculación).
- Antiserotoninérgicos	- Aumento de peso, mayor apetencia por los dulces.
- Otros	- Arritmias cardíacas, temblor sudoración, mioclonias, convulsiones.

FIGURA 40

Indicaciones	
- Depresión mayor	- Eficacia similar a los antidepresivos tricíclicos. La paroxetina, sertralina y la fluoxetina están indicados en el tratamiento de mantenimiento del trastorno depresivo y para prevención de recurrencias.
- Trastorno obsesivo compulsivo	- Respuesta no tan rápida como en los trastornos depresivos.
- Crisis de angustia con o sin agorafobia	- Empezar el tratamiento con dosis más bajas que en la depresión, para evitar el abandono del tratamiento por efectos secundarios.
- Fobia social	- Fluoxetina y sertralina.

- Glaucoma de ángulo estrecho.
- Hipertrofia prostática.
- Hepatopatías.
- Nefropatías.
- Cardiopatías y trastornos del ritmo cardíaco.
- Epilepsia.
- Primer trimestre del embarazo.
- No debe de usarse durante la lactancia.

**7.5. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA**

Las sustancias que pertenecen a este grupo son:

- Fluvoxamina
- Fluoxetina
- Citalopram
- Paroxetina
- Sertralina

**Farmacocinética**

- Buena absorción oral.
- 90% de la dosis pasa a la circulación sistémica.

FIGURA 41	
Uso clínico	
Fármaco	Dosis (mg/día)
Fluoxetina	20-80
Fluvoxamina	100-300
Paroxetina	20-60
Sertralina	50-200

- Concentración máxima en plasma: 4-8 horas.
- No es interferida la absorción por la presencia de alimentos, incluso disminuyen los efectos secundarios.
- Vida media:
  - Fluoxetina: 2-3 días
  - Sertralina: 25 horas
  - Paroxetina: De 20 a 24 horas
  - Fluvoxamina: 15 horas

**Farmacodinámica**

La acción se centra en la inhibición de la recaptación de serotonina a nivel presináptico. Presenta escasa o nula acción anticolinérgica, antihistamínica y antiadrenérgica, por lo que presentan menos efectos secundarios y de menor severidad que los antidepresivos tricíclicos.

**Indicaciones (Fig. 40)**

**Uso clínico (Fig. 41)**

Es recomendable iniciar la terapéutica con dosis bajas y aumentar la dosis progresivamente si es necesario. La retirada del fármaco deber realizarse de forma gradual.

En casos de sobredosis aparece un cuadro caracterizado por: agitación, temblor, náusea, vómitos, taquicardia y convulsiones. (Fig. 42)

**Contraindicaciones**

Debe evitarse el uso durante el embarazo y la lactancia. En enfermos hepáticos o insuficiencia renal se recomienda comen-

zar el tratamiento con dosis bajas.

No administrar con IMAO u otros fármacos que potencien la transmisión serotoninérgica.

**Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina**

El único antidepresivo en la actualidad es la venlafaxina.

**Farmacocinética**

- Buena absorción vía oral.
- Metabolización en el hígado.
- Eliminación por orina con metabolitos activos e inactivos.
- Vida media: 5 horas (11 horas el metabolito activo).
- Mayor rapidez en la aparición del efecto terapéutico que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

**Farmacodinámica**

El mecanismo de acción se basa en la inhibición de la recaptación de la serotoni-

FIGURA 42

Efectos adversos. Consideraciones de enfermería	
- SNC	- Cefalea, nerviosismo, insomnio, somnolencia, ansiedad, temblor, mareo.
- Gastrointestinales	- Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, sequedad de boca.
- Sexuales	- Anorgasmia, impotencia, retraso en la eyaculación.
- Piel	- Rash cutáneo.

FIGURA 43

Interacciones farmacológicas	Interacciones dietéticas
<p><b>Absolutas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anestésicos (excepto lidocaína y procaína)</li> <li>- Antiasmáticos</li> <li>- Antihipertensivos- alfa-metil-dopa, guanetidina, reserpina y pargilina</li> <li>- L-Dopa</li> <li>- L-Triptólano</li> <li>- Narcóticos</li> <li>- Dextrometorfano</li> <li>- Simpaticomiméticos</li> <li>- ISRS y Clomipramina</li> </ul> <p><b>Relativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antihistamínicos</li> <li>- Hidralacina</li> <li>- Propanolol</li> <li>- Heterocíclicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebidas alcohólicas (en especial cerveza y vino tinto)</li> <li>- Habas</li> <li>- Quesos fermentados</li> <li>- Hígado</li> <li>- Conservas (en especial escabeches, ahumados y adobos)</li> <li>- Arenques y caviar</li> <li>- Paté de hígado y foie-gras</li> <li>- Embutidos fermentados</li> <li>- Plátanos</li> <li>- Chocolate</li> <li>- Concentrados de carne</li> <li>- Yogur</li> <li>- Café, té</li> <li>- Carne de caza</li> <li>- Frutos secos</li> </ul>

na y noradrenalina, con escasa o nula actividad por receptores muscarínicos, histamínicos o alfa-adrenérgicos.

**Indicaciones**

Tratamiento agudo de la depresión, prevención de recaídas y recurrencias.

**Dosificación**

Entre 75 y 375 mg/d. Se debe iniciar con dosis bajas y aumentarlas progresivamente en función de la respuesta clínica. La retirada del fármaco se debe efectuar de manera paulatina. En pacientes con insuficiencia hepática o renal se tienen que ajustar las dosis.

**7.6. EFECTOS ADVERSOS. CONSIDERACIONES DE LA ENFERMERÍA**

Náuseas, somnolencia, vértigo, sequedad de boca, sudoración, estreñimiento, anorexia, astenia, insomnio, nerviosismo y disfunción sexual. A dosis altas puede aparecer hipertensión arterial.

**Imaos**

Fenelzina.

**Farmacocinética**

- Buena absorción oral.
- 90 % de biodisponibilidad, aunque dis-

minuye en presencia de alimentos y antiácidos.

- Nivel plasmático máximo: 1-2 horas tras su administración.

- Atravesan la barrera hematoencefálica y aparecen en la leche materna.

**Farmacodinámica**

La acción se produce por inhibición de la MAO (monaminoxidasa) a nivel mitocondrial, lo que provoca un aumento de neurotransmisores en el espacio sináptico. El efecto terapéutico tarda entre 10 y 14 días, coincidiendo con la hiposensibilización de receptores beta postsinápticos y alfa-2 post y presinápticos. El máximo efecto antidepressivo necesita una inhibición mayor o igual al 80% de la MAO plaquetaria.

**Indicaciones**

- Depresión atípica.
- Disforia histeroide de Keim.

- Crisis de angustia y agorafobia.
- Fobias sociales.
- Síndrome de despersonalización ansiofóbica.
- Depresiones neuróticas.
- Depresiones melancólicas y trastorno obsesivo-compulsivo, en caso de no respuesta a los antidepressivos heterocíclicos.
- Bulimia nerviosa.

**Efectos adversos de enfermería**

- Sobre el sistema nervioso*
- Excitabilidad, agitación.
  - Vértigo.
  - Disartria.
  - Psicosis tóxica (en ancianos o patología orgánica cerebral).
  - Hipertonía muscular.
  - Hiperreflexia.
  - Temblores, mioclonias.
  - Neuropatías periféricas.

- Sobre el sistema nervioso vegetativo*
- Aumento de apetito, aumento de peso.

FIGURA 44

Indicaciones		
Trastorno psiquiátrico	Efectividad	Niveles (mEq/L)
- Episodio Maníaco.	- Tratamiento de elección.	1,2 - 1,5
- Trastorno Bipolar.	- Tratamiento de elección profiláctico (80%).	0,6 - 1,0 > 1,2
- Trastorno depresivo.	- Tratamiento de las fases depresivas.	
- Trastorno Esquizoafectivo.	- Coadyuvante de antidepressivos previos.	?
- Ciclotimia.	- Más efectivo cuanto más bipolares sean.	?
- Esquizofrenia.	- Más efectivo cuanto más bipolares sean.	?
- Trastorno del control de impulsos, y de la violencia episódica.	- Independientemente del estado afectivo.	

- Disminución de la libido, impotencia.
- Hipotensión ortostática, que aparece con mayor frecuencia en ancianos y se cree debida a la acumulación gradual de aminas biógenas en los terminales de los nervios simpáticos, funcionando como falsos neurotransmisores.
- Crisis hipertensivas (por interacciones dietéticas o farmacológicas).

*Sobre el sistema digestivo*

- Hepatotoxicidad.
- Irritación gástrica.

*Otros*

- Crisis hipertérmicas (por interacción medicamentosa).
- Alteraciones hematológicas.

- Reacciones cutáneas.
- Edemas maleolares.

**Contraindicaciones**

Las contraindicaciones absolutas de los IMAO son las hepatopatías, las nefropatías y el feocromocitoma. Las contraindicaciones relativas corresponden a la hipertensión arterial, la epilepsia y la enfermedad de Parkinson.

**Interacciones**

Cualquier fármaco con efecto simpaticomimético directo o indirecto, así como alimentos ricos en tiramina, interaccionan con los IMAO y pueden producir crisis hipertensivas graves. (Fig. 43)

FIGURA 45

**Intoxicación**

Leve a moderada	Moderada a grave	Grave
Inicial: < 1,6 - 2	2,0 - 2,5	2,5 mEq/L
Post 12h: 1,6 - 2,5	2,5 - 3,5	> 3,5 mEq/L
Vómitos	Anorexia	Convulsiones generalizadas
Dolor abdominal	Náuseas y vómitos persistentes	Oliguria
Boca seca	Visión borrosa	Fallo renal
Ataxia	Fasciculaciones	Muerte
Vértigos	Mioclonias	
Habla incorrecta	Reflejos ROT exaltados	
Nistagmus	Movimientos coreotetoides	
Lelargia o excitación	Convulsiones	
Debilidad muscular	Delirium	
	Síncope	
	Cambios EEG	
	Estupor	
	Coma	
	Trastornos conducción y arritmias cardíacas	
	Hipotensión arterial	

FIGURA 46

**Efectos secundarios. Consideraciones de la enfermería**

- Acné
- Alopecia
- Anorexia
- Arritmias cardíacas
- Astenia
- Aumento de peso (frecuente en los 6-12 meses primeros de tratamiento)
- Cefalea (frecuente al inicio)
- Diarrea
- Disfunción eréctil (aislado)
- Disgeusia (sabor metálico)
- Dispepsia (frecuente al inicio)
- Edemas
- Hipotiroidismo
- Inversión de la onda t
- Mialgias
- Poliuria
- Temblor

zando un volumen de distribución aparente del 50-90% del peso corporal.

- Se elimina fundamentalmente por la orina. Cerca del 50% de la dosis en las primeras 24 horas y el 40 % en las 24 siguientes.
- Cruza todas las barreras y se excreta por la leche materna.
- Alcanza concentraciones plasmáticas estables al cabo de una semana.
- Precisa monitorización de niveles en sangre puesto que la zona tóxica está muy cercana a la zona terapéutica.

**Indicaciones** (Fig. 44)

**Intoxicación** (Fig. 45)

**Recomendaciones para los pacientes en tratamiento con Litio**

- Tome la medicación como se le indica.
- No "compense" una dosis "olvidada" con otra "doble".
- Evite las dietas bajas en sodio.
- Evite antiácidos como el bicarbonato sódico y las sales de frutas.
- Evite antiinflamatorios o analgésicos distintos de la aspirina y el paracetamol.
- Si aparece:
  - Febre prolongada
  - Vómitos intensos
  - Diarrea intensa
  - Adelgazamiento rápido
  - Inconsciencia prolongada
  - Anestesia y cirugía mayor
  - Embarazo y parto
- Consulte a su médico.

**Efectos secundarios. Consideraciones de la enfermería** (Fig. 46)

**Información al paciente**

Es un aspecto que se debe cuidar. En primer lugar, recordar que, aunque quizás el tratamiento profiláctico se mantendrá de forma indefinida, es importante evitar el

**Litio**

El litio es un catión monovalente cuyos efectos eutimizantes sobre el trastorno bipolar no se constataron hasta 1949, pese ha ser usado de forma empírica desde hace más de un siglo.

**Mecanismo de acción**

Desconocido. Teóricamente afecta la biosíntesis de segundos mensajeros y con ellos la neurotransmisión.

**Farmacocinética**

- Buena absorción oral.
- Se difunde a través de la agua corporal tanto intra como extracelularmente, alcan-

FIGURA 47

Vida media

Nombre	Vida media (horas)	Dosis diaria (mg)
Alprazolam	6-20	1-6
Bromacepan	10-20	13-18
Clobazam	15-20	10-30
Clonazepam	20-40	0,5-4
Cloracepato	1-3	15-60
Diacepán	14-100	5-40
Fluracepan	70-100	15-30
Halazepam	15-35	60-160
Ketazolam	2-3	15-45
Loracepan	10-20	1-6
Medacepan	1-2	5-10
Oxacepan	5-9	10-20
Triazolam	8-24	15-30

"golpe psicológico" de indicar al paciente que llevará tratamiento "de por vida", y relegar esta decisión al futuro. En segundo lugar, enseñar al paciente a reconocer los síntomas prodrómicos de toxicidad y proporcionar consejos de actuación. De esta manera, no sólo se contribuye a disminuir la intensidad de los efectos secundarios, sino que también genera tranquilidad y mejoran las actitudes de los pacientes respecto al fármaco, disminuyendo el número de recaídas.

### Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas, desde 1957, han ido desbancando a las sustancias ansiolíticas existentes (barbitúricos).

Como la ansiedad es un síntoma primario o acompañante a múltiples patologías, es un grupo de psicofármacos ampliamente

difundido por su baja toxicidad y fácil administración.

### Farmacocinética y Farmacodinámica

- Buena absorción oral.
- Alcanza concentraciones máximas entre 1 y 4 horas después de la administración.
- Todas, excepto el cloracepato, se absorben inmodificadas por el tubo digestivo.
- La absorción intramuscular es lenta y errática, debido a su liposolubilidad, excepto el midazolam, cloracepan y loracepan.
- Atraviesa la barrera hematoencefálica, la placenta y se excreta por la leche materna.
- Eliminación hepática.

**Vida media** (Fig. 47)

### Mecanismo de acción

Su función se establece a partir de unos receptores específicos asociados con los sitios de unión del ácido gamma-aminobutírico (GABA) y de los canales del cloro, de tal manera que potencian los efectos inhibitorios del GABA y producen modificaciones en el resto de sistemas de neurotransmisión central.

Las acciones más importantes son:

- Ansiolíticas.
- Hipnóticas-sedantes.
- Miorrelajantes.
- Anticonvulsivantes.

### Indicaciones

- Ansiedad
- Insomnio: las principales benzodiazepinas que se utilizan son: flunitrazepam, lormetazepam, midazolam, nitrazepam y triazolam.
- Convulsiones: diazepam y clonazepam.
- Depresión: para aliviar los síntomas asociados con la ansiedad y la depresión.
- Anestesia: midazolam, diazepam, flunitrazepam y loracepan.
- Patología orgánica: como miorrelajantes el diazepam y el tetracepan.

### 7.7. EFECTOS SECUNDARIOS. CONSIDERACIONES DE LA ENFERMERÍA

*Efectos adversos sobre el SNC*

La hipersedación es el más frecuente. Depende de la dosis, tiempo de administración y edad del paciente. Suele aparecer en la primera semana de tratamiento y por el fenómeno de tolerancia disminuye al final de la segunda semana. Pueden aparecer mareos, ataxia, vértigos, disartria, incoordinación, diplopía, nistagmus y parestesias y amnesia retrógrada. En ocasiones, reacciones paradójicas con aumento de la ansie-

dad, inquietud, trastornos del sueño, excitación, accesos de furia e hiperreflexia.

*Efectos sobre el aparato digestivo*

Constipación digestiva, náuseas, sequedad de boca, sabor amargo y vómitos. Colestasis intrahepática en algún caso.

*Aparato respiratorio*

Riesgo de depresión respiratoria usando la vía intravenosa.

*Efectos cardiovasculares*

Raros: hipotensión arterial y taquicardia.

*Genito-urinario*

Disminución del impulso sexual y alteraciones miccionales.

*Otros*

Reacciones alérgicas de hipersensibilidad, manifestaciones cutáneas menores, leucopenia, conjuntivitis, diplopía, visión borrosa o fiebre.

- 8.1. Terapia grupal
- 8.2. Terapia familiar
- 8.3. Terapias somáticas

### 8.1. TERAPIA GRUPAL

Se denomina grupo a una reunión de dos o más personas por una causa concreta. La utilización de grupos para ayudar a personas angustiadas ha existido a lo largo de toda la historia, pero la psicoterapia de grupo sistemática sólo se desarrolló tras la segunda guerra mundial. Debido a la escasez de psiquiatras, se propuso la idea de tratar a los pacientes en grupos. El éxito de las primeras terapias de grupo sugirió que ciertas alteraciones psicológicas podían estar asociadas con problemas en las relaciones interpersonales. Los grupos cuyo propósito es terapéutico se denominan grupos de curación o grupos de inducción de cambios.

El objetivo central de todo grupo terapéutico de curación es doble:

- Aliviar el malestar emocional y el sufrimiento humano.

- Suscitar cambios psicológicos y de comportamiento.

### Grupos T

Los grupos T tienen su origen en la teoría de sistemas de Lewin.

El Grupo T es una técnica de contenido vacío, es decir, sin temática prefijada, que permite a un grupo pequeño (8-12 personas) aprender sobre su propio funcionamiento mediante un análisis inmediato, en el tiempo y en el espacio, de las interrelaciones personales y sociales. Interviene un monitor y uno o varios observadores, no participantes, con la misión de registrar las conductas de los miembros mediante una toma de datos, además de dar su punto de vista externo al grupo en determinados momentos, lo que ayuda a que avance y profundice en su conocimiento.

Se produce un aprendizaje vivencial en

el que los miembros del grupo son la fuente principal del aprendizaje y ellos mismos lo generan.

**Grupos de orientación Lewiniana**

**Objetivo**

Aprender cómo funcionan los grupos a partir de la experiencia de participación en un grupo concreto de formación, pensado y programado como instrumento de entrenamiento. Estudiando tan sólo:

- La dinámica externa.
- La interacción en concreto.
- El análisis de los roles (sobre todo el del líder).

- El status.
- Los subgrupos.
- La toma de decisiones.
- La cohesión del grupo y las fuerzas que tienden a desintegrarlo.
- La participación y las normas del grupo.

**Funcionamiento**

Al principio se propone en ocasiones un tema de excusa. La gente no se conoce y el clima es tenso, pero generalmente no se utiliza un tema prefijado.

**Papel del monitor**

- Favorecer los procesos de *feedback* al grupo, que se supone propicia su equilibrio.



- La conducta manifiesta es la expresión externa de estos conflictos, que acostumbran a encontrarse ocultos en las capas más profundas de la personalidad.
- Los conflictos suelen darse con la autoridad, que se encarna en el líder.

**Funcionamiento**

Consiste en analizar las relaciones de poder dentro del grupo y los conflictos con la autoridad, ya que existen y no se pueden negar ni ignorar, pero se pueden tratar, elaborar y llegar a un consenso grupal.

El monitor (en este caso consultor) trabaja sin contenido ni estructura. Su objetivo es intentar encontrar, comprender y elaborar las fuerzas inconscientes que actúan en el grupo, poniendo en contacto al grupo con su propio inconsciente, mediante la toma de conciencia o *insight*.

El papel del consultor consiste en ayudar al grupo a esclarecer la forma cómo se relacionan:

- El deseo de dominar y el deseo de someterse.
- La necesidad de vivir en colectividad y de mantener la independencia personal.
- El miedo a la soledad y el quedar anulados en el anonimato del grupo.

**Grupos de orientación humanista**

Es un tipo de grupo pequeño, estructurado, que se centra en el proceso del mismo, sin liderazgo autoritario, con reducción o supresión de algunos mecanismos defensivos para facilitar la manifestación de sentimientos y emociones en el "encuentro".

**Objetivo**

Maduración de la persona, entendiendo como tal a la persona que:

- Facilitar la participación distribuida de todos. Se anima a los que no hablan para que participen y se frena al que habla en demasía.
- Intentar generar un clima adecuado en el que los miembros del grupo puedan solucionar los problemas que surjan y les sea posible tomar decisiones en común.

**Grupos de orientación psicoanalítica**

**Conceptos base:**

- Los conflictos son consustanciales al individuo y por extensión a los grupos.

- Consigue un elevado grado de sinceridad, espontaneidad y naturalidad.
- Se da cuenta de sus sentimientos y está dispuesta a expresarlos tal como surgen.
- Sabe comunicarse de forma íntima con los que la rodean.

**Técnicas para el rol de "facilitador".**

1. Crear un clima de confianza y seguridad, dando ejemplo al ser el primero en expresar sus sentimientos, con autenticidad.
2. Valorar muy positivamente las intervenciones, con una aceptación incondicional de todo lo que se diga y sin pretender interpretar, sólo comprender.
3. Actitud empática en todo momento.
4. Utilizar técnicas de apoyo para activar los niveles emocionales y favorecer la expresión de sentimientos (juegos, expresión corporal, etc.).
5. Los encuentros deben ser intensivos, sesiones muy largas, casi exhaustivas.

**Grupos terapéuticos expresivos y emocionales**

Tienen como objetivo el crecimiento personal, interesándose en la consecución de unas relaciones más humanas y comprensivas, de aceptación de uno mismo y de los demás, de maduración personal, de mejoras de tensiones.

**Psicodrama**

El fundador de esta técnica fue Moreno. En ella, lo dramático se agrega a lo verbal, lo que implica la posibilidad de utilizar un lenguaje adicional al verbal: el lenguaje dramático.

**Existen tres procedimientos principales:**

- Psicodrama
- Sociodrama
- Rol-playing

En los dos primeros el objetivo es terapéutico, en el tercero el objeto es eminentemente pedagógico.

**Técnicas de psicodrama:**

1. Dramatización de un hecho: Es la representación simple de un hecho que ha formado, forma o podría formar parte de la vida del sujeto.
2. Inversión de papeles: El protagonista pasa a representar el papel de su interlocutor y viceversa.
3. Soliloquio: El sujeto que acaba de dramatizar expresa, en primera persona y en presente, lo que siente, ha sentido y no ha expresado al dramatizar.

**Bioenergética**

Fue fundado por W. Reich. El postulado básico conceptual es que no tenemos un cuerpo, sino que somos cuerpo.

Se basa en la comunicación corporal. El mundo exterior penetra en nuestro cuerpo a través de los sentidos y sensaciones, que se traducen en un lenguaje corporal emotivo, con el que nos relacionamos con nuestro medio.

Todas nuestras experiencias vitales constituyen nuestra manera de ser, no sólo psicológica, sino también corporal.

El origen básico de la energía en el organismo humano proviene de la alimentación y respiración, junto a otras fuentes importantes como la interacción energética de las diversas fuerzas que se hallan en nuestro cuerpo y el contacto con el medio energizado: personas o cosas.

**Gestalt**

La primera contribución al movimiento humanista la realizó F. Perls. Lo básico de este enfoque es que "gestalt" es igual a "total".

La terapia gestáltica aceptaba la existencia de conflictos pasados sin resolver, pero también se centraba en el presente, la libertad, la responsabilidad y los intentos para conseguir ser un individuo total o "realizado".

Existe un enfoque de comprensión global y unitaria de cualquier fenómeno y se percibe a la persona en su totalidad.

**Postulados principales:**

- Valoración del presente y de lo que acontece en el espacio terapéutico y no fuera de él.
- El "aquí y ahora".
- Toma de conciencia de las experiencias, tanto agradables como penosas, más allá de las intelectualizaciones e interpretaciones de las vivencias.

El terapeuta ayuda al paciente a exteriorizar sus emociones, frustraciones y conflictos para que pueda ir venciendo sus dificultades. Así mismo, orienta a la persona para que tome conciencia de sí y se percate de sus propias posibilidades, de aceptarse y de responsabilizarse de sí mismo.

**Análisis Transaccional**

En 1961, E. Berne publicó *Transactional Analysis in Psychotherapy*, en el que se describen los métodos de análisis transaccional para referirse al proceso de investigación de lo que la gente dice y hace entre sí.

Berne pensaba que en todos nosotros había tres estados del yo (tres modos de pensar, sentir y actuar diferentes):



**Técnicas utilizadas:**

1. Sistema de lenguaje corporal: los ejercicios bioenergéticos se realizan para liberar tensiones, emociones y sensaciones, y energizar el cuerpo aumentando su vitalidad y energía. Ejemplo: ejercicios de respiración, arco bioenergético, ejercicios de grounding, ejercicios expresivos, etc.
2. Sistema de lenguaje verbal: ejercicios verbales.

- El yo padre, que define las reglas y los valores. Representa cualquier figura de gran influencia en nuestra infancia.

- El yo niño, que se centra en las emociones y los deseos. Es el componente infantil de la personalidad, el miedo irracional, los sentimientos de inferioridad.

- El yo adulto, que basa su acercamiento al mundo en las observaciones previas. Es el aspecto de la personalidad que juzga objetivamente las demandas del medio.

El principal objetivo del análisis transaccional es "lograr una comunicación lo más abierta y auténtica posible entre los elementos afectivos (sentimientos) e intelectuales de la personalidad".

Muchas interacciones en las que se implican las personas tienen motivaciones ocultas que se utilizan para manipular a los demás. Berne denominó juegos psicológicos a esas manipulaciones y sistematizó un análisis del referido a las interacciones ocultas que llevan a una coyuntura crítica.

**Técnicas de análisis transaccional:**

1. Análisis estructural: Análisis de la estructura de la personalidad, de los tres estados del yo individualizados, fortaleciendo el "yo adulto" de forma individual, y protegiendo a la persona de las demandas autoritarias del padre o de las acciones impulsivas del niño, maximizando la influencia del adulto.

2. Análisis de las transacciones: Se selecciona el estadio del yo, adecuado a cada tipo de transacción, por ejemplo, padre para proteger o exigir; adulto, en el nivel de lógica y de decisiones; niño, en los aspectos lúdicos.

3. Análisis de juegos: Se tipifican las interacciones frustrantes con los demás para enseñar a la persona los métodos más positivos de relación.

4. Análisis de argumentos: Durante las sesiones grupales o individuales, el terapeuta intenta explicar a la persona que debe construir un argumento de vida más adaptativo, orientado hacia la realidad y adecuado a sus necesidades.

**8.2. TERAPIA FAMILIAR**

La terapia familiar se basa en la concepción de la familia como sistema. Consiste en una intervención dirigida a la persona, que incluye a la familia entera y su tratamiento como grupo.

La idea es efectuar cambios en los individuos mediante el cambio de la estructura y función de sus familias, utilizando técnicas aplicadas a unidades familiares globales.

Consiste en el reconocimiento de la familia como un sistema, con propiedades emergentes más allá de las que poseen sus miembros individuales. La unidad de tratamiento ya no es la persona, sino la serie de relaciones en las que el ser humano se halla inmerso.

El terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique:

- Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.

- El sistema de la familia está organizado sobre la base de apoyo, la regulación, la alimentación y la socialización de sus miembros. El terapeuta se une a la familia, no para educarla o socializarla, sino para reparar o modificar su funcionamiento para que pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.

- El sistema tiene propiedades de auto-perpetuación: El proceso que el terapeuta inicia en el seno de una familia será mantenido en su ausencia.

FIGURA 48

Indicaciones de la TEC en la depresión

Indicación clínica	Motivo
- Depresión delirante.	- Más eficaz que los antidepresivos, o antidepresivo más antipsicótico.
- Situaciones somáticas críticas.	- Acción rápida y escasez de contraindicaciones.
- Riesgo grave de suicidio.	- Acción rápida.
- Intensa agitación o inhibición.	- Acción rápida.
- Pseudodemencia.	- Mayor eficacia.
- Contraindicaciones de antidepresivos	- Enfermedades médicas intercurrentes; intolerancia o efectos secundarios.
- Embarazo.	- Contraindicación de antidepresivos (teratogeneidad).
- Paciente senil	- Mayor eficacia y evitar efectos secundarios de los antidepresivos.
- Depresión resistente.	- Mayor eficacia (índice de eficacia 50%).
- Prevención de recurrencia.	- TEC de mantenimiento en pacientes con escasa respuesta a los antidepresivos.

**Escuelas de terapia familiar**

1. Escuela transgeneracional: Pone acento en el conjunto de mitos transmitidos de generación en generación, los ciclos evolutivos de las familias y la transmisión de lo que denominan "lealtades" de una generación a otra.

2. Escuela comunicacional: Realiza terapias breves centradas en el "aquí y ahora" y estudia prioritariamente el valor del síntoma dentro de la red comunicacional de la familia. Utiliza la teoría del "doble vínculo" como hipótesis explicativa del proceso, por ejemplo, de la esquizofrenia.

3. Escuela estructuralista: Se ocupa prioritariamente del análisis de la estructura interna de la familia, de cómo están organizadas las jerarquías, límites entre subsistemas, así como reglas universales y específicas existentes.

4. Escuela estratégica: Trabaja las alianzas dentro de la familia, las jerarquías y los modos de abordaje estratégicos ante determinados conflictos.

5. Escuela sistémica: Actúa a partir de la creación de una serie de pautas para el desarrollo y duración de las entrevistas, trabaja con una hipótesis previa que se deriva

del estudio del "genograma" o mapa familiar y analiza con detenimiento lo que denomina "el juego familiar" o la manera que cada sistema familiar tiene de estructurar sus reglas, mitos y equilibrio.

6. Escuela de Roma: Emplea la metáfora, ejemplificando lo que sucede en la familia a través de otras imágenes sugerentes, y la provocación, como instrumento para motivar la reacción a favor del cambio en la familia.

**8.3. TERAPIAS SOMÁTICAS**

**Terapia Electroconvulsiva (TEC)**

**Antecedentes históricos**

La terapia electroconvulsiva, que es todavía un tratamiento válido para ciertos

trastornos mentales, cuenta con 50 años de uso clínico, y ha conllevado gran controversia.

El electroshock fue la primera terapia eficaz y única en el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas, hasta la aparición de la clorpromacina en 1952 y la imipramina en 1957.

El origen se remonta a principios de siglo, a partir de las ideas de Von Meduna sobre el efecto beneficioso de la convulsivoterapia en la esquizofrenia, bajo el supuesto antagonismo entre ésta y la epilepsia (teoría de la exclusión), que actualmente se ha demostrado falso. Von Meduna, utilizó el alcanfor con éxito por primera vez en 1927 en un paciente esquizofrénico con estupor catatónico desde hacía cuatro años.

El éxito de Von Meduna llevó a Cerletti y sus discípulos, Bini, Acconero y Felici, a realizar la primera TEC en humanos en abril de 1938.

FIGURA 49	
Indicaciones de la TEC en la manía	
Indicación clínica	Motivo
- Delirium maniaco agudo.	- La TEC reduce la mortalidad al 10%.
- Agitación con sujeción mecánica o altas dosis de fármacos.	- La TEC es eficaz. Pueden ser necesarios de varios ES/día.
- Cuadros prolongados.	- La manía de curso crónico puede responder a la TEC.
- Cuadros resistentes al tratamiento farmacológico.	- Responden en un 56% asociados a antipsicóticos y litio.
- Contraindicación de fármacos.	- Efectos secundarios, intolerancia, enfermedades incurrentes
- Mujer gestante.	- Evitar teratogenia.
- Prevención de recurrencias.	- En enfermos que no responden o no toleran los psicofármacos.

FIGURA 50	
Indicaciones de la TEC en la esquizofrenia	
Indicación clínica	Motivo
- Catatonía.	- Primera elección. Más eficaz que los antipsicóticos.
- Agitación, desorientación.	- Acción rápida.
- Contraindicación de fármacos.	- Intolerancia a los antipsicóticos, síndrome neuroléptico maligno.
- Depresión secundaria.	- Buena respuesta de los cuadros con síntomas afectivos.
- Esquizoafectividad.	- Resultado eficaz tras fracaso de antipsicótico o antidepressivo.

**Definición**

Consiste en hacer pasar una corriente eléctrica a través del cerebro para producir un cuadro de convulsiones.

**Fisiopatología de la TEC**

Su mecanismo de acción exacto no se conoce. Sin embargo, en estudios con ratas se han encontrado regulación a la baja de receptores noradrenérgicos, al igual que los antidepressivos. Por el contrario, produce regulación a la alta de los receptores 5-HT<sub>2</sub>, y regulación a la baja de receptores muscarínicos. También facilita muchos aspectos de la transmisión dopaminérgica, así como alteración de los receptores opioides y las concentraciones de segundos mensajeros.

**Técnicas de aplicación**

Las dos técnicas principales de aplicación son:

- Bilateral.
- Unilateral, en el hemisferio no dominante. Produce menos efectos secundarios, pero puede resultar menos eficaz.

**Tipo de corriente**

Se suele utilizar la corriente pulsátil o de breve pulso, con pulsos de 0,5 a 0,7 mseg., con frecuencias entre 90 a 249 Hz y una duración total de 1 a 5 seg. La impedancia total debe ser menor de 3000 Ohms. Las medidas pueden variar según el tipo de aparato que se utilice.

**Indicaciones de la TEC**

*Síndromes depresivos*  
La depresión grave, con características endógenas, es la indicación más ampliamente aceptada de la TEC. El índice de respuesta es superior o igual al 80%. Comparado con los antidepressivos se obtienen resultados similares o favorables a la TEC.



#### *Manía*

La TEC se muestra tan efectiva como el litio o los antipsicóticos en el tratamiento de la manía aguda.

#### *Esquizofrenia*

Actualmente la TEC se sitúa como tratamiento de segunda elección en la mayoría de cuadros esquizofrénicos, excepto en la esquizofrenia crónica: aparición de gran apatía, afecto aplanado o existencia de deterioro. (Figs. 48, 49, 50)

#### **Administración de la TEC**

La TEC se puede administrar en régimen hospitalario o ambulatorio. La preparación incluye la atención física y emocional del paciente, que debe firmar el consentimiento para el tratamiento. Si el paciente es ambulatorio debe estar acompañado por alguien que pueda cuidarlo después del tratamiento.

#### **Técnica:**

- El paciente no debe ingerir nada por vía oral, al menos las 8 horas antes de la sesión.
- Se deben tomar las constantes vitales de base y monitorizar el registro cardíaco, la tensión arterial y el oxígeno.
- Canalizar una vía intravenosa por la que administrarán anestésicos y relajantes musculares.
- Una vez que el paciente está sedado se colocan los registros electroencefalográficos y los electrodos de descarga.
- Asegurar una vía aérea, evitando a su vez que el enfermo se pueda morder la lengua.
- El médico provoca el shock eléctrico de varios segundos de duración.
- Este shock provoca una convulsión controlada que dura 30-60 seg.
- Las ondas cerebrales se registran durante todo el procedimiento y el paciente duer-

me cerca de una hora después del mismo.

- No administrar nada por vía oral hasta 2 horas después.
- Controlar constantes vitales postTEC.

El número de sesiones puede oscilar entre 7-14 con una periodicidad de 3 por semana.

#### **Efectos adversos**

##### *Más frecuentes:*

- Cefalea.
- Confusión al despertar.
- Amnesia de corta duración.

##### *Otros efectos:*

- Apnea prolongada
- Confusión
- Arritmias
- Euforia
- Dolor postconvulsivo
- Convulsiones tardías

#### **Contraindicaciones de la TEC**

Podemos hablar de situaciones de riesgo en las que se debe valorar el riesgo/beneficio de efectuar la técnica: alteraciones cerebrales (tumores, malformaciones arteriovenosas, aneurismas, etc.), infarto agudo de miocardio reciente, hipertensión grave, arritmias cardíacas, desprendimiento de retina, glaucoma, feocromocitoma y riesgo a la anestesia. La prescripción de la TEC se condicionará a la severidad y duración de la enfermedad a tratar, la amenaza vital y la respuesta anterior al electroshock.

# Apéndice

## APÉNDICE 1

### DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS APROBADOS POR LA NANDA.

#### Intercambio

- 1.1.2.1. Alteración de la nutrición: por exceso.
- 1.1.2.2. Alteración de la nutrición: por defecto.
- 1.1.2.3. Riesgo de alteración de la nutrición: por exceso.
- 1.2.1.1. Riesgo de infección.
- 1.2.2.1. Riesgo de alteración de la temperatura corporal.
- 1.2.2.2. Hipotermia.
- 1.2.2.3. Hipertermia.
- 1.2.2.4. Termorregulación ineficaz.
- 1.2.3.4. Disreflexia.
- \*1.2.3.2. Riesgo de disreflexia.
- \*\*1.3.1.1. Estreñimiento.
- 1.3.1.1. Estreñimiento subjetivo.
- 1.3.1.1. Estreñimiento crónico.
- \*\*1.3.1.2. Diarrea.
- \*\*1.3.1.3. Incontinencia fecal.
- \*1.3.1.4. Riesgo de estreñimiento.

- 1.3.2. Alteración de la eliminación urinaria.
- 1.3.2.1.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- \*\*1.3.2.1.2. Incontinencia urinaria refleja.
- 1.3.2.1.2. Incontinencia urinaria de urgencia.
- \*\*1.3.2.1.4. Incontinencia urinaria funcional.
- 1.3.2.1.5. Incontinencia urinaria total.
- \*1.3.2.1.6. Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.
- 1.3.2.1.6. Retención urinaria.
- # 1.4.1.1. Alteración de la perfusión tisular (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- \*1.4.1.2. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
- 1.4.1.2.1. Exceso de volumen de líquidos.
- 1.4.1.2.2.1. Déficit de volumen de líquidos.
- 1.4.1.2.2.2. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- 1.4.2.1. Disminución del gasto cardíaco.
- \*\*1.5.1.1. Deterioro del intercambio gaseoso.
- \*\*1.5.1.2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

- \*\*1.5.1.3. Patrón respiratorio ineficaz.
- 1.5.1.3.1. Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
- 1.5.1.3.2. Respuesta disfuncional al destete del ventilador.
  - 1.6.1. Riesgo de lesión.
    - 1.6.1.1. Riesgo de asfixia.
    - 1.6.1.2. Riesgo de intoxicación.
    - 1.6.1.3. Riesgo de traumatismo.
    - 1.6.1.7. Riesgo de aspiración.
  - 1.6.2. Riesgo de síndrome de desuso.
    - \*1.6.1.6. Respuesta alérgica al látex.
    - \*1.6.1.7. Riesgo de respuesta alérgica al látex.
      - 1.6.2. Alteración de la protección.
        - #1.6.2.1. Deterioro de la integridad tisular.
          - \*\*1.6.2.1.1. Alteración de la mucosa oral.
            - #1.6.2.1.2.1. Deterioro de la integridad cutánea.
            - #1.6.2.1.2.2. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
            - \*1.6.2.1.2.3. Alteración de la dentición.
              - 1.7.1. Disminución de la capacidad adaptativa-intracranial.
              - 1.7.2. Trastorno del campo de energía.

**Comunicación**

- #2.1.1.1. Deterioro de la comunicación verbal.

**Relaciones**

- 3.1.1. Deterioro de la interacción social.
- 3.1.2. Aislamiento social.
- 3.1.3. Riesgo de soledad.
- \*\*3.2.1. Alteración en el desempeño del rol.
  - \*\*3.2.1.1.1. Alteración parental.
    - \*\*3.2.1.1.2. Riesgo de alteración parental.
      - 3.2.1.1.2.1. Riesgo de alteración de la vinculación entre los padres y el lactante.
        - 3.2.1.2.1. Disfunción sexual.
          - \*\*3.2.2. Alteración de los procesos familiares.

- \*\*3.2.2.1. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
  - 3.2.2.2. Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
    - 3.2.2.3.1. Alteración de los procesos familiares: alcoholismo.
    - 3.2.2.3.1. Conflicto del rol parental.
      - 3.3. Alteración de los patrones de sexualidad.

**Valores**

- Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano).
  - \*4.1.2. Riesgo de sufrimiento espiritual.
  - 4.1.2. Potencial de aumento del bienestar espiritual.

**Elección**

- \*\*5.1.1.1. Afrontamiento individual inefectivo.
  - \*\*5.1.1.1.1. Deterioro de la adaptación.
    - 5.1.1.1.2. Afrontamiento defensivo.
    - 5.1.1.1.3. Negación ineficaz.
      - 5.1.2.1.1. Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
        - 5.1.2.1.2. Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
        - 5.1.2.1.3. Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
          - 5.1.3.1. Potencial de mejora del afrontamiento de la comunidad.
- \*\*5.1.3.2. Afrontamiento inefectivo de la comunidad.
  - 5.2.1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal.
    - 5.2.1.1. Incumplimiento del tratamiento (especificar).
    - 5.2.2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.
      - 5.2.2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad.
      - 5.2.4. Manejo terapéutico del régimen terapéutico personal.
  - 5.3.1.1. Conflicto de decisiones (especificar).

- 5.2.5. Conductas generadoras de salud (especificar).

**Movimiento**

- 6.1.1.1. Deterioro de la movilidad física.
  - 6.1.1.1.1. Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
  - 6.1.1.1.2. Riesgo de lesión perioperatoria.
    - \*6.1.1.1.3. Deterioro de la deambulacion.
    - \*6.1.1.1.4. Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.
      - \*6.1.1.1.5. Deterioro de la habilidad para la traslación.
      - \*6.1.1.1.6. Deterioro de la movilidad en la cama.
        - 6.1.1.1.3. Intolerancia a la actividad.
          - \*\*6.1.1.2.1. Fatiga.
            - 6.1.1.3. Riesgo de intolerancia a la actividad.
              - \*\*6.2.1. Alteración del patrón de sueño.
                - \*6.2.1.1. Deprivación de suelo.
                  - 6.3.1.1. Déficit de actividades recreativas.
                    - 6.4.1.1. Dificultad para el mantenimiento del hogar.
                      - 6.4.1.2. Alteración en el mantenimiento de la salud.
                        - \*6.4.2.1. Retraso en la recuperación quirúrgica.
                          - \*6.4.2.2. Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo.
                            - \*\*6.5.1. Déficit de autocuidado: alimentación.
                              - \*\*6.5.1.1. Deterioro de la deglución.
                                - Lactancia materna ineficaz.
                                  - 6.5.1.2.1. Interrupción de la lactancia materna.
                                    - 6.5.1.3. Lactancia materna eficaz.
                                    - 6.5.1.4. Patrón de alimentación ineficaz del lactante.
                                      - \*\*6.5.2. Déficit de autocuidado: baño / higiene.
                                      - \*\*6.5.3. Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento.
                                      - \*\*6.5.4. Déficit de autocuidado: uso del water.

- 6.6. Alteración del crecimiento y desarrollo.
  - \*6.6.1. Riesgo de alteración del desarrollo.
  - \*6.6.2. Riesgo de alteración del crecimiento.
    - 6.7. Síndrome de estrés del traslado.
      - \*\*6.8.2. Riesgo de conducta desorganizada del lactante.
        - \*\*6.8.2. Conducta desorganizada del lactante.
          - 6.8.3. Potencial de mejora en la organización de la conducta del lactante.

**Percepción**

- #7.1.1. Trastorno de la imagen corporal.
  - 7.1.2. Trastorno de la autoestima.
    - 7.1.2.1. Baja autoestima crónica.
      - 7.1.2.1. Baja autoestima situacional.
    - 7.1.2.2. Trastorno de la identidad personal.
      - #7.2. Alteraciones sensitivas / perceptuales (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas gustativas, táctiles, olfatorias).
        - 7.2.1.1. Desatención unilateral.
          - Desesperanza
          - Impotencia

**Conocimiento**

- 8.1.1. Déficit de conocimientos (especificar).
- 8.2.1. Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.
  - 8.2.2. Confusión aguda
  - 8.2.3. Confusión crónica
    - 8.3. Alteración en los procesos del pensamiento.
      - 8.3.1. Deterioro de la memoria.

**Sentimientos / sensaciones**

- 9.1.1. Dolor.
  - 9.1.1.1. Dolor crónico.

- \*9.1.2. Náuseas.
- 9.2.1.1. Duelo disfuncional.
- 9.2.1.2. Duelo anticipado.
- \*9.2.1.3. Aflicción crónica.
  - 9.2.2. Riesgo de violencia: lesiones a otros.
  - 9.2.2. Riesgo de automutilación.
  - 9.2.2.2. Riesgo de violencia.
- \*\*9.2.3. Síndrome postraumático.
  - \*\*9.2.3.1. Síndrome traumático de la violación.
    - 9.2.3.1.1. Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta.
    - 9.2.3.1.1. Síndrome traumático de la violación: reacción silente.
- \*9.2.4. Riesgo de síndrome postraumático.
- #9.3.1. Ansiedad.
  - \*9.3.1.1. Ansiedad ante la muerte.
  - #9.3.2. Temor.

\* Nuevos diagnósticos aceptados en 1998.

\*\* Diagnósticos revisados, propuestos y aprobados en 1998.

# Diagnósticos revisados por pequeños grupos de trabajo en la Conferencia Bianual de 1996 sobre la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros; los cambios fueron aprobados y añadidos en 1998.

## APÉNDICE II

### CLASIFICACIÓN DSM-IV. CON CÓDIGOS CIE-10

Todos los códigos oficiales del DSM-IV se encuentran incluidos en el CIE-10. Cuando aparece una "x" en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

En los nombres de algunos trastornos se añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica (p. ej., F05.0 Delirium debido a hipotiroidismo). Los números entre paréntesis indican el número de página.

Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico:

- Leve
- Moderado
- Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores:

- En remisión parcial
- En remisión total
- Historia anterior

### Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

#### Retraso mental (41)

Nota: Se codifican en el Eje II.

- F70.9. Retraso mental leve (42)
- F71.9. Retraso mental moderado (43)
- F72.9. Retraso mental grave (43)
- F73.9. Retraso mental profundo (43)
- F79.9. Retraso mental de gravedad no especificado (44)

#### Trastornos del aprendizaje (48)

- F81.0. Trastorno de la lectura (50)
- F81.2. Trastorno del cálculo (52)
- F81.8. Trastorno de la expresión escrita (54)
- F81.9. Trastorno del aprendizaje no especificado (56)

#### Trastorno de las habilidades motoras (56)

- F82. Trastorno del desarrollo de la coordinación (56)

#### Trastornos de la comunicación (58)

- F80.1. Trastorno del lenguaje expresivo (58)
- F80.2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (61)
- F80.0. Trastorno fonológico (64)
- F98.5. Tartamudeo (66)
- F80.9. Trastorno de la comunicación no especificado (69)

#### Trastornos generalizados del desarrollo (69)

- F84.0. Trastorno autista (69)
- F84.2. Trastorno de Rett (75)
- F84.3. Trastorno desintegrativo infantil (77)
- F84.5. Trastorno de Asperger (79)
- F84.9. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (82)

#### Trastornos por déficit de atención y comportamiento (82)

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (82)
- F90.0. Tipo combinado
- F98.8. Tipo con predominio del déficit de atención
- F90.0. Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F90.9. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (89)
- F91.80. Trastorno disocial (90)

*Especificar tipo: de inicio infantil / de inicio adolescente.*

F91.3. Trastorno negativista desafiante (96)

F91.9. Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (99)

#### Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez (99)

F98.3. Pica (99)

F98.2. Trastorno de la rumiación (101)

F98.2. Trastorno de la ingesta alimentaria de la infancia o de la niñez (103)

#### Trastornos de tics (105)

F95.2. Trastorno de la Tourette (107)

F95.1. Trastorno de tics motores o vocales crónicos (109)

F95.0. Trastorno de tics transitorios (110)  
*Especificar si es un episodio único/recidivante.*

F95.9. Trastorno de tics no especificado (111)

#### Trastornos de la eliminación (111)

Encopresis (111)

R15. Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (codificar también K59.0 estreñimiento en el Eje III)

F98.1. Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento

F98.0. Enuresis (no debida a enfermedad médica) (114). *Especificar tipo: sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna*

#### Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia (116)

F93.0. Trastorno de ansiedad por separación (116)

*Especificar si es de inicio temprano.*

F94.0. Mutismo selectivo (120)

F94.x. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (122)

.1. Tipo inhibido

.2. Tipo desinhibido

F98.4. Trastorno de movimientos estereotipados (125)

*Especificar si es con comportamientos autolesivos.*

F98.9. Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (128)

#### Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (129)

##### Delirium (130)

F05.0. Delirium debido a (indicar enfermedad médica) (en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta) (133)

- Delirium inducido por sustancias (consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (135)

- Delirium por abstinencia de sustancias (consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (135)

- Delirium debido a múltiples etiologías (codificar cada etiología específica) (138)

F05.9. Delirium no especificado (139)

##### Demencia (139)

F00.xx. Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (codificar también G30.0 Enfermedad de Alzheimer, de inicio temprano, en Eje III) (145)

.00. No complicada

.01. Con ideas delirantes

.03. Con estado de ánimo depresivo.

*Especificar si es con trastorno de comportamiento.*

F00.xx. Demencia tipo Alzheimer, de ini-

cio tardío (codificar también G30.1. Enfermedad de Alzheimer, de inicio tardío en el Eje III) (145)

.10. No complicada

.11. Con ideas delirantes

.13. Con estado de ánimo depresivo  
*Especificar si es con trastorno de comportamiento.*

F01.xx. Demencia vascular (150)

.80. No complicada

.81. Con ideas delirantes

.83. Con estado de ánimo depresivo  
*Especificar si es con trastorno de comportamiento.*

F02.4. Demencia debida a enfermedad por VIH (codificar también B22.0. Encefalopatía por VIH en el Eje III) (154)

F02.8. Demencia debida a traumatismo craneal (codificar también S06.9. Lesión cerebral en el Eje III) (155)

F02.3. Demencia debida a enfermedad de Parkinson (codificar también G20. Enfermedad de Parkinson en el Eje III) (155)

F02.2. Demencia debida a enfermedad de Huntington (codificar también G10. Enfermedad de Huntington en el Eje III) (155)

F02.0. Demencia debida a enfermedad de Pick (codificar también G31.0. Enfermedad de Pick en el Eje III) (156)

F02.1. Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (codificar también A81.0. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Eje III) (156)

F02.8. Demencia debida a (indicar enfermedad médica no enumerada antes) (codificar también la enfermedad médica en el Eje III) (157)

- Demencia persistente inducida por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (159)

F02.8. Demencia debida a múltiples etiologías (en lugar de código F00.2. De-

mencia mixta tipo Alzheimer y vascular) (161)

F03. Demencia no especificada (162)

#### Trastornos amnésicos (162)

F04. Trastorno amnésico debido a (indicar enfermedad médica) (165)

*Especificar si es transitorio/crónico.*

-Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (167)

R41.3. Trastorno amnésico no especificado (169)

#### Otros trastornos cognoscitivos

F06.9. Trastorno cognoscitivo no especificado (169)

#### Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados (171)

F06.1. Trastorno catatónico debido a (indicar enfermedad médica) (175)

F07.0. Cambio de personalidad debido a (indicar enfermedad médica) (176)

*Especificar tipo: lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide y otros tipos/combinado/inespecífico.*

F09. Trastorno mental no especificado debido a (indicar enfermedad médica) (179)

#### Trastornos relacionados con sustancias (181)

Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:

*Especificar si es con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica.*

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

.0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana

.0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

.1 = En entorno controlado

.2 = En terapéutica con agonistas

.4 = Leve/moderado/grave

Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

### Trastornos relacionados con el alcohol (200)

#### Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x. Intoxicación por alcohol (202)

F10.1. Abstinencia de alcohol (203)

*Especificar si es con alteraciones perceptivas.*

F10.03. Delirium por intoxicación por alcohol (135)

F10.4. Delirium por abstinencia de alcohol (135)

F10.73. Demencia persistente inducida por alcohol (159)

F10.6. Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (167)

F10.xx. Trastorno psicótico inducido por alcohol (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F10.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol (379)

F10.8. Trastorno de ansiedad inducido por alcohol (451)

F10.8. Trastorno sexual inducido por alcohol (532)

F10.8. Trastorno del sueño inducido por alcohol (617)

F10.9. Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (210)

### Trastornos relacionados con alucinógenos (210)

#### Trastornos por consumo de alucinógenos

F16.2x. Dependencia de alucinógenos (211)

F16.1. Abuso de alucinógenos (212)

#### Trastornos inducidos por alucinógenos

F16.00. Intoxicación por alucinógenos (212)

F16.70. Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks) (213)

F16.03. Delirium por intoxicación por alucinógenos (135)

F16.xx. Trastorno psicótico inducido por alucinógenos (317)

.51 Con ideas delirantes

.52 Con alucinaciones

F16.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos (379)

F16.9. Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos (451)

F16.9. Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado (216)

### Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)

#### Trastornos por consumo de anfetamina

F15.2x. Dependencia de anfetamina (218)

F15.1. Abuso de anfetamina (218)

#### Trastornos inducidos por anfetamina

F15.00. Intoxicación por anfetamina (219)

F15.04. Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas (219)

F15.3. Abstinencia de anfetamina (220)

F15.03. Delirium por intoxicación por anfetamina (135)

F15.xx. Trastorno psicótico inducido por anfetamina (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F15.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina (379)

F15.8. Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina (451)

F15.8. Trastorno sexual inducido por anfetamina (532)

F15.8. Trastorno del sueño inducido por anfetamina (617)

F15.9. Trastorno relacionado con anfetamina no especificado (224)

### Trastornos relacionados con la cafeína (224)

#### Trastornos inducidos por cafeína (224)

F15.00. Intoxicación por cafeína (224)

F15.8. Trastorno de ansiedad inducido por cafeína (451)

F15.8. Trastorno del sueño inducido por cafeína (617)

F15.9. Trastorno relacionado con cafeína no especificado (227)

### Trastornos relacionados con cannabis (227)

#### Trastornos por consumo de cannabis

F12.2x. Dependencia de cannabis (228)

F12.1. Abuso de cannabis (229)

#### Trastornos inducidos por cannabis

F12.00. Intoxicación por cannabis (229)

F12.04. Intoxicación por cannabis, con alteraciones perceptivas (230)

F12.03. Delirium por intoxicación por cannabis (135)

F12.xx. Trastorno psicótico inducido por cannabis (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F12.8. Trastorno de ansiedad inducido por cannabis (451)

F12.9. Trastorno relacionado con cannabis no especificado (233)

### Trastornos relacionados con cocaína (233)

#### Trastornos por consumo de cocaína

F14.2x. Dependencia de cocaína (235)

F14.1. Abuso de cocaína (235)

#### Trastornos inducidos por cocaína

F14.00. Intoxicación por cocaína (236)

F14.04. Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas (236)

F14.3. Abstinencia de cocaína (237)

F14.03. Delirium por intoxicación por cocaína (135)

F14.xx. Trastorno psicótico inducido por cocaína (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F14.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína (379)

F14.8. Trastorno de ansiedad inducido por cocaína (451)

F14.8. Trastorno sexual inducido por cocaína (532)

F14.8. Trastorno del sueño inducido por cocaína (617)

F14.9. Trastorno relacionado con cocaína no especificado (241)

### Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar) (242)

#### Trastornos por consumo de fenciclidina

F19.2x. Dependencia de fenciclidina (243)

F19.1. Abuso de fenciclidina (243)

#### Trastornos inducidos por fenciclidina

F19.00. Intoxicación por fenciclidina (244)

F19.04. Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas (244)

F19.03. Delirium por intoxicación por fenciclidina (135)

F19.xx. Trastorno psicótico inducido por fenciclidina (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F19.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina (379)

F19.8. Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina (451)

F19.9. Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (247)

#### Trastornos relacionados con inhalantes

*Trastornos por consumo de inhalantes (247)*

F18.2x. Dependencia de inhalantes (249)

F18.1. Abuso de inhalantes (249)

*Trastornos inducidos por inhalantes*

F18.00. Intoxicación por inhalantes (250)

F18.03. Delirium por intoxicación por inhalantes (135)

F18.73. Demencia persistente inducida por inhalantes (159)

F18.xx. Trastorno psicótico inducido por inhalantes (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F18.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes (379)

F18.8. Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes (451)

F18.9. Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (254)

#### Trastornos relacionados con nicotina (254)

*Trastornos por consumo de nicotina (254)*

F17.2x. Dependencia de nicotina (254)

*Trastornos inducidos por nicotina*

F17.3. Abstinencia de nicotina (255)

F17.9. Trastorno relacionado con nicotina no especificado (258)

#### Trastornos relacionados con opiáceos (259)

*Trastornos por consumo de opiáceos*

F11.2x. Dependencia de opiáceos (260)

F11.1. Abuso de opiáceos (260)

*Trastornos inducidos por opiáceos*

F11.00. Intoxicación por opiáceos (260)

F11.04. Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas (261)

F11.3. Abstinencia de opiáceos (262)

F11.03. Delirium por intoxicación por opiáceos (135)

F11.xx. Trastorno psicótico inducido por opiáceos (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F11.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos (379)

F11.8. Trastorno sexual inducido por opiáceos (532)

F11.8. Trastorno del sueño inducido por opiáceos (617)

F11.9. Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (267)

#### Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (267)

*Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*

F13.2x. Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (268)

F13.1. Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269)

*Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*

F13.00. Intoxicación por sedantes, hip-

nóticos o ansiolíticos (269)

F13.3. Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (270)

*Especificar si es con alteraciones perceptivas*

F13.03. Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135)

F13.4. Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135)

F13.73. Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (159)

F13.6. Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (167)

F13.xx. Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F13.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (379)

F13.8. Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (451)

F13.8. Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (532)

F13.8. Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (617)

F13.9. Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no especificado (275)

#### Trastornos relacionados con varias sustancias

F19.2x. Dependencia de varias sustancias (276)

#### Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas, 276)

*Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)*

F19.2x. Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) (182)

F19.1. Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (188)

*Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)*

F19.00. Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (189)

F19.04. Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas (189)

F19.3. Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (190)

*Especificar si es con alteraciones perceptivas*

F19.03. Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) (codificar F19.4 si comienza durante la abstinencia) (135)

F19.73. Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas) (159)

F19.6. Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas) (167)

F19.xx. Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) (317)

.51. Con ideas delirantes

.52. Con alucinaciones

F19.8. Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) (379)

F19.8. Trastornos de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) (451)

F19.8. Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas) (532)

F19.8. Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) (617)

F19.9. Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado (278)

#### Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279)

F20.xx. Esquizofrenia (280)

.0x. Tipo paranoide (292)

- .1x. Tipo desorganizado (293)
- .2x. Tipo catatónico (294)
- .3x. Tipo indiferenciado (295)
- .5x. Tipo residual (296)
- Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:
  - .2 = Episodio con síntomas residuales interepisódicos
  - Especificar si: con síntomas negativos acusados*
  - .3 = Episodio sin síntomas residuales interepisódicos
  - .0 = Continuo
  - Especificar si: con síntomas negativos acusados*
  - .4 = Episodio único en remisión parcial
  - Especificar si es con síntomas negativos acusados*
  - .5 = Episodio único en remisión total
  - .8 = Otro patrón o no especificado
  - .9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial
- F20.8. Trastorno esquizofreniforme (296)
- Especificar si es sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico*
- F25.x. Trastorno esquizoafectivo (298)
- .0. Tipo bipolar
  - .1. Tipo depresivo
- F22.00. Trastorno delirante (303)
- Especificar tipo: erotomaniaco de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto/no especificado.*
- F23.xx. Trastorno psicótico breve (308)
- .81. Con desencadenante(s) grave(s)
- .80. Sin desencadenante(s) grave(s)
- Especificar si es de inicio en el posparto*
- F24. Trastorno psicótico compartido (folie à deux) (312)
- F06.x. Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (314)
- .2. Con ideas delirantes
- .0. Con alucinaciones
- Trastorno psicótico inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos

específicos de cada una de ellas) (317)

*Especificar si es de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.*

F29. Trastorno psicótico no especificado (322)

### Trastornos del estado de ánimo (323)

Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones: Gravedad, psicótico, especificadores en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto.

Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo los siguientes especificadores: Con o sin recuperación interepisódica total, con patrón estacional y con ciclos rápidos.

### Trastornos depresivos (345)

- F32.x. Trastorno depresivo mayor, episodio único (345)
- F33.x. Trastorno depresivo mayor, recidivante (345)
- Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:
  - 0 = Leve
  - 1 = Moderado
  - 2 = Grave sin síntomas psicóticos
  - 3 = Grave con síntomas psicóticos
  - Especificar: síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas no congruentes con el estado de ánimo*
  - 4 = En remisión parcial
  - 4 = En remisión total
  - 9 = No especificado
- F34.1. Trastorno distímico (352)
- Especificar si es de inicio temprano/de inicio tardío.*
- Especificar: con síntomas atípicos.*
- F32.9. Trastorno depresivo no especificado (357)

### Trastornos bipolares (358)

- F30.x. Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (358)
- Especificar si es mixto*
- Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:
  - 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
  - 2 = Grave con síntomas psicóticos
  - 8 = En remisión parcial o total
- F31.0. Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco (358)
- F31.x. Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (358)
- Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:
  - 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
  - 2 = Grave, con síntomas psicóticos
  - 7 = En remisión parcial o total
- F31.6. Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (358)
- F31.x. Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (358)
- Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:
  - 3 = Leve o moderado
  - 4 = Grave sin síntomas psicóticos
  - 5 = Grave con síntomas psicóticos
  - 7 = En remisión parcial o total
- F31.9. Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (358)
- F31.8. Trastorno bipolar II, (367)
- Especificar (episodio actual o más reciente): hipomaniaco/depresivo.*
- F34.0. Trastorno ciclotímico (371)
- F31.9. Trastorno bipolar no especificado (374)
- F06.xx. Trastorno del estado de ánimo debido a (indicar enfermedad médica) (357)
- .32. Con síntomas depresivos
- .32. Con síntomas de depresión mayor
- .30. Con síntomas maníacos
- .33. Con síntomas mixtos
- Trastorno del estado de ánimo inducido

por sustancias (Consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (379)

*Especificar tipo: con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos.*

*Especificar si es de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.*

F39. Trastorno del estado de ánimo no especificado (384)

### Trastornos de ansiedad (401)

- F41.0. Trastorno de angustia sin agorafobia (405)
- F40.01. Trastorno de angustia con agorafobia (405)
- F40.00. Agorafobia sin historia de angustia (412)
- F40.2. Fobia específica (414)
- Especificar tipo: ánimo, ambiental, sangre, inyecciones-daño, situacional, otro tipo.*
- F40.1. Fobia social (421)
- Especificar si es generalizada.*
- F42.8. Trastorno obsesivo-compulsivo (428)
- Especificar si es con poca conciencia de enfermedad.*
- F43.1. Trastorno por estrés postraumático (434)
- Especificar si es agudo/crónico.*
- Especificar si: De inicio demorado.*
- F43.0. Trastorno por estrés agudo (440)
- F41.1. Trastorno de ansiedad generalizada (444)
- F06.4. Trastorno de ansiedad debido a (indicar enfermedad médica) (448)
- Especificar si es con ansiedad generalizada, con crisis de angustia/ con síntomas obsesivo-compulsivos.*
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos

específicos de cada una de ellas) (451)  
*Especificar si es con ansiedad generalizada, con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos, con síntomas fóbicos.*  
*Especificar si es de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.*

F41.9. Trastorno de ansiedad no especificado (456)

### Trastornos somatoformes (457)

F45.0. Trastorno de somatización (457)  
 F45.1. Trastorno somatomorfo indiferenciado (462)  
 F44.x. Trastorno de conversión (464)  
 .4. Con síntomas o déficits motores  
 .5. Con crisis o convulsiones  
 .6. Con síntomas o déficits sensoriales  
 .7. Con presentación mixta  
 F45.4. Trastorno por dolor (470)  
*Especificar tipo: asociado a factores psicológicos/ asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.*  
*Especificar si es agudo o crónico.*  
 F45.2. Hipocondría (475)  
*Especificar si es con poca conciencia de enfermedad.*  
*Especificar tipo: con predominio de signos y síntomas.*  
 F45.2. Trastorno dismórfico corporal (478)  
 F45.9. Trastorno somatomorfo no especificado (481)

### Trastornos facticios (483)

F68.1. Trastorno facticio (483)  
*Especificar tipo: con predominio de signos y síntomas psicológicos/con predominio de signos y síntomas somáticos / con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos.*  
 F68.1. Trastorno facticio no especificado (487)

### Trastornos disociativos (483)

F44.0. Amnesia disociativa (490)  
 F44.1. Fuga disociativa (493)  
 F44.81. Trastorno de identidad disociativo (496)  
 F48.1. Trastorno de despersonalización (500)  
 F44.9. Trastorno disociativo no especificado (502)

### Trastornos sexuales y de la identidad sexual (505)

#### Trastornos sexuales (505)

Se aplicarán los siguientes especificadores a todos los trastornos sexuales primarios: Especificar tipo: de toda la vida, adquirido, general, situacional, debido a factores psicológicos/debido a factores combinados.

#### Trastornos del deseo sexual

F52.0. Deseo sexual hipoactivo (508)  
 F52.10. Trastorno por aversión al sexo (511)

#### Trastornos de la excitación sexual

F52.2. Trastorno de la excitación sexual en la mujer (512)  
 F52.2. Trastorno de la erección en el varón (514)

#### Trastornos orgásmicos

F52.3. Trastorno orgásmico femenino (517)  
 F52.3. Trastorno orgásmico masculino (520)  
 F52.4. Eyaculación precoz (522)

#### Trastornos sexuales por dolor

F52.6. Dispareunia (no debida a una enfermedad médica) (524)

F52.5. Vaginismo (no debido a una enfermedad médica) (526)

### Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (528)

N94.8. Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a (indicar enfermedad médica) (528)  
 N50.8. Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a (indicar enfermedad médica) (528)  
 N48.4. Trastorno de la erección en el varón debido a (indicar enfermedad médica) (528)  
 N94.1. Dispareunia femenina debida a (indicar enfermedad médica) (528)  
 N50.8. Dispareunia masculina debida a (indicar enfermedad médica) (528)  
 N94.8. Otros trastornos sexuales femeninos debidos a (indicar enfermedad médica) (528)  
 N50.8. Otros trastornos sexuales masculinos debidos a (indicar enfermedad médica) (528)

- Trastorno sexual inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos de cada una de ellas) (532)  
*Especificar si es con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo/con dolor sexual.*  
*Especificar si es de inicio durante la intoxicación.*

F52.9. Trastorno sexual no especificado (535)

#### Parafilias

F65.2. Exhibicionismo ((538)  
 F65.0. Fetichismo (539)  
 F65.8. Frotteurismo (539)  
 F65.4. Pedofilia (540)  
*Especificar si es con atracción sexual por los varones, con atracción sexual por las*

*mujeres, con atracción sexual por ambos sexos.*  
*Especificar si es limitada al incesto.*  
*Especificar tipo: exclusiva/no exclusiva.*  
 F65.5. Masoquismo sexual (541)  
 F65.5. Sadismo sexual (542)  
 F65.1. Fetichismo transvestista (543)  
*Especificar si es con disforia sexual.*  
 F65.3. Voyeurismo (544)  
 F65.9. Parafilia no especificada (545)

### Trastornos de la identidad sexual (545)

F64.X. Trastorno de la identidad sexual (545)  
 .2. En la niñez  
 .0. En la adolescencia o en la vida adulta  
*Especificar si es con atracción sexual por los varones, con atracción sexual por las mujeres, con atracción sexual por ambos, sin atracción sexual por ninguno.*  
 F64.9. Trastorno de la identidad sexual no especificado (551)  
 F52.9. Trastorno sexual no especificado (551)

### Trastornos de la conducta alimentaria (553)

F50.0. Anorexia nerviosa (553)  
*Especificar tipo: restrictivo / compulsivo / purgativo.*  
 F50.2. Bulimia nerviosa (559)  
*Especificar tipo: purgativo/no purgativo.*  
 F50.9. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (564)

### Trastornos del sueño (565)

#### Trastornos primarios del sueño (566)

#### Disomnias (566)

F51.0. Insomnio primario (567)  
 F51.1. Hipersomnia primaria (571)  
*Especificar si es recidivante.*

- G47.4. Narcolepsia (576)  
 G47.3. Trastorno del sueño relacionado con la respiración (581)  
 F51.2. Trastorno del ritmo circadiano (588)  
*Especificar tipo: sueño retrasado, "jet-lag", cambios de turno de trabajo/no especificado.*  
 F51.9. Disomnía no especificada (594)

**Parasomnias (594)**

- F51.9. Pesadillas (595)  
 F51.4. Terrores nocturnos (598)  
 F51.3. Sonambulismo (603)  
 F51.8. Parasomnía no especificada (607)

**Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental (608)**

- F51.0. Insomnio relacionado con (indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (608)  
 F51.1. Hipersomnía relacionada con (indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (608)

**Otros trastornos del sueño**

- G47.x. Trastorno del sueño debido a (indicar enfermedad médica) (613)  
 .0. Tipo insomnio  
 .1. Tipo hipersomnía  
 .8. Tipo parasomnía  
 .8. Tipo mixto  
 - Trastorno del sueño inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (617)  
*Especificar tipo: insomnio, hipersomnía, parasomnía, mixto.*  
*Especificar si es de inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.*

**Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (625)**

- F63.8. Trastorno explosivo intermitente (625)

- F63.2. Cleptomanía (628)  
 F63.1. Piromanía (630)  
 F63.0. Juego patológico (632)  
 F63.3. Tricotilomanía (634)  
 F63.9. Trastorno del control de los impulsos no especificado (637)

**Trastornos adaptativos (639)**

- F43.xx. Trastorno adaptativo (639)  
 .20. Con estado de ánimo depresivo  
 .28. Con ansiedad  
 .22. Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo  
 .24. Con trastorno de comportamiento  
 .25. Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento  
 .9. No especificado.  
*Especificar si es agudo o crónico.*

**Trastornos de la personalidad (645)**

Nota: Se codifican en el Eje II.

- F60.0. Trastorno paranoide de la personalidad (650)  
 F60.1. Trastorno esquizoide de la personalidad (654)  
 F21. Trastorno esquizotípico de la personalidad (657)  
 F60.2. Trastorno antisocial de la personalidad (662)  
 F60.31. Trastorno límite de la personalidad (666)  
 F60.4. Trastorno histriónico de la personalidad (671)  
 F60.8. Trastorno narcisista de la personalidad (674)  
 F60.6. Trastorno de la personalidad por evitación (678)  
 F60.7. Trastorno de la personalidad por dependencia (682)  
 F60.5. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (685)  
 F60.9. Trastorno de la personalidad no especificado (689)

**Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (691)****Factores psicológicos que afectan al estado físico (691)**

F54. (Especificar el factor psicológico que afecta a (indicar enfermedad médica) (691)

Elegir según la naturaleza de los factores:

- Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica.
- Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica.
- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica.
- Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica.
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica.
- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica.

**Trastornos motores inducidos por medicamentos (694)**

- G21.1. Parkinsonismo inducido por neurolepticos (694)  
 G21.0. Síndrome neuroleptico maligno (695)  
 G24.0. Disonia aguda inducida por neurolepticos (695)  
 G21.1. Acatisia aguda inducida por neurolepticos (695)  
 G24.0. Discinesia tardía inducida por neurolepticos (695)  
 G25.1. Temblor postural inducido por medicamentos (695)  
 G25.9. Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado (695)

**Trastornos inducidos por otros medicamentos**

T88.7. Efectos adversos de los medicamentos no especificados (696)

**Problemas de relación (696)**

- Z63.7. Problemas de relación asociados a un trastorno mental o a una enfermedad médica (696)  
 Z63.8. Problemas paterno-filiales (código Z63.1 si el objeto de atención es el niño) (696)  
 Z63.0. Problemas conyugales (697)  
 F93.3. Problemas de relación entre hermanos (697)  
 Z63.9. Problemas de relación no especificados (697)

**Problemas relacionados con el abuso o negligencia (697)**

- T74.1. Abuso físico del niño (697)  
 T74.2. Abuso sexual del niño (697)  
 T74.0. Negligencia de la infancia (698)  
 T74.1. Abuso físico del adulto (698)  
 T74.2. Abuso sexual del adulto (698)

**Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica (698)**

- Z91.1. Incumplimiento terapéutico (698)  
 Z76.5. Simulación (698)  
 Z72.8. Comportamiento antisocial del adulto (699)  
 Z72.8. Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (699)  
 R41.8. Capacidad intelectual límite (699)  
 R41.8. Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (699)  
 Z63.4. Duelo (700)  
 Z55.8. Problema académico (700)  
 Z56.7. Problema laboral (700)  
 F93.8. Problema de identidad (700)  
 Z71.8. Problema religioso o espiritual (700)  
 Z60.3. Problema de aculturación (701)

Z60.0. Problema biográfico (701)

**Códigos adicionales**

- F99. Trastorno mental no especificado (no psicótico) (703)
- Z03.2. Sin diagnóstico o estado en el Eje I (703)
- R69. Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I (703)
- Z03.2. Sin diagnóstico en el Eje II (703)
- R46.8. Diagnóstico aplazado en el Eje II (703)

**Evaluación multiaxial**

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno relacionado a un área distinta de información. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

- Eje I.** Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- Eje II.** Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- Eje III.** Enfermedades médicas.
- Eje IV.** Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V.** Evaluación de la actividad global.

**Eje I. Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos ellos e indicar en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta. Cuando una persona presenta un trastorno

| EJE I   |
|---|
| Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II).</li> <li>- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.</li> <li>- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica.</li> <li>- Trastornos relacionados con sustancias.</li> <li>- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</li> <li>- Trastornos del estado de ánimo.</li> <li>- Trastornos de ansiedad.</li> <li>- Trastornos somatomorfos.</li> <li>- Trastornos facticios.</li> <li>- Trastornos disociativos.</li> <li>- Trastornos sexuales y de la identidad sexual.</li> <li>- Trastornos de la conducta alimentaria.</li> <li>- Trastornos del sueño.</li> <li>- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.</li> <li>- Trastornos adaptativos.</li> <li>- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.</li> </ul> |

| EJE II   |
|--|
| Trastornos de la personalidad. Retraso mental.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno paranoide de la personalidad.</li> <li>- Trastorno esquizoide de la personalidad.</li> <li>- Trastorno esquizotípico de la personalidad.</li> <li>- Trastorno antisocial de la personalidad.</li> <li>- Trastorno límite de la personalidad.</li> <li>- Trastorno histriónico de la personalidad.</li> <li>- Trastorno narcisista de la personalidad.</li> <li>- Trastorno de la personalidad por evitación.</li> <li>- Trastorno de la personalidad por dependencia.</li> <li>- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.</li> <li>- Trastorno de la personalidad no especificado.</li> <li>- Retraso mental.</li> </ul> |

del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponden al Eje I.

**Eje II. Trastornos de la personalidad. Retraso mental**

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También pueden utilizarse para hacer constar mecanis-

mos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, debe añadirse la frase "diagnóstico principal" o "motivo de consulta" tras el diagnóstico del Eje II.

**Eje III: Enfermedades médicas**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo "Trastornos mentales" de la CIE-10 (y fuera del cap. V de la CIE-9-MC).

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el Eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el Eje I como en el Eje II (ejemplo hipotiroidismo como causa directa de síntomas depresivos). En otros casos las enfermedades médicas deben codificarse en el Eje III a causa de su importancia para la comprensión general o el tratamiento del sujeto afecto de trastorno mental.

**Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un

| EJE III  |
|--|
| Enfermedades médicas (con códigos CIE-10)  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99).</li> <li>- Neoplasias (C00-D48).</li> <li>- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias (D50-D89).</li> <li>- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90).</li> <li>- Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99).</li> <li>- Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59).</li> <li>- Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides (H60-H95).</li> <li>- Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99).</li> <li>- Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99).</li> <li>- Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93).</li> <li>- Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-99).</li> <li>- Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99).</li> <li>- Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99).</li> <li>- Embarazo, parto y puerperio (O00-O99).</li> <li>- Patología perinatal (P00-P96).</li> <li>- Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q00-Q99).</li> <li>- Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados.</li> <li>- Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa (S00-T98).</li> <li>- Morbilidad y mortalidad de causa externa (V01-Y98).</li> <li>- Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99).</li> </ul> |

estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene problemas para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planteamiento de la intervención terapéutica general.

Los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, abuso sexual o físico, perturbación familiar por separación, abandono del niño, etc.

- Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, vivir solo, apoyo social inadecuado, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, etc.

- Problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o compañeros de la clase, etc.

- Problemas laborales: Por ejemplo, desempleo, trabajo estresante, cambio de trabajo, insatisfacción laboral, conflictos con el jefe, etc.

- Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, conflictos con vecinos, etc.

**EJE III**

**Enfermedades médicas con códigos CIE-9-MG**

- Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139).
- Neoplasias (140-239).
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos de la inmunidad (240-279).
- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (280-289).
- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales (320-389).
- Enfermedades del sistema circulatorio (390-459).
- Enfermedades del sistema respiratorio (460-519).
- Enfermedades del sistema digestivo (520-579).
- Enfermedades del sistema genitourinario (580-629).
- Complicaciones de embarazo, parto y puerperio (630-676).
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (680-709).
- Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo (710-739).
- Anomalías congénitas (740-759).
- Algunos trastornos originados en el periodo perinatal (760-779).
- Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad (780-799).
- Traumatismos y envenenamientos (800-999).

**EJE IV**

**Problemas psicosociales y ambientales**

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Problemas relativos al ambiente social.
- Problemas relativos a la enseñanza.
- Problemas laborales.
- Problemas de vivienda.
- Problemas económicos.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen.
- Otros problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, etc.

- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, seguro médico inadecuado, etc.

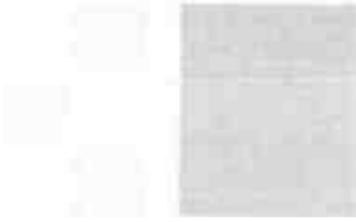
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamientos, juicios, etc.

- Otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición a desastres, guerra, ausencia de servicios sociales, etc.

**Eje V: Evaluación de la actividad global**

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planificar el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral.



## **Bibliografía**

ALEXANDER, FG., SELENICK, ST. The history of psychiatry, The American Library. New York, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 3rd ed. A.P.A. Washington, D.C., 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. A.P.A. Washington, D.C., 1997.

ANTON ALMENARA, P. *Ética y Legislación de Enfermería*. Editorial Masson, Barcelona, 1997.

ARECHEDERRA ARANZADI, J.J. *Psiquiatría y derechos humanos*. Editorial You & US, Madrid, 1998.

ARTAL J, HERRON A, VALQUEZ-BARQUERO JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Grupo Aula Medica S.A. Libros Princes, 1998.

ARTHUR, D., DOWLING, J., SHARKEY, R., *Mental Health Nursing: Strategies for working with the difficult client*. Harcourt Brace, Australia, 1992.

ASEN, K.E., TOMSON, P. *Intervención Familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Paidós, Barcelona, 1997.

ASOCIACION MUNDIAL DE PSIQUIATRIA. *Enseñanza y aprendizaje de la esquizofrenia*. Janssen-Cilag.

BADGER, JM., *Calming the anxious patient*. Am J Nurs, 1994.

BERNAR, DJ. *La Bioética*. Debate. Madrid, 1994.

BERNE, E., *Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatric*. Grove Press, New York, 1961.

BERNE, E. *Juegos en que participamos*. Diana, México, 1976.

BLACK, DW., YATES, WR., ANDREASEN, NC. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastornos delirantes. En: Tratado de Psiquiatría. Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Ancora, Barcelona, 1989.

BLEULER, E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York, International University Press, New York, 1950.

CABRERA, J. Efectos secundarios y tóxicos de los psicofármacos. Su tratamiento. Roche, Madrid, 1988.

CABRERA, R. Toxicología de los psicofármacos. Laboratorios Beecham, S.A. 1993.

CÓDIGO CIVIL. Colex Editorial, 1991.

CODIGO DEONTOLÓGICO de la Enfermería española.

COLONNA, L. Cuadernos de la Enfermera. Psiquiatría. Toray-Masson, 1981.

COMIT... DE EXPERTS GRISAM. La Infermeria en l'atenció a la Salut Mental a Catalunya. Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitaria de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1990.

COOK, J.S. FONTAINE, K.L. Enfermería Psiquiátrica. Interamericana McGraw-Hill, 1990.

COOKS, JS. FONTAINE KL. Enfermería psiquiátrica. McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1993.

COSTA I MOLINARI, J.M. Manual de Psiquiatría. Manuals de la Universitat Autònoma de Barcelona, 1994.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya. 1988.

EDITORIAL. Las prestaciones en la salud mental. Psiquiatría Pública vol. 6, n.º 4, 1994.

ESCOHOTADO, A., Historia de las drogas. Alianza.

ESCRIBANO, J. (1994). Infermeria Psiquiátrica. Dossiers Escola Universitària d'Infermeria Sta. Madrona, 1994.

FERNÁNDEZ LIVIO, A. Los Programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos. Un modelo de Case Management para la reforma psiquiátrica en Madrid. R.R.P.J.C. vol. 1 n.º 0 pp 32-36, 1995 A.R.A.P.D.I.S.

FORNES, J. (1997). Registros de Enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. Revista de Enfermería ROL n.º 223 pags. 56-63.

FORTINASH, K., HOLDA, Y., WORRET, P. (1995). Psychiatric Nursing Care Plans. Mosby.

FRANCES, A., FIRST, M.B., PINCUSHA. DSM-IV Guía de Uso. Masson SA, Barcelona, 1997.

FREEDMAN, A., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Compendio de Psiquiatría. Salvat, Barcelona, 1984.

FREEMAN, H. Schizophrenia and City Residence. British Journal of Psychiatry, 164 (suppl. 23): 39-50, 1994.

FREIXA, F., SOLER INSA, P.A., Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Fontanella, Barcelona, 1981.

GAMELLA, J., La historia de Julián. Madrid, 1990.

GARCÍA, C. Nuevos Antipsicóticos atípicos. Masson, S.A., Barcelona, 1996.

GONZALEZ MONCLUS, E. Psicofarmacología aplicada. Organon Española, S.A., Barcelona, 1993.

GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. Mosby/Doyma Libro, 1996.

GORDON, M. Diagnóstico Enfermería. Proceso y Aplicación. 3.ª ed, Mosby/Doyma, Barcelona, 1997.

HERNÁNDEZ, M. La Salud Mental en Atención Primaria. Realidades y controversias. Archivos de Neurobiología 1997; 60 (3): 201-6. Madrid.

HOFLING, CH. K., LEININGER, M., BREGG, E. Enfermería Psiquiátrica. Editorial Interamericana S.A, 1970.

IRVING, S. Enfermería Psiquiátrica. Interamericana, México, 1975.

ISAACS, I., Enfermería de salud mental y psiquiátrica, 2.ª ed, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1998.

JOHNSON, B.S., Biblioteca Enfermería profesional: Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 4.ª ed, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2000.

KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. Schizophrenia. In: Synopsis of Psychiatry. Williams & Wilkins. Seventh edition. Baltimore, 1994.

KING, I. Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos. Limusa, México, 1984.

KRAMER, J.F., CAMERON, D.C., Manual sobre dependencias de las drogas, OMS. Ginebra, 1975.

KRUPNICK, S.L.W., WADW, A.J., Psy-

chiatric Care Planning, Springhouse Corporation, Pennsylvania, 1993.

KYES, J. HOFLING, CH. K. Enfermería Psiquiátrica. Nueva Editorial Interamericana, 1982.

LAMY, PP., Understanding and managing Alzheimer's disease, J Pract Nurs 6:45, 1993.

LONG BC. PHIPPS, WS. Enfermería Médico-Quirúrgica. Interamericana Mac Graw. México, 1985.

MARRIMER, A., RAILE, M, Modelos y teorías de enfermería. Mosby, Madrid, 1999.

MARTÍ, JL., MURCIA ML. Enfermedad Mental y entorno urbano. Metodología e investigación. Anthropos. Editorial del Hombre, Barcelona, 1988.

MARTÍN ZURRO, A., CANO PÉREZ, JF. Atención Primaria. 4ª edición, Salvat.

MASON E B. Normas de Calidad de Enfermería. Métodos de Elaboración. Doyma, Barcelona, 1992.

McGOVERN, M, WHITCHER, S., Altschul's Psychiatric and mental health Nursing, 7ª ed, Baillière Tindall, 1994.

MENCHON, M, PONS, V. Historia de la TEC. Masson-Salvat, Barcelona, 1994.

MORENO, J. Psicoterapia de grupo y psicodrama. Fondo de cultura económica, México, 1959.

MORRISON, M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Harcourt Brace-Masson, Madrid, 1999.

MUÑOZ, P E., RIVERA, J L G., VELA, A.,

ARANA, J. *Psiquiatría social. Manual de psiquiatría*. Editorial Karpos, Madrid, 1980.

NATIONAL DEPRESSIVE AND MANIAC-DEPRESSIVE ASSOCIATION (NDMDA): *Depression and bipolar illness*. The Association, Chicago, 1993.

NEWBERN, UB., Is it really Alzheimer's, *Am J Nurs* 91(2): 51, 1991.

NOVEL, G., LLUCH, T. *Enfermería psico-social*. Salvat Editores S.A., Barcelona, 1991.

OMS. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Ministerio de Sanidad.

OMS. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Setiembre, 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *Clasificación internacional de los Trastornos Mentales*. 10ª ed. O.M.S.

ORTEGA MONASTERIO, L., *Valoración médico-forense de los criterios clínicos del internamiento forzoso*. Revista Española Medicina Legislativa, Julio-Diciembre, 1986.

OTERO, A. *Esquemas de diagnóstico y tratamiento: Trastornos de la Personalidad*. Editorial JIMS, 1995.

PEARLS, F. *El enfoque gestáltico, testimonio de terapia*. Cuatro vientos, Santiago de Chile, 1976.

PEARSON, A., VAUGHAN, B., FITZGERALD, M. *Nursing Models for Practice*, second ed, Butterworth Heinemann, Oxford, 1998.

PEPLAU, H. *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Ediciones Científicas y Técnicas S.A, 1990.

PEPLAU, H.E. *Relaciones Interpersonales en enfermería*. Masson-Salvat, Barcelona, 1990.

DEL REY, J., Y OTROS. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª Edición, Masson Salvat, Barcelona, 1991.

*Medicina preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Masson-Salvat, 1991.

REGINALD PELLETIER, L., *Enfermería psiquiátrica*, Doyma, Barcelona, 1990.

REPETTO, M. Y Colaboradores. *Toxicología de la drogadicción*. Díaz de Santos, Madrid, 1985.

RIGOL, A., UGALDE, M. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría*. Serie Manuales de Enfermería. Salvat, Barcelona, 1991.

RIGOL, A., UGALDE, M. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Salvat Editores S.A, 1991.

ROJO, JE., VALLEJO, J. *Terapia Electroconvulsiva*. Masson-Salvat, Barcelona, 1994.

ROJO, R. *Técnicas de aplicación de la TEC*. Masson-Salvat, Barcelona, 1994.

SANFELIU, V. *Problemas Psiquiátricos*. Masson, 1991.

SANFELIU, V. *Problemas psiquiátricos*. Masson, Barcelona, 1993.

SERRALLONGA, J., TURON, V., MENCHÓN, J.M. *Esquemas de diagnóstico y tratamiento: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Editorial JIMS, 1995.

SIMPSON, H. *Modelo de Peplau. Aplicación práctica*. Masson-Salvat, Barcelona, 1992.

STUART, GW., SUNDEE, SJ., *Principles and practice of psychiatric nursing*, ed 5, Mosby, St Louis, 1995.

STUART, GW., SUNDEEN, SJ., *Pocket guide to psychiatric nursing*, ed 3, Mosby, St Louis, 1995.

SZASZ, T. *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu editores, Argentina, 1982.

TAYLOR, CM. *Essentials of Psychiatric Nursing*, ed 14, Mosby, St Louis, 1994.

TIZÓN, JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Ediciones Doyma, Barcelona, 1988.

UGALDE, RIGOL, A. *Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA*. Masson S.A, 1995.

VALLEJO RUILOBA, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Masson S.A. Barcelona.

VALLEJO, J. *Introducción a la psicopatología y al psiquiatra*. Masson, Barcelona, 1996.

VALQUEZ BARQUERO, JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Grupo Aula Médica S.A. libros Princes, 1998.

WESLEY, R.L., *Teorías y modelos de enfermería*, 2ª ed, McGraw-Hill Interamericana, México, 1995.

ZARIFIAN, E. *Los jardineros de la locura*. Espasa Calpe, Madrid, 1990.