

Manual de procedimientos de enfermería en psiquiatría

Editorial Ciencias Médicas

Protocolos de actuación de enfermería

Protocolos de actuación de enfermería



La Habana, 2011

Protocolos de actuación de enfermería / Colectivo de autores.

La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011

100 p. : il.

Diseño de cubierta: D. I. José Manuel Oubiña González

© Colectivo de autores, 2011

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2011

ISBN 978-959-212-389-2

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 No. 177 entre N y O, Edificio Soto,

El Vedado, La Habana, CP: 10400, Cuba

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 832 5338/838 3375

Autores

Lic. Antonio González Castillo. Profesor Instructor Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Miguel Enríquez”. Departamento de Psiquiatría Hospital Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”.

Lic. Janet Martínez Sandrino. Profesora Instructora Facultad de Ciencias Médicas de 10 de Octubre. Funcionaria del Departamento de Enfermería. Dirección Provincial de Salud.

MSc. Jacquelin Marely Alemán Martínez. Profesora Asistente Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Miguel Enríquez”. Subjefa docente. Hospital Universitario “Miguel Enríquez”.

Msc. Dorys Fernández Hernández. Subjefa Docente. Hospital Psiquiátrico “Isidro de Armas”.

Lic. Susana Sánchez Cintas. Profesora Instructora Facultad “Julio Trigo”. Subjefa docente Hospital Psiquiátrico “27 de noviembre”.

Lic. Eneida Martínez Gutiérrez. Vicedirectora Provincial de Enfermería.

Enf. Manuel Vadell Taoba. Especializado en Psiquiatría y MNT. Jefe de Servicio de la Sala de Psiquiatría Hospital Clínico Quirúrgico “Salvador Allende”.

Enf. Gerardo Castro Medina. Téc. Hospital Psiquiátrico “27 de noviembre”.

Introducción

La salud mental es el estado de bienestar físico, psíquico y social de los individuos, donde el entorno en que reside influye en la génesis de la enfermedad, en su tratamiento, rehabilitación y prevención; así como en la promoción de salud.

Por ello el trabajo en este campo de intervención se hace complejo y debe ser realizado por un equipo de trabajo que estará constituido por profesionales y técnicos de la salud, donde el enfermero juega un papel por su perfil ocupacional.

En la actualidad, el enfermero necesita hacer un inventario de su práctica, su educación y su investigación.

Se requiere estar bien preparado para los cambios que se avecinan en el cuidado del enfermo mental, y como profesionales del ramo, tendremos que iniciar la búsqueda de nuevas guías de enfermería que sean factibles en el sistema de salud actual, orientados en los últimos descubrimientos de las neurociencias donde el papel del enfermero sea el de proporcionar cuidados de eficiencia y calidad, especialmente para aquellos pacientes con trastornos mentales de larga evolución.

En esta guía de buenas prácticas, incluimos los cuidados de enfermería que se relacionan con las afecciones psiquiátricas que más frecuentemente vemos en la práctica diaria. La descripción de estas patologías y los cuidados de enfermería que requieren, está avalada por la necesidad de su conocimiento y por la importancia de que la formación de recursos humanos altamente calificados tenga una base profunda y científica.

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

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

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

La intervención de enfermería en el manejo del paciente psiquiátrico se divide en las medidas generales que deben ser aplicadas con todos los pacientes y las medidas específicas de acuerdo con el cuadro clínico de la enfermedad.

Debido a los trastornos Psiquiátricos que con mayor frecuencia se presentan en el servicio, se hace necesario el abordaje inmediato de estos pacientes, en forma oportuna y acertada por parte del personal de enfermería

La enfermera de cualquier campo de la salud y en concreto la que trabaja en Psiquiatría, debe tener en cuenta la importancia de la relación enfermera-paciente, que debe estar guiada principalmente por el respeto y orientada hacia el bienestar y la integridad del usuario.

Los avances tecnológicos en el campo de la salud, nos muestran que el profesional de enfermería psiquiátrica debe tener incorporado en su ejercicio profesional principios éticos, visión humanística, conocimientos básicos de las leyes y sentido de responsabilidad, que lo capaciten para prestar una atención integral adecuada.

Contenido

Capítulo 1. Implicaciones éticas y legales en los cuidados de la enfermería psiquiátrica. Derechos de los pacientes/ 1

Implicaciones éticas en el cuidado del paciente / 1

Bioética y principios éticos/ 2

Principios bioéticos y relación enfermera-paciente/ 2

Características del comportamiento ético de la enfermera/ 3

Código Deontológico de Enfermería/ 3

Deberes del profesional de enfermería (Código Deontológico)/ 3

Derechos de los pacientes en psiquiatría (Código Deontológico)/ 4

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba/ 5

Clausula final limitante/ 6

Nota complementaria/ 6

Deberes de los profesionales de enfermería psiquiátrica / 6

Secreto profesional/ 7

Prohibiciones contempladas en ley del ejercicio profesional de la enfermería psiquiátrica/ 8

Sanciones establecidas en ley del ejercicio profesional de la enfermería/ 8

Consentimiento informado/ 8

Custodia y cuidado del paciente/ 10

Implicaciones legales del profesional de la enfermería psiquiátrica/ 10

Capítulo 2. Cuidados generales de enfermería en los servicios de psiquiatría / 11

Aseo e higiene/ 12

Vestido/ 12

Nutrición e hidratación/ 13

Descanso y sueño reparador/ 13

Seguridad/ 14

Medidas Terapéuticas (contención mecánica)/ 14

Registro/ 15

Orientación/ 15

Necesidad de relación y movimientos corporales/ 15

Cuidados específicos del enfermo psiquiátrico en alimentación y aseo/ 16

Cuidados específicos en la alimentación/ 16

Cuidados específicos del enfermo en el aseo/ 17
Procedimientos generales de aseo/ 17
Finalidad general/ 18
Normas de actuación general/ 18

Capítulo 3. Cuidados de enfermería en la esquizofrenia/ 20

Objetivos a corto plazo 2 / 21
Objetivos a largo plazo/ 22
Plan de cuidados de enfermería/ 22

Capítulo 4. Cuidados de enfermería en las conductas maniacas/ 25

Objetivos a corto plazo/ 26
Objetivos a largo plazo/ 26
Plan de cuidados de enfermería/ 26

Capítulo 5. Cuidados de enfermería en las alucinaciones/ 30

Objetivos a corto plazo/ 31
Objetivos a largo plazo/ 31
Plan de cuidados de enfermería/ 31

Capítulo 6. Cuidados de enfermería en las ideas delirantes/ 34

Objetivos a corto plazo/ 35
Objetivos a largo plazo/ 35
Plan de cuidados de enfermería/ 35

Capítulo 7. Actuación ante pacientes agresivos o agitados/ 38

Capítulo 8. Protocolo de la sujeción mecánica y terapéutica/ 39

Sujeción mecánica/ 39
Indicaciones/ 39
Principios generales / 40
Equipo de sujeción/ 41
Sujeción terapéutica/ 41
Indicaciones/ 42
Principios generales/ 42
Equipo de sujeción/ 43
Técnica/ 43
Acciones de enfermería en un paciente sujeto terapéuticamente/ 44

Capítulo 9. Intento suicida/ 46

Comportamiento suicida/ 46
Causas/ 47

Síntomas/ 48
Tratamiento/ 49
Expectativas (pronóstico)/ 49
Complicaciones/ 50
Cuidados en pacientes con ideas suicidas / 50

Capítulo 10. Protocolo de terapia electroconvulsiva/ 51

Requisitos ético-legales/ 52
Indicaciones/ 52
Contraindicaciones/ 53
Cuidados de enfermería, antes, durante y después del tratamiento/ 53
Estado del paciente después del tratamiento/ 55

Capítulo 11. Epilepsia. Convulsiones/ 56

Atención de enfermería en crisis convulsivas/ 56

Capítulo 12. Retraso mental/ 58

Intervención de enfermería según la valoración por patrones funcionales de salud/ 59
Patrón percepción y control de la salud/ 59
Patrón nutricional metabólico/ 60
Patrón de eliminación/ 61
Patrón actividad-ejercicio/ 62
Patrón sueño-descanso/ 62
Patrón cognitivo-perceptivo/ 63
Patrón auto percepción autoconcepto/ 63
Patrón rol relaciones/ 64
Patrón de sexualidad- reproducción/ 64
Patrón de adaptación-tolerancia al estrés/ 64
Patrón de valores y creencias/ 65

Capítulo 13. Cuidados de enfermería en psicogeriatría/ 66

Demencia senil/ 66
Etiología/ 67
Cuidados de enfermería/ 68
Cuidados en la boca del anciano/ 68
Paciente inmovilizado/ 69
Importancia de inmovilidad/ 69
Causas más frecuentes/ 70
Consecuencias/ 70
Úlceras por presión/ 71

- Factores de riesgo/ 72
- Prevención de úlceras por presión/ 73
- Plan de actuación ante pacientes inmovilizados/ 73
 - Reconocimiento del problema/ 74
 - Valoración de la inmovilidad/ 74
 - Prevención de las complicaciones/ 74
 - Plan de movilización progresivo/ 78
- Caídas/ 78
 - Forma de levantarse tras una caída/ 80
 - Consecuencias de una caída/ 80
 - Medidas preventivas para evitar la caída/ 81
 - Medidas para atenuar las consecuencias de las caídas / 82

Capítulo 14. Cuidados en la hipotermia/ 83

- Lesiones sistémicas por frío/ 83
- Escenarios donde es más frecuente la hipotermia / 84
- Tratamiento del trauma térmico por frío/ 84

Capítulo 15. Broncoaspiración/ 85

- Neumonía por aspiración en el anciano/ 85
- Maniobra de Heimlich/ 87
 - Secuencia para el tratamiento de la obstrucción de la vía aérea en adultos y adolescentes/ 87

Capítulo 16. Psiquiatría y medicina alternativa/ 89

- Medicina natural/ 89
- Tratamiento natural de la demencia senil/ 90
 - Fitoterapia/ 90
- Tratamiento natural de la depresión/ 91
 - Fitoterapia/ 91
- Tratamiento natural contra la ansiedad/ 92
 - Fitoterapia/ 92
- Tratamiento natural del estrés o tensión emocional / 94
 - Fitoterapia/ 94
 - Vitaminas, minerales y otros suplementos para el estrés / 95
 - Otras terapias naturales para el estrés/ 95
- Tratamiento natural del insomnio/ 96
 - Fitoterapia/ 96

Implicaciones éticas y legales en los cuidados de la enfermería psiquiátrica. Derechos de los pacientes

Durante la atención de enfermería se presentan escenarios que implican derechos, deberes y obligaciones del profesional, tanto para sus pacientes, colegas y público en general. Es conveniente que los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de psiquiatría conozcan y razonen sobre la ley que rige su profesión, el Código Deontológico, para así prestar una atención integral enmarcada en los principios y normas legales de nuestro ordenamiento jurídico vigente.

Por ello es necesario identificar las implicaciones éticas y legales que tienen estos profesionales, lo cual permitirá orientar o reforzar la información que estos manejan sobre el aspecto anteriormente mencionado. El concepto de profesional incluye responsabilidad legal y moral en cuanto a los actos que realicen.

En este orden de ideas, este documento intenta beneficiar a los colegas que ejercen su profesión sin la información necesaria, y llevar, a través de la multiplicación y divulgación de este tema, a todas los hospitales y departamentos de psiquiatría del país las implicaciones éticas y legales en la atención de pacientes con patología psiquiátrica.

La ética proporciona estándares profesionales para las actividades, los mismos protegen tanto a la enfermera como al paciente.

Implicaciones éticas en el cuidado del paciente

La “moral” es un conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo.

La “ética” es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser, determina que es lo correcto y lo incorrecto.

Si obras “de acuerdo con la ética” se corresponde a obrar de acuerdo a un código definido de antemano; si me aparto de la norma constituye una actitud o un comportamiento no ético.

La “bioética” es la ciencia que estudia los problemas éticos que surgen en la aplicación de la ciencia y la técnica en los ámbitos de la salud. Los principios de la bioética son las normas básicas que deben guiar la práctica profesional de las ciencias de la salud.

Bioética y principios éticos

- Beneficencia: hacer el bien, atención de calidad, mantener la competencia y desempeño profesional.
- No-maleficencia: no hacer el mal.
- Autonomía: aceptación del paciente como persona responsable y libre para tomar decisiones, consentimiento informado.
- Justicia: distribución equitativa de bienes dar a cada quien lo suyo. No derrochar recursos. el paciente es primero. Atender al más necesitado. Conseguir lo más adecuado para realizar las acciones de enfermería con independencia del status social.
- Fidelidad: cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente a su cuidado. Secreto profesional es la obligación de guardar reserva sobre la información que atañe al paciente que se atiende, mientras éste no autorice a divulgarla.
- Veracidad: decir la verdad, comunicación de errores. (Las mentiras piadosas al paciente. Ocultar el error de un colega).
- El centro de interés profesional es el cuidado de la persona (ser biopsicosocial).

Principios bioéticos y relación enfermera-paciente

Antes de iniciar la atención a cada paciente, responde a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo puedo mitigar su sufrimiento?
- ¿Qué es lo mejor para proporcionarle la óptima calidad de vida, en correspondencia con su estado?

- ¿Qué haría yo si este paciente fuera mi familiar?
- ¿En qué puedo ayudar o apoyar a esta vida?

Características del comportamiento ético de la enfermera

- Identificación con su profesión.
- Vocación de servicio.
- Habilidades para la interrelación humana.
- Conocimiento actualizado.
- Habilidad y destreza en los procedimientos.
- Conciencia ética para la toma de decisiones.
- Espíritu innovador y creativo.
- Liderazgo.

El comportamiento ético de la enfermera está basado en el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano y son las condiciones esenciales que debe poseer todo profesional de la enfermería.

Código Deontológico de Enfermería

El Código Deontológico de Enfermería encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que debe conocer el profesional de enfermería para aplicarla a la práctica diaria, que son de obligatorio cumplimiento para los profesionales de enfermería en su vida pública y privada.

La relación enfermera-paciente estará fundamentada en el respeto a la dignidad humana, como son la responsabilidad y el secreto profesional, como lo estipulan las normas y condiciones morales que acompañan la actividad que realizan los profesionales de enfermería y deben ejercer con libertad las normas y criterios científicos que le permitan precisar la atención adecuada en cada tipo de enfermo. Sin discriminaciones personales colectivas, religiosas o políticas.

Deberes del profesional de enfermería (Código Deontológico)

- Las relaciones interpersonales del profesional de enfermería con el usuario, deben ser estrictamente profesionales, efectuándose dentro de un clima de confianza y respeto mutuo.

El profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al usuario deberá tratarlo en forma holística (biológica, psicológica, y social). *Holístico* deriva del término griego *holos*, que significa todo; el holismo es una filosofía que motiva el tratamiento del organismo como un todo (una unidad) más que como partes individuales. En este sentido, intenta llevar las dimensiones emocionales, sociales, físicas y espirituales de las personas en armonía y realza el papel de la terapia o tratamiento que estimula el propio proceso de curación (biológica, psicológica y social).

- El profesional de enfermería tendrá la obligación de dar a conocer al usuario su nombre y responsabilidad dentro del equipo de salud.
- El profesional de enfermería reconocerá que sus deberes se extienden a la familia del usuario, cuyos derechos siempre subordinados a los del enfermo han de ser rigurosamente respetados y protegidos.
- El profesional de enfermería debe recordar que tiene la obligación de informar, adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deberes del enfermo.
- El profesional de enfermería está en la obligación de defender y respetar las deudas del enfermo en fase terminal derivadas del concepto de muerte y la manera de asumirla.
- Todo profesional de enfermería en razón de su ejercicio deberá mantener el secreto profesional; es importante para protección, amparo, salvaguarda y honor del usuario.

Derechos de los pacientes en psiquiatría (Código Deontológico)

El enfermo tiene derecho a:

- Ser tratado con respecto y dignidad, el ambiente de su ubicación debe reunir higiene y confort.
- Atender la solicitud del enfermo de acuerdo a su religión.
- Recibir una atención de elevada calidad por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud.
- Ser informado sobre cualquier procedimiento que debe realizarse para confirmar diagnóstico.
- Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión.
- Que sean respetadas las confidencias acerca de su estado de salud.

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba

- Ejercer el derecho a solicitar ingreso y recibirlo según lo estipulado.
- Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en salud mental y otros servicios que se requieran.
- Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios cardiográficos y otras investigaciones médicas que resultaran necesarias para su atención.
- Recibir en forma gratuita orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática vinculada con la afección que determina su ingreso.
- Recibir un tratamiento individualizado según sus problemáticas personales.
- Optar por otra opinión de terceras partes en el caso en que el paciente o su familia lo requiera por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
- Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico, evitándose iatrogenias.
- Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ella su consentimiento informado.
- Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
- Profesar la religión de su elección si la tuviere.
- Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
- Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.
- Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico- sanitarias y trato humano.
- Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.
- Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.
- Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación, aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.
- Utilizar el teléfono público y emitir o recibir correspondencia libremente.
- Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias según criterio médico.
- Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.

- Ser informado del tratamiento propuesto así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.
- Que su historia clínica y cualquier información obtenida del paciente o sus familiares se mantenga bajo estricta confidencialidad.
- Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.
- No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros de los equipos de salud que lo atienden, lo que constituiría una forma de abuso.
- Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de considerarlo necesario.
- Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.
- Solicitar a los cuerpos de revisión la valoración de la admisión y la permanencia en la institución en los casos de ingresos compulsorios.
- Continuar en seguimiento ambulatorio después del egreso o en condición de alta protegida luego de un proceso rehabilitatorio.

Clausula final limitante

Los presentes derechos estarán sujetos a las limitaciones que sean necesarias para proteger la salud o el bienestar de la persona de que se trate o de otras personas o para proteger la moral o los derechos y libertades básicas de otros.

Nota complementaria

Estos derechos serán revisados, modificados y enriquecidos siempre que se considere necesario para ajustarse a las normas internacionales y nuestras necesidades. Su difusión, estudio y enriquecimiento será responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, mediante los procedimientos adecuados.

Deberes de los profesionales de enfermería psiquiátrica

- El enfermero es el responsable del cuidado del enfermo y de su medicación:
- Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.

- Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo solo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.
- Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermeros o las enfermeras, con los pacientes en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de estos.
- Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.
- Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.
- Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

Secreto profesional

Todo aquello que llegare a conocimiento del profesional de la enfermería con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto profesional. El secreto profesional es inherente al ejercicio de la enfermería psiquiátrica y se impone para la protección del enfermo o enferma y la familia, el amparo y salvaguarda del honor de la profesión de la enfermería y de la dignidad humana.

El secreto profesional es inviolable, y el o la profesional de la enfermería está obligado a guardarlo. Igual obligación y en las mismas condiciones se impone a los estudiantes de enfermería.

El secreto profesional será cumplido por todos los profesionales de enfermería y solo pueden dar información en los siguientes casos:

- Cuando sea ordenado por mandato de ley.
- Cuando por autorización del usuario, el profesional de enfermería pueda revelarlo.
- Cuando se denuncian enfermedades infectocontagiosas ante las autoridades sanitarias.
- Cuando hay que preservar el honor y la vida del enfermo.
- Macroética: cuando peligra la vida del enfermo o de los que lo rodean.

Prohibiciones contempladas en ley del ejercicio profesional de la enfermería psiquiátrica

- Someter a los o las pacientes a procedimientos o técnicas que entrañen peligro a la salud sin su consentimiento.
- Ejecutar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- Delegar en personal no capacitado, facultades, funciones o atribuciones específicas de su profesión o actividad.

Sanciones establecidas en ley del ejercicio profesional de la enfermería

- De carácter disciplinario.
- De carácter administrativo.
- De carácter penal.

Las sanciones disciplinarias y las administrativas se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar, como consecuencia de la acción, omisión, impericia, imprudencia o negligencia en el ejercicio profesional.

Consentimiento informado

Aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios. ¿Qué es el consentimiento informado?

Es la aceptación, por parte del enfermo, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber recibido una información adecuada para poder decidir con competencia y libertad.

Información que debe recibir el paciente para otorgarlo:

- Descripción del procedimiento propuesto, objetivos y forma de hacerlo.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios.
- Beneficios.
- Otras alternativas y sus riesgos.
- Efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos.

- Comunicación de la disposición del médico a ampliar la información si lo desea su paciente.
- Información al paciente de su libertad para reconsiderar su decisión, en cualquier momento.

Excepciones:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la Salud Pública.
- Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones. En este caso los familiares o allegados toman la decisión.
- Cuando la urgencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o pueda haber peligro de muerte.

Documento del consentimiento informado:

- Propósitos: el propósito fundamental es proveer evidencia documental de que la información se ha producido y que se ha obtenido el consentimiento del paciente.
- Otra de las funciones que tiene el documento escrito es proteger legalmente a los profesionales de posibles denuncias o demandas por falta de información o información insuficiente al paciente.

Es aconsejable que conste en el documento:

- Consecuencias seguras de la intervención, que son relevantes o de alguna importancia.
- Riesgos típicos, los más frecuentes, o los que siendo infrecuentes son muy graves (muerte, ceguera, parálisis, etc.), conforme a la experiencia, estado actual de la ciencia y recursos tecnológicos reales que posee la institución en cuestión para su enfrentamiento.
- Riesgos personalizados, que son aquellos relacionados con las circunstancias personales de los pacientes, estado de salud previo, edad, profesión, religión, etc.
- Constancia de que el consentimiento informado puede ser revocado en cualquier momento.

Obtener el consentimiento informado del paciente es responsabilidad de su médico de asistencia, quien debe haber logrado una buena relación médico-paciente, sobre la base de la confianza del enfermo en que su médico hará siempre lo que sea mejor para él.

No tiene sentido, a excepción de que el paciente presente un trastorno psiquiátrico que pueda hacerlo incompetente para decidir, que el médico de asistencia (sea el clínico, el cirujano, el ginecobstetra) solicite la intervención del psiquiatra para que convenza a su paciente de que se someta a determinado

procedimiento diagnóstico o terapéutico, pues se trata de una nueva figura que viene a inmiscuirse en un compromiso terapéutico que realmente no le compete técnicamente, a quien el enfermo va a ver por primera vez y en quien no tiene por qué confiar, por mucha experiencia y habilidad que este tenga.

Custodia y cuidado del paciente

Es nuestra responsabilidad que todos los pacientes deben estar custodiados por el personal asistente de los servicios de enfermería. En caso de un hipotético suicidio por negligencia o por abandono en la vigilancia del paciente se presentarían importantes parcelas de responsabilidad.

Con los pacientes que hay que realizarles sujeción mecánica, vigilaremos con frecuencia su estado psíquico y físico, siendo nuestra responsabilidad.

Cuidaremos el trato y contacto corporal con determinados pacientes que por su propia patología pudieran realizar denuncias de contenido sexual.

Implicaciones legales del profesional de la enfermería psiquiátrica

El papel que juega la enfermería dentro del campo de la psiquiatría es de suma importancia, ya que está en contacto directo con el usuario sano o enfermo. En los casos de hospitalización las 24 h del día, están bajo su custodia y su responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.

¿Cuáles son los problemas legales con los que el personal de enfermería psiquiátrica se puede enfrentar?

- En la aplicación de medicamentos.
- En el trato directo al usuario.
- En la seguridad del paciente.
- En la falta de orientación en todos los aspectos al usuario.
- Revelar secretos.
- El negarse a otorgar atención de salud a un ciudadano.
- El realizar su trabajo con negligencia, impericia, imprudencia, inobservancia de los reglamentos.
- El contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, su familiar.
- El omitir o hacer de forma incompleta las observaciones de enfermería, entre otros.

Cuidados generales de enfermería en los servicios de psiquiatría

Con frecuencia las patologías psiquiátricas suelen ir acompañadas de una disminución de las capacidades que tiene el individuo sano para cubrir por sí solo sus necesidades básicas, necesidades que en el paciente mental la enfermería es la encargada de satisfacer, fomentando en lo posible el autocuidado, colaborando en el refuerzo positivo de la autoestima, signos importantes de una mejoría y bienestar del enfermo.

Necesidades que debemos cubrir, siempre que el paciente las tenga alteradas o no pueda satisfacerlas por sí solo y de una forma general:

- Alimentación e hidratación.
- Higiene, aseo y vestido.
- Eliminaciones.
- Descanso y sueño reparador.
- Termorregulación.
- Seguridad.
- Necesidad de relación.
- Necesidad de movimientos corporales.

Independientemente, si el paciente es residente de forma habitual en el Centro, ejemplo: Unidad de Larga Estancia; o si está a la espera de obtener el alta médica, ejemplo: Unidad de Media Estancia, Unidad de Hospitalización Breve y Unidad de Desintoxicación de Sustancias Psicoactivas; lo más llamativo es que el paciente ingresa en una fase aguda por lo que precisará inmediatas acciones de enfermería al presentar síntomas de desnutrición, hidratación, etc.

La Unidad de Psicogeriatría acoge al 55 % de personas enfermas en un centro psiquiátrico con más de 65 años y un gran porcentaje de estas necesitan ayuda para la realización del autocuidado como son, baño, vestido, comer, caminar, etc., ya que no solo es la patología psiquiátrica, sino que se combina con

multitud de enfermedades somáticas, ejemplo: diabetes, hipertensión, enfermedades pulmonares, cardiopatías, etc., la enfermería debe vigilar y prevenir accidentes (caídas).

Debido a la longevidad de los enfermos es posible que se produzcan fallecimientos, para lo cual, el personal de enfermería y los asistentes de los servicios de enfermería, deberán conocer y manejar todos los cuidados necesarios para el proceso de enfermedades terminales y postmorten.

Todos los pacientes del Centro psiquiátrico tienen importancia en cuanto al cuidado de sus necesidades básicas por parte de la enfermería, aunque en los pacientes de ingreso y estancia en la Unidades de Hospitalización Breve, los cuadros psiquiátricos van a estar más exacerbados. Cada paciente puede tener una patología psiquiátrica distinta, con lo cual se necesita conocer la sintomatología más a fondo para proporcionar unos cuidados de mayor calidad. Se realizarán los cuidados de:

Aseo e higiene

Deberá ducharse y realizar todas las actividades de aseo que sean precisa (afeitado, corte de uñas, etc.) si el paciente puede hacerlo solo le enseñaremos donde se encuentra el baño, funcionamiento de grifos, armarios, etc., le proporcionaremos material de aseo y ropa que tenga por norma la Unidad, considerando la presencia, talla, temperatura ambiente, etc., procurar no dañar su dignidad e intimidad pero sin descuidar la supervisión y vigilancia.

En el supuesto de que el paciente tenga disminuida esta capacidad prestaremos cuidados, con respeto y fomentando en la medida de lo posible su autocuidado, estableciendo de esta manera una buena relación terapéutica.

Suele ser característica la deficiente higiene en patologías como: enfermedades psicosomáticas, depresiones graves y distimias (neurosis depresivas).

Proporcionar útiles para el aseo bucal y aseo corporal. Si tuviese dentadura postiza, recipiente adecuado para depositarla.

Comprobar que la temperatura del agua, este a la temperatura deseada por el enfermo y no produzca quemaduras.

Vestido

Cuando ingresa un paciente, proporcionaremos ropa adecuada que tenga por norma la Unidad o el Centro, atendiendo a la estación, temperatura ambiente, talla, buena presencia, etc. Los enfermos en fase de manía pueden tener llamadas de atención y estar desinhibidos en cuanto a la forma de vestir por lo

que habrá que marcar claramente las normas de la Unidad de una manera autoritaria, sin embargo en los estados depresivos, habrá que estimular al alicalamiento, buena presencia y arreglo personal.

Cuando el paciente salga, bien a una visita, consulta médica, habrá que observar su correcto vestido y limpieza.

Nutrición e hidratación

Al ingreso del paciente, interesarnos por si ha comido o no, para ofrecerle, jugo, leche y si es posible alimentos sólidos.

En el caso de que fuese un paciente dependiente se cubrirán los cuidados necesarios para la administración de alimentos, teniendo en cuenta la temperatura ya que pueden tener disminuidas sus capacidades cognitivas y producir quemaduras en la boca.

En situaciones de pacientes con síntomas de alcoholismo, retenciones urinarias, deshidratación (ancianos), se administrará abundante líquidos sin cafeína. Por el contrario puede ocurrir que el paciente padezca potomanía (o polidipsia psicogénica es el deseo de beber grandes cantidades de líquidos, por ejemplo, el agua, (polidipsia) como resultado de una enfermedad mental), por lo que habrá que controlar la ingesta de líquidos anotándolo en el registro correspondiente, ejemplo: retrasos mentales.

Observar la conducta alimentaria, no dejando sacar comida fuera del comedor, ejemplo: anorexia y bulimia.

Descanso y sueño reparador

Necesidades que suelen estar muy alteradas en los enfermos psiquiátricos. Puede haber una disminución en las horas de descanso nocturno y a lo que la enfermería debe elaborar un plan de cuidado como técnicas alternativas para conciliar el sueño o si este fuese interrumpido a lo largo de la noche, ejemplo:

- Dar un vaso de leche o infusiones calientes, pues son inductores del sueño.
- Crear un ambiente relajado.
- Enseñar ejercicios de relajación y respiración
- Si fuese posible un baño caliente, suele ser relajante antes de ir a dormir.
- No permitir que duerma durante el día, solo las horas permitidas.
- Mantener actividades diarias suficientes para facilitar el descanso.

La mayoría de los psicofármacos producen somnolencia durante los 15 días primeros de tratamiento, por lo que será difícil mantenerle despierto durante el

día con actividades lúdicas que llamen su atención, respetando la orden del médico si el enfermo puede permanecer en cama cuanto desee.

Por el contrario en las fases de manía en que aumenta las horas de vigilia, debemos hacerle cumplir tajantemente las horas de descanso, no dejando que se levante y se duche a horas intempestiva, así como leer hasta altas horas de la noche ya que pueden molestar a sus compañeros.

No permitir conductas eufóricas e hiperactivas antes de ir a la cama, pues alteran la relajación necesaria para facilitar el descanso.

Si el enfermo interrumpe su sueño de una manera angustiada, deberemos tranquilizarle y orientarle, permaneciendo con él y revisar si tuviese indicado un hipnótico.

Seguridad

Tomar medidas para prevenir y evitar lesiones en el paciente por objetos punzantes y de corte (autolesiones).

Retirar del alcance del paciente productos químicos que pudieran ser causa de intoxicación.

Impedir el acceso a cualquier tipo de medicación no prescrita y los lugares donde estas se almacenan.

Tener en cuenta siempre sus advertencias o amenazas de autolesión y comunicarlas, ejemplo: pacientes deprimidos, pues a medida que los psicofármacos van haciendo efecto tienen más voluntad para el suicidio.

En pacientes con alteración psicomotriz, respetar el espacio de seguridad que tiene cada individuo no traspasando este espacio con contacto físico ya que puede verse amenazado y crear una situación aún más hostil peligrando nuestra seguridad y la del resto de pacientes.

Medidas Terapéuticas (contención mecánica)

Si fuese necesario y siempre bajo prescripción médica se procederá a la contención mecánica en los casos de alteración y cuando se prevea una agitación antes de la administración de medicación, ejemplo: inyección intramuscular.

En pacientes que presentan agitación psicomotriz y están con sonda vesical o tienen alguna vía de administración intravenosa, oxígeno, etc., para prevenir que se los quite (no es necesario que este prescrita la contención pues está justificada por sí sola).

Pacientes con desorientación y puedan sufrir caídas, aconsejable el uso de cinturón elástico.

En pacientes con hiperactividad (anoréxicos) evitando que hagan ejercicios físicos.

En pacientes bulímicos para impedir la búsqueda incesante de alimentos y la autoprovocación de vómito.

Registro

Se debe registrar al enfermo físicamente, y a sus pertenencias, retirando todo el material potencial de producir lesión (mecheros, navajas, maquinillas de afeitado, tijeras, recipientes de cristal) o cualquier objeto que pueda ser utilizado o ingerido por el paciente de forma no controlada por el personal de enfermería. El objetivo es salvaguardar la integridad física del propio paciente, de más enfermos y personal sanitario. Ejemplo: Intentos suicidas, pacientes con brotes psicóticos, síndromes de abstinencia, etc.

Retirada de teléfono móvil si el enfermo llevase consigo, pues no puede realizar llamadas sin control médico.

Si el paciente es consumidor de sustancias psicoactivas, se deberá registrar minuciosamente zapatos, cavidades corporales, etc.

Sus pertenencias se entregaran a los familiares o se guardarán en lugar seguro para entregar cuanto antes al asistente social.

Orientación

Algunas patologías psiquiátricas se acompañan de una gran desorientación, ejemplo: demencias; por lo que se orientará cuantas veces sea necesario indicando, habitación, cuarto de baño, sala de TV, etc., debiendo tranquilizarle pues le genera una gran ansiedad.

En el caso de que el paciente se levante por la noche desorientado, dejaremos una luz encendida y si esto no fuera suficiente para prevenir caídas, colocaremos barras de protección en la cama, atendiendo su demanda si tuviera que cubrir alguna necesidad básica, como, orinar, beber, etc.

Necesidad de relación y movimientos corporales

Incentivar actividades, tales como, hacer su cama, organizar su mesita, etc. Evitar el aislamiento intentando que participe en actividades lúdicas (juegos o entretenimientos), conversaciones, presentación de compañeros que tengan aficiones comunes, hasta que el mismo inicie relaciones de comunicación por si mismo.

Evitar sedentarismos hospitalarios, a través, de paseos, salidas al jardín, etc., todo esto en nuestra compañía ya que se trata de una unidad hospitalaria de régimen cerrado.

Ayudarle a comprender que el aislamiento afecta negativamente en su vida.

En pacientes de edad avanzada suelen tener disminuida su capacidad locomotora, por lo que, deberemos elaborar cuidados referentes a estimular la movilidad ayudándolos en el caminar frecuentemente durante el día. Además de favorecer su circulación sanguínea y evitar la aparición de úlceras por presión.

Cuidados específicos del enfermo psiquiátrico en alimentación y aseo

Cuidados específicos en la alimentación

El personal de enfermería y los asistentes de los servicios de enfermería, participan de forma habitual en la alimentación de paciente, bien sea vía oral o a través de una sonda nasogástrica.

Una vez recibido el carro de comida, los asistentes de los servicios de enfermería, junto con una enfermera, supervisan la distribución de los alimentos, que suelen presentarse en bandejas individuales identificando tipo de dieta y nombre del paciente.

Tanto si el paciente puede comer solo como si necesita ayuda, deben cuidarse varios aspectos o normas.

Normas generales:

- Comprobar que el paciente no esté en ayunas por prescripción facultativa. (Brindar ayuda a los pacientes que no estén en condiciones de alimentarse por sí solo).
- Preparar al paciente, si lo desea, el auxilio de los servicios de enfermería le ayudara a asearse. Si debe permanecer encamado, se colocará la cama en posición de *Fowler*.
- Preparar la habitación, se ordenará, se preparará la mesa, si es preciso se ventilará la habitación para evitar olores desagradables a la hora de comer.
- Comprobar que la bandeja corresponde al paciente que lo va a ingerir.
- Verificar que el servicio incluye todo lo necesario.
- Comprobar que la temperatura de los alimentos es la adecuada, por ser enfermos psiquiátricos, pueden tener disminuidas sus capacidades cognitivas; debemos evitar pues, que se produzcan quemaduras.

- Observar la cantidad de alimento que ha ingerido, así como, sus dificultades y otros datos de interés, valorar siempre la capacidad del paciente de masticar y tragar, estas capacidades suelen estar alteradas en procesos como el Alzheimer o el Parkinson.
- Dicha valoración ayudará a desarrollar el plan de cuidados, como:
 - Alimentar al paciente en posición incorporada.
 - Ofrecer alimentos blandos que son más fáciles de tragar, así como, los líquidos espesos.
 - Al darle de comer, colocar la comida en la parte posterior de su lengua pues facilita la deglución.
 - Procurar que coma despacio.
 - Realizar la maniobra de Heimlich si fuera necesario, ya que el paciente demente corre el peligro de atragantarse.
- Después de la comida realizar la higiene bucal y proporcionar los utensilios o ayudar a levantarse para hacerlo él solo.
- Retirar los servicios de comida, para su limpieza.
- La enfermera registrará en las observaciones cualquier alteración observada.

Cuidados específicos del enfermo en el aseo

Los cuidados en el aseo, que un asistente de los servicios de enfermería debe llevar a cabo en un centro psiquiátrico, tendrán en cuenta que:

- Tenemos a nuestro cargo pacientes con patologías específicas en algunas de las cuales es característico que exista un déficit de cuidados personales, ejemplo: enfermedades psicosomáticas, depresiones graves, distimia, etc., trastornos que a veces se acompañan de mala higiene personal.
- Pacientes que tienen disminuidas sus capacidades cognitivas, con el consiguiente riesgo de caídas, quemaduras, etc., en el baño.
- Pacientes geriátricos con patologías osteo-articulares, rigidez extrema como en el Parkinson, incapacidad progresiva como el Alzheimer, degenerativas que hacen imprescindible nuestra colaboración en el aseo.

No olvidar que debemos fomentar siempre el autocuidado y animar al paciente a participar activamente en su aseo teniendo en cuenta sus posibilidades.

Procedimientos generales de aseo

Puede realizarse en la ducha, la bañera o la cama, y en función del grado de independencia del paciente. Así como, limpieza de boca, limpieza del cabello, lavado de genitales o pequeño aseo.

Cuidado de uñas de pies y manos, limpieza de ojos, nariz y oídos que podremos encuadrarlos dentro del aseo parcial que se hará en circunstancias y cuantas veces se precise.

El personal de los servicios de enfermería debe conocer y saber realizar adecuadamente todos los cuidados, procedimientos, así como, los recursos materiales para cada tipo de aseo según el grado de independencia del paciente.

En el cuidado del enfermo encamado observar con especial atención y escurpulosamente el estado de la piel, previniendo la aparición de úlceras por presión y tomando las medidas generales para la prevención (colchón antiescaras, almohadillado, cambios posturales, etc.).

Finalidad general

- Conservar la integridad de la piel y poder realizar adecuadamente sus funciones.
- Evitar la acumulación de secreciones, infecciones, etc.
- Eliminar células descamadas, suciedad y evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.
- Disminuir la temperatura corporal en caso de hipertermia.
- Mejorar su confort y bienestar.
- Favorecer la relación de ayuda, por la proximidad personal y de relación que requieren los procedimientos.

Normas de actuación general

Para cualquiera de los procedimientos que se lleven a cabo, es preciso tener en cuenta:

- Mantener una temperatura ambiente adecuada.
- Comprobar la temperatura del agua, que salvo, prescripción contraria oscilara entre 37 y 40 °C.
- Evitar las corrientes de aire.
- Preparar todo el equipo antes de comenzar, reuniendo lo necesario para el aseo, toallas, esponja, jabón, ropa de cama (todos recursos para realizar el aseo).
- Aislar al paciente del entorno, mediante un biombo si fuera necesario.
- Utilizar jabones que no irriten la piel.
- Avisar al peluquero cuando sea necesario.

- En pacientes encamados, evitar tenerle totalmente desnudo, cubriéndole con una toalla o vistiéndole con el pijama o camisón y respetar su pudor.
- No mojar la cama innecesariamente, lo que se consigue colocando una toalla bajo el paciente y escurriendo la esponja.
- Favorecer la seguridad y movilizaciones del paciente encamado, realizando el aseo entre dos auxiliares.
- Cuidar las vías y sistemas terapéuticos del paciente.
- Seguir un orden, realizando sucesivamente el enjabonado, enjuagado, aclarado y secado de cada parte. Secar siempre mediante toques repetidos de toalla, evitando siempre la fricción.
- Estimular la colaboración del paciente durante la realización del aseo, para favorecer su independencia.
- Aprovechar para dar un masaje en las zonas sometidas a presión, mejorando el riego sanguíneo de la piel.
- Realizar el aseo tantas veces como sea necesario y al menos una vez al día, generalmente por la mañana, junto con el cambio de sábanas.

Cuidados de enfermería en la esquizofrenia

Enfermedad mental caracterizada por una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Se asocia a la actividad alucinatoria (oyen voces que no son reales) y a la depresión.

Los tipos principales son:

Simple: se caracteriza por una pérdida lenta e insidiosa de la volición, la ambición y los intereses, que da origen a deterioro de los procesos mentales y de las relaciones interpersonales y a un ajuste en un nivel inferior de funcionamiento.

Hebefrénica: caracterizada por desorganización del pensamiento, poco afecto e inadecuado, idiótica y manierismo; con frecuencia entraña manifestaciones hipocondriacas.

Catatónica:

- Variedad excitada: se caracteriza por actividad motora excesiva y a veces violenta y excitación.
- Inhibida: se caracteriza por inhibición generalizada que conductualmente se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cérea.

Esquizoafectiva: se caracteriza por una mezcla de síntomas esquizofrénicos y relación o depresión intensas.

Paranoide: se caracteriza por ideas delirantes de persecución o grandiosidad, alucinaciones, a veces religiosidad excesiva, y conducta hostil o agresiva.

Crónica, indiferenciada: síntomas esquizofrénicos mixtos (o de otros tipos), junto con alteraciones del pensamiento, afecto y conducta.

El pronóstico es mejor:

- Cuando el paciente tiene antecedentes de buen ajuste social, laboral y sexual.

- Cuando el inicio de la enfermedad es agudo.
- Si hubo un evento desencadenante.

Obsérvese también que el paciente probablemente estará tomando medicamentos, como tranquilizantes mayores o anupsicóticos.

Conductas o problemas:

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Ansiedad en incremento, agitación.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida de los límites del yo, incapacidad para percibir o diferenciar el concepto de sí mismo de los elementos del medio exterior.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Pensamiento desorganizado, ilógico.
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes.
- Trastornos de la volición y de la actividad dirigida a objetivos.
- Malas relaciones interpersonales.
- Dificultad para entablar comunicación verbal.
- Exageración (de las respuestas a los estímulos).
- Agresión hacia sí, otras personas o propiedades.
- Alteraciones del sueño, fatiga.
- Trastornos del apetito, nutrición insuficiente.
- Conflictos sexuales.
- Estreñimiento.
- Trastornos menstruales.

Objetivos a corto plazo 2

- Nutrición suficiente, regularidad de los emuntorios, reposo adecuado y actividad segura.
- Mantener al paciente en un ambiente de seguridad.
- Entablar comunicación y crear confianza. Ayudar al paciente a participar en la comunidad terapéutica.
- Aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás.
- Disminución de las alucinaciones, las ideas delirantes y otros síntomas psicóticos
- Reducir la lesión o la actuación de impulsos.
- Aumentar la autoestima.

Objetivos a largo plazo

- Identificar y utilizar las fuerzas y las potencialidades, y desarrollar una mejor imagen de sí mismo.
- Alcanzar y mantener un nivel máximo de funcionamiento.
- Hacer que el paciente acepte y se encare con eficacia a la enfermedad su naturaleza a largo plazo, la necesidad de seguir tomando los alimentos, etc.

Plan de cuidados de enfermería

- Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos:
 - Pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente. Dirigir nuestro interés y cuidado.
 - Prometer solo aquello que se pueda cumplir en forma realista.
 - Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.
 - Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.
 - Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.
 - Comenzar con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).
 - Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de esta al paciente.
- Aumentar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía:
 - Proporcionarle atención en una forma sincera y con interés.
 - Apoyarle en todos sus éxitos, cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etc.
 - Ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, etc.
 - Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo).
 - Pasar el tiempo suficiente con el enfermo.
- Orientar al enfermo en la realidad:

- Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, etc.).
- Incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo:
 - Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es. Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de sensopercepción en una forma que esté apegada a los hechos. No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas.
- Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:
 - Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico. Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.
 - Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo.
 - Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar las discusiones ideológicas o teóricas.
 - Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella; usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.
- Asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo:
 - Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple.
 - Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas (retirar objetos que puedan utilizarse en conductas autodestructivas).
 - Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás en respuesta a las alucinaciones auditivas.
- Conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes:
 - Retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás.
 - Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta “extraña” del paciente recién llegado: dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (ej., “el paciente está muy enfermo en este momento; necesita de nuestra ayuda”).
 - Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentra a disposición de los otros enfermos si es que se necesitan a los demás para atender al paciente recién llegado.

- Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.
 - Recordar: la regresión es un retorno propositivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento, un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio.
 - Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir desde ese punto para su atención.
 - Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto. Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva. Alentarlo a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad.
 - Establecer objetivos realistas. Marcar los objetivos y expectativas cotidianos.
 - Procurar que el paciente se percate de lo que de él se espera.

Cuidados de enfermería en las conductas maniacas

La conducta maniaca, llamada también trastorno afectivo bipolar, se caracteriza por un antecedente de estados de ánimo “altos” y “bajos” con periodos de relativa normalidad y funcionamiento efectivo intercalado. El inicio de la enfermedad suele aparecer entre los 20 y 40 años de edad. Hay estudios que indican un fuerte componente hereditario de este padecimiento. Los padres del paciente a menudo tienen antecedentes de alcoholismo. El enfermo por lo general abusa del alcohol, a veces en un intento de automedicarse, o bien puede tener ambos problemas (trastorno bipolar afectivo y alcoholismo) cada uno de los cuales necesita tratamiento.

El carbonato de litio es el fármaco de elección en la mayoría de los casos. Puede estar contraindicado en enfermos que sufren alteraciones hepáticas, renales o del funcionamiento cardíaco. La observación y medición frecuentes de la concentración de litio en suero a intervalos específicos es una medida necesaria.

Conductas o problemas:

- Hiperactividad, agitación en incremento.
- Esquemas y planes grandiosos.
- Asociaciones laxas (ideas laxas y poco asociadas).
- Discurso apresurado (rápido o forzado).
- Ideas y discurso tangenciales.
- Disminución de la concentración, lapsos cortos de atención.
- Vestimenta y vestido inapropiados, abigarrados o extravagantes, o uso excesivo de maquillaje.
- Prodigalidad en la compra de objetos.
- Insomnio.
- Fatiga.

- Ingesta deficiente de nutrientes y líquidos.
- Conducta hostil.
- Amenaza de agresión a sí mismo y a los demás.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Actuación de impulsos sexuales; conducta seductora e incitante.

Objetivos a corto plazo

- Disminuir la hiperactividad, la agitación y las alucinaciones, etcétera.
- Establecer y mantener funcionamiento biológico adecuado en las áreas de nutrición, hidratación, emuntorios, reposo y sueño.

Objetivos a largo plazo

- Educar al paciente y a su familia para que comprendan la enfermedad, su componente genético, la necesidad de emplear quimioterapia, y los signos y síntomas de intoxicación.
- Aceptar la necesidad de continuar la administración de medicamentos y hacer análisis sanguíneos con frecuencia según lo indique el médico.

Plan de cuidados de enfermería

- Establecer comunicación y construir una relación de confianza:
 - Mostrar aceptación del paciente como persona.
 - Usar una forma de aceptación al paciente que implique calma y relajación.
 - Evitar contraer compromisos que no puedan cumplirse en forma realista.
 - Asignar al paciente los mismos miembros del equipo terapéutico cuando sea posible (tener en cuenta la capacidad de alguno de los miembros del equipo terapéutico para trabajar con un paciente maniaco durante periodos prolongados).
- Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación:
 - Disminuir los estímulos del medio ambiente siempre que sea posible.
 - Tomar en cuenta todo lo que indique aumento de la inquietud o agitación eliminando estímulos del medio ambiente y quizá aislando al enfermo;

- puede ser beneficioso dar al paciente un sitio privado o un cuarto individual.
- Limitar las actividades de grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulos que esto entraña.
 - Administrar medicamentos (probablemente se necesitarán carbonato de litio y fenotiacidas al principio). Utilizar juiciosamente los medicamentos por razón necesaria, sobre todo antes que la conducta del enfermo quede fuera de control.
 - Proporcionar un ambiente consistente y estructurado. Dejar que el paciente sepa lo que se espera de él. Fijar los objetivos junto con el enfermo tan pronto sea posible.
 - Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio, los procedimientos que se seguirán, las pruebas que se harán, etc. No discutir con el enfermo.
 - Animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. Buscar formas de aliviar el estrés o la tensión con el paciente tan pronto sea posible hacerlo.
- Proporcionar actividad física y un desahogo para aliviar la tensión y energía:
- Ayudar al paciente a planear actividades dentro de sus posibilidades de logro y ejecución. Recordar que el lapso con que el paciente cuenta para mantener la atención y la planeación deben ir de acuerdo.
 - Evitar las actividades que impliquen mucha competencia.
 - Evaluar en qué magnitud el paciente puede tolerar los estímulos y la responsabilidad con respecto a las actividades de grupo, interacciones con los demás o con las visitas, e intentar limitar esto según lo que se observe.
- Favorecer el descanso y el sueño:
- Dar tiempo para un periodo de reposo, siesta o un momento de tranquilidad durante el programa cotidiano del enfermo.
 - Observar de cerca al enfermo en busca de signos de fatiga. Observar y registrar sus patrones de sueño.
 - Disminuir los estímulos antes que el enfermo se retire (por ejemplo, las luces tenues, apagar la televisión, proporcionarle la posibilidad de un baño tibio).
 - Utilizar medidas de comodidad o medicamentos para que concilie el sueño si es necesario.
 - Animar al paciente a seguir una rutina de sueño durante las horas de la noche (limitar la interacción con el enfermo en el turno nocturno) en

- lugar de hacerlo durante el día (dejar solo una corta siesta durante el día).
- Darle una dieta nutritiva:
 - Observar y registrar los patrones de alimentación del paciente, y la forma de ingesta de alimentos y líquidos. Puede ser necesario llevar un registro del ingreso y pérdidas, conteo de calorías y de la ingesta de proteínas.
 - El paciente puede necesitar una alimentación elevada en proteínas, alta en calorías con alimentos suplementarios.
 - Proporcionar medicamentos que el enfermo pueda ingerir si es que no puede permanecer sentado y comer (por ejemplo, alimentos licuados mezclados con leche, o alimentos que puedan ser tomados con los dedos).
 - Ayudar al paciente a satisfacer necesidades básicas y efectuar actividades necesarias de la vida cotidiana:
 - Observar y llevar un registro del patrón de emuntorios (el estreñimiento es un problema frecuente).
 - Ayudar al enfermo a satisfacer la mayor cantidad de necesidades personales que sea posible.
 - Si necesita ayuda, ayudarlo en su higiene personal, incluyendo aseo bucal, baño, vestimenta y lavado de ropas.
 - Proporcionar apoyo emocional:
 - Dar al paciente retroalimentación positiva cuando sea necesario.
 - Las tareas estructuradas que el paciente pueda cumplir en forma suficiente, a corto plazo, proyectos simples o responsabilidades, actividades ocupacionales o terapia recreativa.
 - Alentar al paciente a que exprese adecuadamente sus sentimientos respecto a los planes futuros de tratamiento o a la planeación del alta. Ayudarlo en todos los objetivos idealistas y en los planes que él proponga.
 - Proporcionar al paciente ya su familia los elementos suficientes de educación para el uso del tratamiento con carbonato de litio. Promover el cumplimiento de los lineamientos terapéuticos con carbonato de litio:
 - Informar al paciente y a su familia lo inherente al carbonato de litio: dosis, la necesidad de que se tome únicamente en la forma prescrita, los síntomas tóxicos (véase adelante), la necesidad de determinar las concentraciones sanguíneas (para llevar un registro de la concentración de carbonato de litio en el suero) según lo prescriba el médico, consideraciones respecto a la sal y la dieta (todo estado patológico que baja la concentración de sal en el organismo, dietas de reducción, vómito o diarrea, pueden aumentar la concentración de litio en el suero).

- Explicar con claridad y sencillez. Reforzar la educación al respecto con material escrito según se ha indicado.
- Recordar al paciente y a la familia que el carbonato de litio debe tomarse de forma regular y continua para obtener resultados, que sólo porque el paciente “se siente bien” o su estado de ánimo ha mejorado no son causas suficientes para interrumpir el tratamiento.
- Los efectos secundarios que pueden esperarse con el tratamiento a base de carbonato de litio comprenden: náusea leve intermitente, sed, aumento de la ingesta de líquidos, aumento de la micción, sabor metálico, ligero temblor intermitente de manos.
- Los signos que pueden indicar que la concentración de carbonato de litio en la sangre ha llegado a niveles casi tóxicos, y que el paciente debe informar al profesional de la salud que lo esté tratando son: sed insaciable, diarrea persistente, vómito persistente de coordinación, debilidad muscular, mareos, visión borrosa, disartria, temblor de las manos, dificultad para concentrarse, lentitud de los procesos mentales, confusión, tinnitus o zumbidos en los oídos
- Debe alentarse al paciente a que busque la ayuda del médico o vaya de inmediato a un servicio de urgencias si sobrevienen estos signos de intoxicación: falta de sensibilidad en la piel, movimiento de los globos oculares de un lado a otro, fasciculaciones musculares, inquietud, torsión o contracciones de brazos y piernas, pérdida de control vesical o intestinal, episodios de “desvanecimientos”, convulsiones o crisis convulsivas, estupor (que puede llegar al coma).

Cuidados de enfermería en las alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones sin objeto; es decir, de un estímulo externo sin que haya un origen en el mundo exterior. Pueden captarse por cualquiera de los sentidos (vista, audición, olfato, tacto, gusto). Los pacientes a menudo actúan con base en estas percepciones internas, lo cual puede hacer un efecto más compulsivo que la realidad externa. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquiera de las enfermedades siguientes:

- Abstinencia de alcohol, barbitúricos, meprobamato, otras sustancias
- Enfermedad cerebral orgánica
- Esquizofrenia
- Drogas alucinógenos (por ejemplo, mescalina, LSD, psilodina)
- Intoxicación por fármacos (por ejemplo, psicosis por anfetamina, intoxicación por digital)
- Psicosis maniacodepresiva, manía grave Alucinosis alcohólica (el paciente puede estar orientado en persona, lugar y tiempo, aunque de momento se encuentre alucinando)
- Desequilibrio endocrino (por ejemplo, psicosis por esteroides, tirotoxicosis)
- Privación del sueño o privación sensorial

La alucinación aparece con mucha convicción de realidad para el paciente, quien puede percibirla como real y anteponerla en rango a la realidad que tiene su ambiente externo, o bien puede ser que el enfermo se percate de que está alucinando. La alucinación puede guardar relación con incapacidad para distinguir y discriminar entre estímulos diferentes (por ejemplo, el ruido de un cuarto contiguo que puede ser percibido o distorsionado como más real o más inmediato que la voz de una persona que le está hablando directamente al enfermo).

Conductas o problemas:

- Alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles u olfatorias).

- Miedo e inseguridad.
- Agitación.
- Agresión hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos.
- Incapacidad para discriminar entre percepciones reales e irreales.
- Culpa, remordimiento o vergüenza al reconocer experiencias alucinatorias.
- Conducta manipuladora (por ejemplo, evitar actividades u otras responsabilidades a causa de las “alucinaciones”).
- Ideas delirantes.
- Rehusarse a comer.

Objetivos a corto plazo

- Proporcionar seguridad al paciente y a los demás.
- Disminuir los estímulos del medio ambiente.
- Interrumpir el patrón de alucinaciones; colocarlas de nuevo con interacciones reales y actividades con otras personas.
- Disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación del enfermo.

Objetivos a largo plazo

- Establecer relaciones satisfactorias con los demás.
- Establecer patrones de trabajo para disminuir miedo, ansiedad e ira en una forma que el paciente las sienta como seguras y aceptables, independientes de las alucinaciones u otros síntomas psicóticos.
- Comprender el proceso alucinatorio.
- Planear la posible recidiva de las alucinaciones.

Plan de cuidados de enfermería

- Evitar que el paciente se dañe a sí mismo, a los demás o a los objetos:
 - Proporcionar protección al enfermo, pero evitar estar “encima” de él.
 - Buscar datos que indiquen que el paciente se encuentra alucinando (por ejemplo, intentos de escuchar sin razón manifiesta, hablar con “alguien” cuando no hay nadie presente, mutismo, expresión facial inapropiada).
- Interrumpir el patrón de alucinaciones del enfermo:
 - Percatarse de todos los estímulos del ambiente, incluyendo los sonidos que proceden de otros cuartos (por ejemplo, la televisión o el sonido de aparatos de radio procedentes de áreas vecinas).

- Tratar de disminuir los estímulos o pasar al enfermo a otras áreas.
 - Evitar conducir al paciente a que crea que sus alucinaciones son reales.
 - No conversar con “voces” o de alguna otra forma reforzar la creencia del paciente de que sus alucinaciones son parte de la realidad.
 - Comunicarse verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos. Evitar la gesticulación, las ideas abstractas y darle oportunidad de elegir.
- Animar al enfermo a que tenga contacto con personas reales, interactúe con las mismas y desempeñe actividades:
- Responder verbalmente a todo lo que el paciente hable que sea acorde a la realidad; reforzar su conversación cuando se refiere a la realidad actual.
 - Animar al enfermo a hacer que los miembros del equipo de trabajo se percaten de las alucinaciones, cuando estas concurren o interfieren con la capacidad del enfermo para conversar o efectuar actividades.
 - Si el paciente tiene el aspecto de estar alucinando ganar su atención y proporcionar una conversación o una actividad concreta de interés.
 - Mantener una conversación con temas sencillos y básicos para proporcionar una base en la realidad.
 - Brindarle la posibilidad de llevar a cabo actividades fáciles de ejecutar y con cumplimientos realistas (por ejemplo, proyectos de tejido o de fabricación de objetos de artesanía).
 - Si el paciente lo tolera, utilizar medios táctiles (palmear su espalda) en una forma que no parezca una amenaza, a fin de darle también una base de apoyo en la realidad; permitirle también que toque el brazo o la mano de la enfermera.
- Disminuir el miedo, la ansiedad o la agitación del enfermo:
- Brindar un ambiente estructurado con la mayor cantidad de actividades sistemáticas en cuanto sea posible. Explicar cuando se tengan que llevar a cabo cambios inesperados. Hacer clara la exposición de las expectativas del equipo de enfermería para que el paciente las entienda en términos sencillos y directos.
 - Permanecer alerta en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que el paciente se lesione, lastime a otros o destruya objetos.
 - Intervenir en forma personal o con aislamiento y medicación por razón necesaria (si es que ha sido prescrito por su médico) en forma apropiada.
 - Evitar “acorrallar al paciente”, ya sea en forma física o verbal.

- Permanecer realista en las expectativas del paciente; no esperar más (ni menos) de lo que este puede dar. Fomentar una relación de confianza.
- Ayudar al paciente a expresar miedo, ansiedad o cualquier otro sentimiento que perciba:
 - Animar al paciente a que exponga sus sentimientos; primero, en forma personal, después en pequeños grupos y más adelante en grupos mayores según lo tolere.
 - Ayudar al enfermo a que busque y conozca formas de aliviar su ansiedad cuando pueda verbalizar dichos sentimientos.
- Ayudar al paciente a aliviar su culpa, remordimiento o vergüenza cuando recuerde su conducta psicótica:
 - Animarlo a exponer sentimientos; mantener una actitud de apoyo.
 - Mostrar aceptación de la conducta del enfermo, del paciente como persona; no hacer bromas, ni juzgar su conducta.
- Ayudar al paciente a anticipar formas mediante las cuales encare posibles recidivas de las alucinaciones.

Cuidados de enfermería en las ideas delirantes

Las ideas delirantes son creencias falsas y fijas que no tienen ninguna base en la realidad. Los pacientes pueden tener distintas formas de ideas delirantes. Alguno puede tener cierta introversión sobre su estado delirante pero no puede modificarlo. El paciente trata de llenar alguna necesidad a través de la idea delirante, como sería un aumento de su autoestima, consecución de seguridad, apoyo, castigo, liberación de la ansiedad asociada con sentimientos de culpa, miedo, etc. Los enfermos (especialmente aquellos que sufren paranoia) pueden tener ideas delirantes fijas, ideas que pueden persistir durante toda su vida. Muchos pacientes psíquicos tienen ideas delirantes transitorias, las cuales no tienen que persistir todo el tiempo. Se han identificado tres fases en el proceso del pensamiento delirante; primero, el paciente está totalmente entregado a su idea delirante; segundo, con las ideas delirantes coexiste prueba de realidad y confianza en los demás, y tercero el paciente ya no experimenta ideas delirantes. Las ideas delirantes son una protección y podrán ser abandonadas únicamente cuando el enfermo se sienta autosuficiente y seguro. Las ideas delirantes no se encuentran bajo el control consciente del enfermo. Conductas o problemas:

- Ideas delirantes de control.
- Ideas delirantes de grandeza.
- Ideas delirantes de persecución.
- Ideas delirantes de infidelidad (referente a sí mismo o a la pareja).
- Ideas de referencia.
- Ideas delirantes de acusación.
- Ideas delirantes de riqueza.
- Ideas delirantes de pobreza.
- Ideas delirantes de contaminación.

- Ideas delirantes somáticas.
- Ideas delirantes paranoides.
- Ideas delirantes respecto a los hábitos de alimentación y calidad de la comida.

Objetivos a corto plazo

- Ayudar al paciente a sentirse más seguro en el ambiente.
- Ayudarlo a crear autoestima. Integrarlo en una comunidad terapéutica.
- Animar al paciente a confiar en los miembros del equipo terapéutico y en otras personas en magnitud suficiente para que relate los detalles de su pensamiento delirante.

Objetivos a largo plazo

Respecto a las ideas delirantes transitorias:

- Eliminar ideas delirantes patológicas.
- Reasumir responsabilidades de la vida en la comunidad próxima al hogar del paciente.

Referente a las ideas delirantes fijas:

- Aumentar el reconocimiento de las ideas delirantes y la capacidad del paciente para enfrentarlas.
- Aumentar la capacidad del paciente para funcionar adecuadamente en su ambiente hogareño.

Plan de cuidados de enfermería

- Ayudar al paciente a sentirse seguro y aceptado en la medida de lo posible.
- Construir una relación de confianza:
 - Ser sincero cuando se hable con el enfermo. Evitar comentarios vagos o evasivos.
 - Ser consistente en la fijación de las expectativas, reglas de reforzamiento, etc.
 - No prometer lo que no se pueda cumplir.
 - Alentar al paciente a que hable con la enfermedad, pero no obligarlo a obtener informes en forma cruzada.

- Explicarle los procedimientos que se van a llevar a cabo (tratar de asegurarse de que el enfermo entiende el proceso).
- Ayudar al paciente a aumentar su autoestima:
 - Darle retroalimentación positiva para sus éxitos.
 - Reconocer y apoyar los logros cumplidos del enfermo (por ejemplo, actividades o proyectos terminados, responsabilidades cumplidas en el servicio o interacciones iniciadas).
 - Hacer que el paciente participe en actividades con una sola persona al principio, después en pequeños grupos y gradualmente irlo integrando en actividades de grupos mayores.
- Disminuir la ansiedad y los temores del paciente; ayudarlo a sentirse con mayor tranquilidad:
 - Reconocer las ideas delirantes del paciente como percepciones del ambiente.
 - Al principio, no argüir con el enfermo ni tratar de convencerlo de que sus ideas son falsas o irreales.
 - Interactuar con el enfermo con base en cosas reales; no insistir en el material delirante.
 - Mostrar empatía en cuanto a sus sentimientos; darle apoyo de su presencia y aceptación.
 - No ser prejuicioso y hacer bromas respecto a sus creencias.
- Ayudar al paciente a reconocer sus ideas delirantes como tales:
 - Nunca dar a entender al paciente que se aceptan sus ideas delirantes como parte de la realidad.
 - Directamente intervenir con dudas respecto a las ideas delirantes tan pronto el paciente dé muestras de que puede aceptarlo. No discutir con él pero sí presentar una relación detallada de hechos en cuanto a la situación como uno la ve. Intentar explicar las ideas delirantes como un problema en la vida del enfermo: ¿puede el paciente apreciar que sus ideas delirantes interfieren con su vida?
- Ayudar al paciente a descubrir formas más sanas de tratar con sus sentimientos de ansiedad, temor y disminución de la autoestima, independientes de las ideas delirantes:
 - Animar al enfermo a expresar sus sentimientos; apoyarlo en sus intentos de decir su ansiedad, temores, etc., en forma directa.
 - Buscar junto con el enfermo distintas formas de expresión y de enfrentamiento a sus sentimientos; ayudarlo a encontrar otras maneras más eficaces y aceptables para él.
- Disminuir o eliminar las ideas delirantes respecto a comida y alimentación:

Que otros se privan de alimento cuando el paciente come:

- Sentar al enfermo con un grupo de pacientes que también se encuentren tomando sus alimentos.
- El paciente puede comer si se coloca la comida donde los miembros del equipo terapéutico no puedan observar la alimentación del paciente. Puede ser útil ayudar al paciente alimentando con una cuchara.

Que los alimentos se encuentren contaminados:

- Los platos, tazas y utensilios desechables pueden ser de utilidad.
- El alimento puede ser traído del hogar del paciente.
- Puede ser útil si los miembros del equipo terapéutico toman sus alimentos en compañía del paciente.
- Servir los alimentos en recipientes que el paciente pueda abrir (por ejemplo, envases de cartón para la leche). Servir los alimentos sin mondar o abrir (como papas, huevos, naranjas, plátanos o uvas) y dejar que el paciente observe su preparación o permitir que él mismo los prepare.

Que el alimento se encuentre envenenado:

- Es muy importante ganar la confianza del paciente.
- Dejar que otros pacientes (o miembros del equipo terapéutico) sean servidos y comiencen a comer antes que el paciente para que éste pueda tomar los alimentos.
- Puede ser útil dejar que el paciente ayude a servir la comida.
- Dejar que el paciente seleccione sus propios alimentos de una cafetería.
- Siempre sugerir, en formas verbales o no verbales, que el paciente podrá encontrar agradable la alimentación.

Algunas de las medidas antes citadas pueden ser útiles para aumentar la ingesta nutricional del enfermo, pero deben efectuarse sin que de alguna manera puedan aprobar su sistema delirante. Deben hacerse en forma no intrusiva y al principio cuando el estado nutricional del enfermo se encuentra muy alterado. A medida que se desarrolla la relación de confianza, poco a poco se introducirán otros alimentos y más procedimientos sistemáticos.

Actuación ante pacientes agresivos o agitados

La conducta que se debe seguir ante los pacientes agresivos o agitados es la siguiente:

- Aviso inmediato al médico.
- Aislamiento y sujeción mecánica en caso necesario. Con autorización médica escrita (en algunos casos ésta será posterior a la actuación), de lo que se preocupará la enfermera y el asistente de los servicios de enfermería principalmente.
- En el momento de la reducción del paciente procurar no dañarlo y en ningún caso se le golpeará deliberadamente.
- No pedir colaboración a otros pacientes para sujetarlo.
- Cuando se decida sujetar a un paciente la acción deberá ser rápida y cooperarán todos los miembros del equipo que sea posible (esto incluye al médico, si está presente).
- Decir al paciente lo que se va a hacer de forma clara y simple, si es posible, antes de actuar.
- Si es en presencia de otros pacientes se hablará con ellos después de resolver la situación, para tranquilizarlos.
- Evaluación periódica, liberación cuando responda al tratamiento. Esto lo reflejará el médico en las hojas de órdenes médicas.
- Controles periódicos de constantes vitales por parte de enfermería.
- Informe y registro de los procedimientos empleados, en el libro de incidencias y en el caso de las enfermeras y el asistente de los servicios de enfermería en su cuaderno de relevo (hojas que se adjuntarán después a la Historia Clínica del paciente)
- En caso de ingreso, el médico deberá informar claramente al paciente sobre los motivos del mismo, antes de subir a la planta. El paciente no debe subir engañado. Se reflejará en las hojas de órdenes médicas el tratamiento que ha de seguir, así como qué régimen de internamiento tiene que llevar. Es un derecho del paciente y de la familia el ser debidamente informado.

Protocolo de la sujeción mecánica y terapéutica

En el campo de la psiquiatría siempre se han empleado tratamientos de tipo somático. A medida que avanzan las investigaciones sobre la fisiopatología de las enfermedades mentales, se van desarrollando nuevas modalidades de tratamiento somáticos más perfectas y sofisticadas. Al mismo tiempo se siguen manteniendo modalidades terapéuticas tales como las restricciones que fue uno de los primeros métodos de asistencia de enfermería para los pacientes psiquiátricos.

Sujeción mecánica

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc.

La principal acción de enfermería es impedir las conductas que obligan a utilizar las sujeciones mecánicas, éste debe ser siempre el último recurso.

Indicaciones

- Conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás.
- Agitación no controlable con medicamentos.
- Representan una amenaza para su integridad física debidas a la negación del paciente a descansar, beber, dormir.
- En situaciones de riesgo que no puede ser controlado de ninguna otra manera, pueden contenerse temporalmente, para recibir la medicación, o durante largos periodos, si no se pueden administrar los fármacos o no le hacen el

efecto esperado y continúan siendo peligrosos. Es frecuente que los pacientes sujetos se calmen después de transcurrido algo de tiempo.

- A nivel psicodinámico, estos pacientes incluso pueden recibir con satisfacción el control de sus impulsos, pero deben estar indicados terapéuticamente.

Principios generales

Son aplicables en cualquier situación, aunque no existen normas fijas sobre como hay que actuar ante una situación de violencia (muchas veces reina la improvisación).

- **Distraer al paciente:** se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas, cuatro o cinco, se informará al resto de compañeros a través del teléfono o la alarma. Mientras, se deberá vigilar y distraer la atención del paciente. Nos colocaremos a una distancia adecuada. Se le informará que está perdiendo el control pero que se le va a ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo.
- Debe existir un plan de actuación preacordado.
- **Preparación del personal:** debe despojarse de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.).
- **Evitar público:** ya que el paciente va a adoptar una posición más heroica que la que tendría si estuviera solo. Además servirá para aumentar la ansiedad en los demás pacientes (especialmente en pacientes paranoides).
- **Momento de la intervención:** en el momento que muestra signos de violencia inmediata: ejecuta actos violentos contra objetos, si observa personas cerca, actuará contra ellas. El momento indicado será: mientras destruye los objetos, cuando se detiene a recuperar fuerzas.
- **Número de personas:** será de cuatro o cinco, es importante que el grupo sea lo más numeroso posible, porque una demostración de fuerza puede ser suficiente para interrumpir la acción. Cada una de las extremidades será sujeta por un miembro del equipo.
- **Actitud del personal:** se va a reducir a un paciente con intención terapéutica. Deben disponerse de sedantes parenterales. Nunca utilizarlo como un castigo.
- El personal será en todo momento profesional, no mostrará cólera ni afán de castigo, actitud enérgica pero amable, respetuoso, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes, se actuará impidiéndole el movimiento, evitar insultos, blasfemias.

- Sujeción: cada miembro del equipo tiene asignada una extremidad. Se deben evitar los huesos largos y tórax, por riesgo de lesiones. Se sujetarán las extremidades en la zona más distal.
- Es una acción independiente de enfermería, la cual no siempre tiene que ser indicada por el personal médico.
- Se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.

Equipo de sujeción

Consta de distintos elementos:

- Cinturón ancho abdominal (puede utilizarse sábana).
- Arnés hombros tórax (puede utilizarse sábana).
- Tiras para cambios posturales.
- Muñequeras.
- Tobilleras.

Sujeción terapéutica

En el campo de la psiquiatría siempre se han empleado tratamientos de tipo somático. A medida que avanzan las investigaciones sobre la fisiopatología de las enfermedades mentales, se van desarrollando nuevas modalidades de tratamiento somáticos más perfectas y sofisticadas. Al mismo tiempo se siguen manteniendo modalidades terapéuticas tales como las restricciones que fue uno de los primeros métodos de asistencia de enfermería para los pacientes psiquiátricos.

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc.

Con los avances de la psiquiatría moderna y la psicofarmacología que va desde los neurolépticos convencionales y los atípicos conjuntamente con las declaraciones y legislaciones nacionales e internacionales que protegen al hombre más allá de la enfermedad mental, favorecen a que el uso de la sujeción mecánica sea solo en casos necesarios, lo que sumado a la sujeción farmacológica con la observación del personal de enfermería, disminuye el periodo de sujeción y ofrecen al paciente máximas garantías de seguridad.

La principal acción de enfermería es prevenir las conductas que obligan a utilizar las sujeciones mecánicas, éste debe ser siempre el último recurso.

Indicaciones

- Conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás.
- Cuadros de excitación no controlable con medicamentos.
- En situaciones de riesgo que no puede ser controlado de ninguna otra manera, pueden contenerse temporalmente, para recibir la medicación,
- Durante el periodo de acción del psicofármaco hasta llegar al efecto esperado y continúan siendo peligrosos

Principios generales

Son aplicables en cualquier situación, aunque no existen normas fijas sobre como hay que actuar ante una situación de violencia (muchas veces reina la improvisación).

- Distraer al paciente: se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas, cuatro o cinco, se informará al resto de compañeros a través del teléfono o la alarma. Mientras, se deberá vigilar y distraer la atención del paciente. Nos colocaremos a una distancia adecuada. Se le informará que está perdiendo el control pero que se le va ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo. Bajo ningún concepto deberá utilizarse la cooperación de otro paciente para esta maniobra.
- Debe existir un plan de actuación preacordado.
- Preparación del personal: debe despojarse de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.)
- Evitar público: ya que el paciente va a adoptar una posición más exaltada que la que tendría si estuviera sólo. Además servirá para aumentar la ansiedad en los demás pacientes (especialmente en pacientes paranoides).
- Momento de la intervención: en el momento que muestra signos de violencia inmediata:
- Actitud del personal: se va a reducir a un paciente con intención terapéutica. Deben disponer de sedantes parenterales (según prescripción). Nunca utilizarlo como un castigo.
- El personal será en todo momento: profesional, no mostrará cólera, actitud enérgica pero amable, respetuoso, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes, se actuará impidiéndole el movimiento, evitar insultos, blasfemias.
- Es una acción independiente de enfermería, la cual no siempre tiene que ser indicada por el personal medico, aunque una vez restringido hay que comu-

nicárselo al médico para ajuste de tratamiento.

- Se debe registrar minuciosamente en la historia clínica la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.

Equipo de sujeción

Consta de distintos elementos:

- Cinturón ancho abdominal (puede utilizarse sábana).
- Arnés hombros tórax (puede utilizarse sábana).
- Tiras para cambios posturales.
- Muñequeras.
- Tobilleras.
- Siempre hay que proteger la piel con almohadillas del roce de las bandas o manguitos.

Técnica

- Explicarle al paciente porque se le va a sujetar.
- Para sujetar a un paciente deberían estar un mínimo de cuatro personas.
- Un miembro del equipo siempre debería estar visible para el paciente, y su cometido será tranquilizarle durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.
- Deberían sujetarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos con las tiras al travesero de la cama. Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de este, para sujetarlos por las muñecas, con las tiras al travesero de la cama. Se protegerán las extremidades con vendas de algodón o elásticas para evitar roces, heridas o ulceraciones. Controlar que estén suficientemente apretadas para hacer su función, pero sin que dificulte el riego sanguíneo. Esto se comprobará introduciendo uno de nuestros dedos entre la correa y el miembro del paciente. Las correas deben de estar lo suficientemente cortas para que no pueda alcanzar objetos de su alrededor si los hubiera.
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto. Cuidado que no este floja, por que podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.
- La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
- Comprobar periódicamente cada poco tiempo las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.

Acciones de enfermería en un paciente sujeto terapéuticamente

Es relevante mantener una adecuada alimentación e hidratación del paciente ya que no puede hacerlo por sí solo.

- Mantener la dignidad y la autoestima del paciente porque la pérdida de control y la imposición de sujeciones mecánicas pueden resultar muy penosas para él:
 - Preservar la intimidad del paciente.
 - Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considere confidencial.
 - Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
 - Asignar a un asistente del mismo sexo del paciente para que se ocupe de sus cuidados personales.
 - Implicar al paciente en planes para poder finalizar la sujeción mecánica.
- Mantener la integridad física porque ellos no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y pueden sufrir los riesgos que implica la inmovilidad:
 - Comprobar las constantes vitales periódicamente.
 - Ayudar al paciente en la higiene personal.
 - Acompañarle al cuarto de baño o proporcionarle cuña u orinal.
 - Regular y controlar la temperatura de la habitación.
 - Realizar los cambios posturales necesarios.
 - Almohadillar las sujeciones.
 - Ofrecer alimentos y líquidos.
 - Observarle frecuentemente y retirar todos los objetos peligrosos de su entorno.
- Explicarle al paciente porque se le va a sujetar.
- Para sujetar a un paciente deberían estar un mínimo de cuatro personas.
- Un miembro del equipo siempre debería estar visible para el paciente, y su cometido será tranquilizarle durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.

- Deberían sujetarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos con las tiras al travesero de la cama. Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas, con las tiras al travesero de la cama. Se protegerán las extremidades con vendas de algodón o elásticas para evitar roces, heridas o ulceraciones. Controlar que estén suficientemente apretadas para hacer su función, pero sin que dificulte el riego sanguíneo. Esto se comprobará introduciendo uno de nuestros dedos entre la correa y el miembro del paciente. Las correas deben de estar lo suficientemente cortas para que no pueda alcanzar objetos de su alrededor si los hubiera.
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto. Cuidado que no este floja, por que podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.
- La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
- Comprobar periódicamente cada poco tiempo las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.
- Después de contener al paciente, el médico debe comenzar el tratamiento mediante una intervención verbal.
- Incluso cuando están sujetos la mayoría de los pacientes necesitan medicación antipsicótica de manera concentrada y por vía intramuscular.
- Cuando el paciente esté bajo control, se deben ir eliminando las restricciones a intervalos de cinco minutos, hasta que el paciente tenga solo dos. Las restantes se eliminaran al mismo tiempo, ya que el paciente no se puede contener con una sola sujeción.
- La sujeción mecánica debe continuar el menor tiempo posible, a medida que el paciente se va tranquilizando se le deben ir retirando las sujeciones.
- Prevenir los tromboembolismos:
 - Para evitar tromboembolismos, sobre todo en ancianos, debe liberarse una extremidad de las cuatro cada 30 min.
 - Para una inmovilización superior a las 24 h o en pacientes con factores de riesgo requerirá hacer profilaxis de trombosis, con heparina de bajo peso molecular (heparina de bajo peso molecular). Contraindicaciones: está contraindicada en los trastornos hemorrágicos, enfermedad ulcerosa péptica, hipertensión y hepatopatía severas.

Intento suicida

Se define como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, significa su “sí mismo”, *cidium* “matar” y constituye en todo el mundo una de las causas más frecuentes de muerte.

Comportamiento suicida

El suicidio es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida. El comportamiento suicida es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente mortales, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada.

En relación con este comportamiento diferenciamos entre:

- Suicidio frustrado: acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él.
- Suicidio consumado: es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.
- Conductas suicidas: son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.
- Simulación suicida: es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.
- Riesgo de suicidio: es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

El parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya conse-

cuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras.

Causas

Las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90 % de todos los suicidios se relacionan con un trastorno emocional u otra enfermedad mental.

Las conductas suicidas a menudo ocurren en respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como:

- El envejecimiento.
- La muerte de un ser querido.
- La dependencia de las drogas o el alcohol.
- Un trauma emocional.
- Sentimientos de culpa.
- Enfermedades físicas graves.
- El aislamiento social.
- El desempleo o los problemas financieros.

La mayoría de los suicidios tienen lugar durante una crisis depresiva. El suicida siente un dolor emocional que se le hace insoportable, se siente desesperado, piensa que nada cambiará en el futuro, que no puede contar con nadie que le de su apoyo y no ve más salida a su sufrimiento que la muerte. Sin embargo, estas personas no quieren dejar de vivir; lo que verdaderamente quieren es dejar de sufrir, pero su estado mental depresivo les impide pensar en otras soluciones, estando su pensamiento centrado en los aspectos negativos de su vida, sin ser capaces de tener en cuenta los positivos. Esta memoria selectiva es un síntoma de la depresión, no de quienes son ellos.

El suicidio no se elige; sucede cuando el dolor es mayor que los recursos para afrontarlo. A lo largo de nuestra vida aprendemos diversas formas de solucionar los problemas. Algunas personas tienen más recursos de afrontamiento que otras. Pero es algo que siempre se puede aprender durante una psicoterapia.

La clave: la depresión se puede tratar por medio de psicoterapia y medicación antidepressiva. Los problemas se pueden resolver aprendiendo las diversas formas de hacerlo.

La tasa más elevada de suicidio está entre las personas ancianas, pero ha habido un aumento continuo entre adolescentes. Los factores de riesgo para el suicidio abarcan:

- Trastornos psiquiátricos: en más del 90 % de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante. Por orden de frecuencia tenemos:
 - Trastornos del estado anímico: alternancia de periodos de depresión con otros de gran vitalidad, hiperactividad psíquica y motora, y ánimo exaltado.
 - Abuso de sustancias psicoactivas: concretamente en el alcoholismo, la incidencia es algo menor en otras toxicomanías, como el consumo de opiáceos y cocaína.
 - Esquizofrenia: enfermedad mental caracterizada por una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Se asocia a la actividad alucinatoria (oyen voces que no son reales y que les impulsan al suicidio) y a la depresión. Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma.
 - Trastornos de la personalidad: como la personalidad *borderline*, que se caracteriza por disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol.
 - Síndromes mentales orgánicos: donde se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.
- Historia de intentos y amenazas: entre 25 y 50 % de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos.
- Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.
- Factores sanitarios: enfermedad física, destacando el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales (cáncer, SIDA), y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes.
- Miembro de la familia que cometió suicidio (casi siempre alguien que compartía un trastorno común del estado anímico).
- Antecedentes autoagresión deliberada.
- Antecedentes de descuido o maltrato.
- Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes.
- Ruptura sentimental.

Síntomas

Signos iniciales:

- Depresión.
- Conducta impulsiva.

- Nerviosismo.
- Afirmaciones o expresiones de sentimientos de culpa.
- Tensión o ansiedad.

Signos críticos:

- Intentos directos de cometer suicidio.
- Amenazas directas o indirectas de cometer suicidio.
- Regalar pertenencias, intentos de «poner en orden asuntos personales».
- Cambio de conducta repentino, especialmente de calma después de un periodo de ansiedad.

Signos de peligro en personas jóvenes:

- Pérdida de interés en actividades que eran previamente placenteras.
- Disminución súbita en el desempeño escolar.
- Cambios inusuales en el sueño o hábitos alimentarios.
- Irritabilidad inusual.
- Retraimiento de los amigos.

Tratamiento

Es posible que los adolescentes no busquen ayuda para los pensamientos suicidas por todas las siguientes razones:

- Creen que nada ayudará.
- Son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas.
- Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad.
- No saben a dónde acudir por ayuda.

Las medidas de emergencia pueden ser necesarias después de que una persona haya intentado suicidarse. Pueden requerirse primeros auxilios, RCP o respiración boca a boca.

La hospitalización suele ser necesaria para tratar un intento de suicidio y prevenir futuros intentos. La intervención en salud mental es uno de los aspectos más importantes del tratamiento.

Expectativas (pronóstico)

Todas las amenazas e intentos de suicidio deben tomarse siempre en serio. Cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse repiten el intento

dentro de un período de un año y cerca del 10 % de aquellos que amenazan o intentan suicidarse finalmente lo logran.

Se debe buscar atención en salud mental inmediatamente. Desestimar el comportamiento de la persona como de llamar la atención puede tener consecuencias devastadoras.

Complicaciones

Las complicaciones varían dependiendo del tipo de intento de suicidio.

Cuidados en pacientes con ideas suicidas

- Averigua si existe un riesgo inmediato de suicidio: pregúntale si tiene intención de hacerlo o solo lo ha pensado, si tiene un plan y cuándo lo llevaría a cabo (inmediatamente, en unos días, en unas semanas). La mayoría de las veces no hay un riesgo inminente de suicidio, pero si es así, no dudes en llamar a la policía.
- No le dejes solo. Escucha atentamente lo que tenga que decirte sin juzgarle. No trates de minimizar sus problemas e intenta ponerte en su lugar y entender lo que siente. Lo importante no es si lo que te dice es realista, sino cuáles son sus sentimientos. Recuerda que para esta persona sus problemas son tan graves como para preferir la muerte antes que seguir soportándolos.
- No hagas que se sienta culpable diciendo, por ejemplo, que hará un daño enorme a su familia.
- No desestimes sus sentimientos. No le digas cosas como: «olvídate de eso».
- Muéstrale cariño; permítele expresar sus sentimientos; deja que llore o se enfade.
- Dile que lo que le sucede tiene tratamiento, que le vas a ayudar todo lo posible y que puede contar con tu apoyo.
- Saca de su alrededor cualquier cosa que pudiera usar para hacerse daño, como pastillas.
- Dile que no pierde nada con intentarlo, que para suicidarse siempre hay tiempo. A veces es más fácil conseguir que posponga el suicidio que lograr que abandone esas ideas.
- Dile que los pensamientos y deseos de suicidio siempre son temporales.

La persona que amenace o intente suicidarse debe ser evaluada con rapidez por un profesional de la salud mental. ¡Nunca ignore una amenaza o intento de suicidio!

Protocolo de terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) se utilizó por primera vez en 1938. Desde su inicio fueron evidentes las ventajas terapéuticas que la técnica ofrecía pero su uso ha sido controvertido por su aplicación indiscriminada y sus efectos secundarios. Hoy en día, con la existencia de los aparatos de pulso breve, el uso de anestesia y fármacos miorrelajantes, y sus indicaciones concretas, se ha convertido en un tratamiento médico de elección en casos determinados.

Las indicaciones del TEC se han definido mediante ensayos aleatorizados y controlados en los que se comparaba con intervenciones simuladas o con alternativas terapéuticas, y mediante ensayos similares donde se comparaban modificaciones en la técnica de la TEC. Estas indicaciones también se han corroborado mediante comunicaciones de series clínicas no controladas, estudios de casos y encuestas de expertos de opinión.

La decisión de recomendar el uso de la TEC se deriva de un análisis del riesgo/beneficio para cada paciente en particular. Este análisis considera el diagnóstico del paciente y la gravedad de la enfermedad presente, la historia clínica del paciente, la rapidez de acción y la eficacia prevista para la TEC, los riesgos médicos y los efectos adversos previstos, y la probable rapidez de acción, eficacia, y seguridad de los tratamientos alternativos.

La TEC se define como un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada, de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo. Su eficacia depende de la producción de crisis convulsivas generalizadas. Su objetivo es completar el arsenal terapéutico con un tratamiento eficaz para las indicaciones posteriormente descritas.

Requisitos ético-legales

Para la administración de la TEC son necesarios dos tipos de documentos de consentimiento informado, uno para la aplicación de la anestesia y otro para la aplicación de la TEC propiamente dicha.

Deberán ser explicados al paciente y sus familiares por el miembro del equipo médico, preferentemente el psiquiatra indicador de la administración del tratamiento, ya sea el psiquiatra de la Unidad de Hospitalización o de Consultas Externas. En el caso del consentimiento informado relativo a la anestesia la persona responsable de que se cumplimente será el anestesista.

El consentimiento informado será firmado por el familiar o tutor del mismo.

Indicaciones

Trastornos depresivos:

- Depresión resistente a tratamiento.
- Depresión con síntomas psicóticos.
- Inhibición o agitación intensa.
- Depresión en el anciano.
- Contraindicación de antidepresivos.

Episodios maniacos o mixtos:

- Manía resistente a tratamiento.
- Contraindicaciones de psicofármacos.
- Buena respuesta previa.

Esquizofrenia:

- Esquizofrenia resistente a tratamiento.
- Esquizofrenia catatónica.
- Episodios agudos con agitación intensa y gran desorganización conductual.
- Contraindicaciones a psicofármacos.
- Buena respuesta previa.

Otras indicaciones:

- Trastorno esquizoafectivo resistente a tratamiento.
- Trastorno esquizofreniforme con mala evolución.
- Síndrome neuroléptico maligno.
- Enfermedad de Parkinson, especialmente complicada con episodios depresivos, y con fenómenos *on-off*.

Contraindicaciones

No existen contraindicaciones absolutas, pero hay que tener especial cautela en los siguientes casos:

- Hipertensión intracraneal.
- Procesos ocupantes del espacio intracraneal (tumores etc.).
- Riesgo de hemorragias (aneurismas).
- Patología cardiovascular grave:
 - AVE reciente.
 - IAM reciente.
- Desprendimiento de retina.
- Feocromocitoma.
- Embarazo.
- HTA descompensada.

Contraindicaciones relativas:

- Tratamiento anticoagulante.
- Epilepsia.
- Enfermedades placa motora.
- Osteoporosis grave.
- Glaucoma.
- Endocrinas: hipertiroidismo, porfirias.
- Demencia.
- Retraso mental.
- Pacientes con marcapasos.

Cuidados de enfermería, antes, durante y después del tratamiento

Cuidados de enfermería en el tratamiento médico previo:

- El personal de enfermería debe verificar las indicaciones médicas.
- Revisar igualmente si se realizaron los complementarios, tales como hemograma, electrocardiograma y rayos X de tórax.
- Reportar al paciente para TECAR y ayunas.
- Preparación psicológica amplia.

Cuidados de enfermería en el tratamiento previo inmediato:

- Verificar si el paciente se mantiene en ayunas.

- Verificar si el paciente realizó su baño de aseo y mantenerlo con ropa adecuada y no ajustada.
- Retirar prótesis y esmaltes de uñas.
- Controlar que el paciente haya eliminado (evacuación de vejiga).
- Enviar al paciente con su historia clínica hacia el departamento de tratamiento.
- Preparar psicológicamente al paciente.

Cuidados de enfermería durante el tratamiento:

- La enfermera del departamento de TECAR debe recibir al paciente con su historia clínica; verificar en ésta las indicaciones médicas y los complementarios realizados. Comprobar si el paciente se encuentra en ayunas y si evacuó la vejiga.
- Observar que la ropa del paciente esté holgada.
- Brindar apoyo psicológico en todo momento.
- Acostar al paciente en decúbito supino.
- Colocar una almohada en la región sacrolumbar para evitar contracciones fuertes que puedan ocasionar fracturas.
- Instalar un depresor montado en la boca para evitar mordeduras en la lengua y los labios, así como luxaciones de la mandíbula.
- Después de aplicada la anestesia, llevar las manos del paciente al pecho y sujetarlas sobre este, e igualmente sujetar las piernas para evitar que se produzcan fracturas con las convulsiones tónico-clónicas.
- Aplicar los electrodos en la región frontoparietal y esperar hasta que pase el efecto producido por la corriente (convulsiones tónico-clónicas).
- Administrar oxígeno para reanimar al paciente.
- Trasladar al paciente desde la mesa de tratamiento hacia la camilla y desde la camilla hacia la cama de recuperación.

Cuidados de enfermería después del tratamiento:

- Acostar al paciente en decúbito lateral, sin almohada, para evitar una broncoaspiración.
- Debe observarse al paciente entre 30 min y 1 h después de realizado el tratamiento para evitar caídas o las complicaciones antes dichas.
- Medir los signos vitales y observar síntomas como palidez o cianosis, hasta que sea indudable la franca recuperación del paciente.
- Anotar en la historia clínica lo cumplido y lo observado, así como en el control interno del departamento de TECAR.
- Trasladar al paciente con su historia clínica hacia su sala de origen.

- Ya en la sala, administrarle el desayuno y los medicamentos, si le corresponden en el horario.

Es importante verificar que el paciente se encuentre en ayunas antes de aplicar el tratamiento de electrochoque.

- Es de suma importancia retirar las prótesis dentales antes de llegar al departamento de tratamiento.
- Controlar que el paciente haya evacuado vejiga antes de recibir el tratamiento. Si no ha evacuado la vejiga.
- La preparación psicológica debe ser amplia antes del tratamiento, para que el paciente coopere durante el procedimiento y se sienta más confiado en el personal de enfermería, lo cual le ayudará a perder plenamente el temor.
- La colocación de la almohada en la región sacrolumbar es necesaria para evitar luxaciones en la columna vertebral e incluso fracturas o aplastamiento de vértebras.
- Es importante comunicarle al paciente, días antes de ser aplicado el tratamiento, que si tiene esmalte en las uñas debe retirarlo, pues es importante observar una posible cianosis distal.

Estado del paciente después del tratamiento

- Después del TEC, en el electroencefalograma se aprecian ondas lentas que pueden durar unos minutos. Pero cuando los tratamientos son muchos o muy frecuentes, estas pueden durar semanas.
- Los tratamientos de memoria y deterioro intelectual, aunque molestos y frecuentes, suelen ser pasajeros.
- Al cabo de 5 o 6 electrochoques los enfermos suelen quejarse de confusión y pérdida de la memoria, especialmente en lo que respecta a acontecimientos recientes. Esta pérdida los preocupa y temen no recuperar la memoria nuevamente.
- Conviene que los familiares y el paciente estén preparados para estas anomalías que aparecerán en el paciente, y explicarles que estas desaparecerán por completo una vez que el ciclo de tratamientos haya concluido.
- Se puede asegurar a los familiares del enfermo que este no sufrirá efectos indeseables colaterales debido a los electrochoques.

Epilepsia. Convulsiones

Se trata de contracciones musculares, más o menos difusas, que sobrevienen por crisis violentas e involuntarias. De igual manera, un ataque puede ser sutil, consistiendo en tan sólo una leve “pérdida de contacto” con la realidad o de unos breves momentos, lo que pareciera ser un soñar despierto.

Existen dos tipos de trastornos convulsivos: un *episodio aislado, no recurrente*, como el que puede aparecer acompañando a una enfermedad febril o tras un traumatismo craneoencefálico y la *epilepsia*: trastorno paroxístico y recurrente de la función cerebral caracterizado por crisis breves y repentinas de alteración de la conciencia acompañada de actividad motora, fenómenos sensitivos o conducta inapropiada y causado por una descarga neuronal excesiva.

Incluso el cerebro normal puede descargar de forma excesiva y producir una convulsión si se aplica un estímulo suficiente (p. Ej. drogas convulsivantes, hipoxia o hipoglucemia). En los epilépticos, en cambio, es poco frecuente que las crisis se precipiten por estímulos exógenos, como el sonido, la luz o el tacto.

Las contracciones pueden ser:

- Tónicas: son contracturas persistentes de los músculos que al tocarlos dan la sensación de estar endurecidos.
- Clónicas: son contracciones más amplias que originan en las extremidades movimientos de flexión y extensión.

Ambos tipos pueden coincidir como ocurre en el llamado ataque epiléptico.

Atención de enfermería en crisis convulsivas

En las crisis convulsivas, como se producen convulsiones tónico-clónicas, el enfermero deberá evitar lesiones en la lengua y fracturas de los dientes, colocando un protector bucal: cánula de goma o depresor montado (no introducir a

la fuerza un objeto duro entre los dientes como una cuchara o un bajalenguas, etc., ya que esto puede causar mas daño del que se trata de evitar).

Se debe proteger a la persona contra lesiones y traumatismos, se recomienda sacar los muebles u otros objetos que puedan lesionar a la persona al caerse durante la convulsión y no intentar contener o sujetar a la persona durante el ataque.

Proteger la cabeza con una almohadilla para evitar golpes y partiduras y se evitarán caídas al piso siempre que sea posible.

Cuidar al enfermo en el período posictal, manteniéndolo en decúbito lateral para facilitar el drenaje de secreciones buconasales, evitando una broncoaspiración. Puede calzarse la espalda con una almohada.

Se deberá aflojar la ropa y cambiarla al terminar la crisis si ha existido relajación de sus esfínteres, después de ofrecer una adecuada higiene.

En este periodo el enfermo se encuentra desorientado, por lo que deberán aplicarse los cuidados al respecto.

Si la persona que está presentando una convulsión se pone cianótica o deja de respirar, se debe tratar de reacomodar la cabeza para evitar que la lengua obstruya las vías respiratorias (hiperextensión del cuello). Por lo general, la respiración comienza espontáneamente una vez termina la convulsión y casi nunca es necesaria la RCP o la respiración boca a boca después de las convulsiones y no se puede efectuar durante las mismas

Es deber del enfermero observar y registrar en la historia clínica la evolución de los síntomas:

- Partes del cuerpo donde comienzan los movimientos o rigidez, posición de los globos oculares y la cabeza al comenzar la crisis.
- Tipos de movimientos de la zona atacada.
- Observar si existe relajación de esfínteres.
- Duración de cada fase del ataque.
- Duración de la pérdida de la conciencia.
- Incapacidad para hablar después de la crisis.
- Describir el estado confuncional posictal.

Retraso mental

El retraso mental es una discapacidad que comienza antes de los 18 años y que está caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, en habilidades prácticas, sociales y conceptuales.

La American Association on Mental Retardation (AAMR) continúa utilizando el término retraso mental, para referirse a la discapacidad psíquica, a pesar de reconocer que debe limitarse su uso y sugiere que quizás deban utilizarse diferentes nombres. Según los propósitos y los contextos, se utilizan los términos discapacidad psíquica o intelectual y la principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental. Además, añade que, la discapacidad psíquica o intelectual debe concebirse desde un enfoque que subraye en primer término a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad.

Según los modelos de clasificación C.I.E. y D.S.M. IV, diferenciamos los siguientes niveles de gravedad según el C.I. (coeficiente intelectual) asociados a la discapacidad psíquica:

- Leve: 50/55 a 70.
- Moderado: 36 a 50/55.
- Grave: 21 a 35.
- Profundo: 20 o por debajo.

La gravedad de cada una de ellos requerirá de ciertas atenciones y apoyos, encontrando los siguientes tipos:

- Intermitente: requiere de apoyo de forma episódica, y este es de intensidad alta o baja.
- Limitado: requiere de apoyo en un tiempo limitado, de baja intensidad.
- Extenso: requiere de apoyo sistemático, de baja intensidad.
- Omnipresente o generalizado: requiere de apoyo constante (que le permita conservar la vida), de alta intensidad.

Las causas de la discapacidad psíquica son muchas y no responden a un solo tipo. De hecho, aproximadamente en el 40 % de las personas con discapacidad psíquica se desconoce la etiología.

Del 60 % de las causas conocidas, existen múltiples síndromes y causas externas que pueden provocar discapacidad psíquica. Algunos de estos síndromes conllevan problemas de Salud añadidos que pueden dar lugar a que una persona precise más apoyo por parte de los profesionales de Salud.

De entre las causas conocidas, podemos dividir las mismas en función del momento en que suceden, es decir, prenatales (genéticas, infecciosas, de origen tóxico), perinatales (por problemas tardíos en el embarazo y parto o de adaptación del neonato) y postnatales (traumatismos, infecciones, falta de estímulos).

Aunque no existe ninguna norma rígida que pueda englobar todos los problemas de salud de la persona con discapacidad psíquica, podemos afirmar que el 100% precisan apoyo, ya sea intermitente o generalizado, para el mantenimiento de su salud.

Dependiendo del síndrome, enfermedad y persona, estos problemas de salud son muy variables.

Intervención de enfermería según la valoración por patrones funcionales de salud

La discapacidad psíquica es uno de los trastornos que requiere de un mayor número de actuaciones profesionales de diversos órdenes en todos los aspectos de la intervención.

Las personas con discapacidad psíquica severa y profunda presentan alteraciones en muchos de los parámetros de esta valoración.

Los profesionales de enfermería tienen un amplio campo donde intervenir y deben hacerlo buscando como objetivo la mayor independencia posible de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda.

El objetivo final de las intervenciones de enfermería en las personas con discapacidad psíquica debe ser incrementar la calidad de vida y proporcionar una mayor integración en su medio social.

Patrón percepción y control de la salud

El retraso mental es considerado un factor que altera el patrón de percepción y mantenimiento de la salud. Los parámetros se encuentran alterados debido a la dificultad y/o incapacidad para adquirir los conocimientos suficientes

y/o poder realizar las actividades que conducen a mantener de forma efectiva la salud. Debido a esta dificultad, serán las personas que conviven con la persona discapacitada los que proporcionarán las atenciones para asegurar el mantenimiento de la salud. Por este motivo es importante valorar los conocimientos que sobre la enfermedad tiene el cuidador principal y la familia.

Los parámetros que se ven afectados por el retraso mental y que hacen referencia al patrón de percepción y control de la salud son: el aspecto general y su cuidado, la ausencia de conciencia del trastorno y, consecuentemente, la falta de conocimientos acerca de la enfermedad.

- Aspecto general y cuidado personal: el aspecto general de las personas con discapacidad psíquica, así como su higiene, será adecuado si la supervisión y la ayuda del cuidador principal son suficientes. Las personas con discapacidad psíquica severa y profunda precisan ayuda para realizar las tareas de cuidado personal, dicha ayuda dependerá del grado de discapacidad. En términos generales la ayuda necesaria varía desde la supervisión al apoyo total y generalizado que precisan las personas con mayor dependencia.
- Conocimientos sobre su enfermedad: no hay conciencia de enfermedad en la mayoría de los casos.
- Actitud y comportamientos frente a su enfermedad: en la mayoría de los casos la actitud es de indiferencia hacia la enfermedad.
- Pautas/recomendaciones terapéuticas: el seguimiento sería incorrecto en la mayoría de los casos. Para asegurar un seguimiento correcto precisan que la persona de referencia o cuidador principal sea la encargada de proporcionar y administrar el tratamiento.
- Exposición a riesgos o percepción de riesgo: la percepción del riesgo es otro de los parámetros que se ven afectados en las personas discapacitadas severas y profundas. La falta de esta percepción hace que se puedan exponer a situaciones que suponen un riesgo importante para su vida. El historial de caídas o accidentes y los antecedentes de situaciones de peligro nos permitirán tomar las medidas necesarias para evitar exposiciones a riesgos.

Otra manifestación que puede aparecer en esta población es la presencia de autoagresiones y de conductas impulsivas que entrañan riesgo para la persona. Estas conductas hostiles en algunas ocasiones pueden evitarse si se conoce la causa que las ha provocado.

Patrón nutricional metabólico

Los parámetros que se pueden ver alterados en este patrón son varios y de distinto tipo.

Unos hacen referencia al grado de autonomía en la alimentación y a la capacidad para prepararse alimentos y otros serán consecuencia de la capacidad para masticar y tragar que tenga cada individuo.

La capacidad para alimentarse por sí mismo se ve alterada en las personas con discapacidad psíquica severa y profunda a consecuencia de sus alteraciones neurológicas y psicomotrices.

La ingesta de alimentos a ritmo rápido, la postura adoptada a la hora de comer (es frecuente la hiperextensión) y la atención dispersa pueden favorecer la obstrucción de la vía aérea.

- **Peso e IMC:** podemos encontrar alteraciones tanto por peso excesivo como por bajo peso. El peso excesivo puede ser a consecuencia de ingestas impulsivas de alimento, apetito voraz, así como por falta de conocimientos acerca de hábitos saludables por parte del cuidador principal; o por el contrario puede existir peso disminuido a causa de la hiperactividad, agitación o astenia.
- **Apetito y consumo diario habitual de nutrientes:** puede encontrarse aumentado o disminuido.
- **Ingesta de líquido:** las personas gravemente afectadas presentan dificultades importantes para ingerir líquidos pudiéndose producir una ingesta hídrica escasa.
- **Características de los alimentos:** la dieta o tipo de alimento, sus ingredientes y su consistencia deben ser adaptados a consecuencia de la dificultad para masticar y tragar que pueden presentar las personas con discapacidad psíquica severa y profunda.
- **Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada:** los conocimientos del cuidador principal acerca del modo de alimentar y las intervenciones a realizar ante situaciones de urgencia debidas a problemas de deglución son cruciales para asegurar una correcta ingesta.

Patrón de eliminación

- **Eliminación intestinal:** generalmente podemos encontrar que hay falta de control del esfínter anal. El estreñimiento aparece en muchas ocasiones a consecuencia de la inmovilidad, la ausencia de deambulación y como efecto secundario farmacológico.
- **Eliminación vesical:** la incontinencia urinaria está presente en la mayoría de personas con discapacidad psíquica profunda. El uso de material para incontinentes puede favorecer la aparición de reacciones cutáneas que deben ser valoradas. El material utilizado, la frecuencia de cambio y la higiene de

la zona perineal pueden provocar lesiones y favorecer la aparición de infecciones.

Patrón actividad-ejercicio

La disfuncionalidad de este patrón puede estar determinada por el déficit de desarrollo neuro-muscular, la falta de coordinación, etc. El retraso mental puede provocar alteraciones psicomotoras en la mayoría de los casos.

- Características del habla: el lenguaje puede ser escaso o nulo y presenta alteraciones de distinta índole pudiendo encontrar personas que presentan ecolalia, verbigeración, logoclonia.
- Comportamiento motor: las alteraciones en el comportamiento motor son variadas y podemos encontrar hiperactividad, agitación psicomotriz, inhibición, estereotipias, rigidez, etc. Los efectos extrapiramidales a consecuencia del tratamiento neuroléptico pueden presentarse en sus distintas manifestaciones. Las reacciones distónicas agudas pueden aparecer al inicio de un nuevo tratamiento farmacológico. La acatisia, la masticación y las discinesias tardías pueden darse en los casos de tratamiento prolongado con fármacos antipsicóticos.
- Deseos o participación en actividades de consumo de energía: los parámetros que hacen referencia a los deseos de participar en actividades de consumo de energía suelen estar alterados, presentándose en un gran número de casos manifestaciones de aburrimiento, dificultad para el entretenimiento y presencia de conductas desadaptadas a consecuencia de la inactividad. A estos parámetros hay que añadir la escasez del repertorio de actividades que se puede ofrecer, la falta de materiales adaptados y la dificultad que supone conseguirlos.

Patrón sueño-descanso

Este patrón puede verse afectado por un aumento o por una disminución de las horas de sueño. La somnolencia está presente en un número importante de personas con discapacidad psíquica profunda. En algunos casos puede estar presente o verse incrementada como efecto secundario farmacológico.

El aburrimiento y la falta de actividades gratificantes propician el sueño diurno, a consecuencia del cual puede aparecer insomnio nocturno.

La incontinencia nocturna y las interrupciones para realizar un control de esfínter urinario o cambio de material incontinente también dificultan el descanso nocturno.

Patrón cognitivo-perceptivo

Si se incluyen en este patrón los órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) podemos encontrar alteraciones importantes asociadas a la malformación o alteración física que acompaña a algunas personas con discapacidad psíquica severa y profunda.

Los déficits cognitivos presentes en las personas con discapacidad psíquica severa y profunda provocan alteración de los parámetros del patrón cognitivo-perceptivo (memoria, inteligencia y pensamiento-lenguaje).

- Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno: la alteración en el estado de conciencia puede variar desde la somnolencia o confusión a la hipervigilancia.
- Atención- orientación: la atención es otro parámetro que se puede ver afectado; a menudo aparece distractibilidad y dificultad para centrar la atención en un solo objeto. La falta de orientación, tanto espacial, temporal, como hacia personas, está presente en las personas con retraso mental profundo.
- Memoria e inteligencia: presencia de importantes retrasos intelectuales. La capacidad de recordar está muy disminuida en las personas con retraso mental profundo si bien son capaces de reconocer a las personas que les son significativas.
- Organización pensamiento lenguaje: el pensamiento puede presentar diferentes manifestaciones que pueden suponer disfuncionalidad de este patrón. Los pensamientos recurrentes y las ideas obsesivas están presentes a menudo en estas personas.

Patrón autopercepción autoconcepto

- Reactividad emocional: puede estar afectada y podemos encontrar personas con labilidad afectiva, indiferencia y ánimo expansivo.

Los sentimientos de tristeza, el miedo y la ansiedad a menudo están presentes y son motivo de disfuncionalidad de este patrón.

Los parámetros que hacen referencia a la confianza en sí mismo y la opinión sobre su imagen personal a menudo son difícilmente valorables, aunque se encuentran manifestaciones de satisfacción cuando su aspecto externo es cuidado.

La presencia de temor, la irritabilidad y los enfados son parámetros que nos indican el estado emocional de la persona y que pueden ser motivos de alteración en este patrón.

Patrón rol relaciones

- Nivel de independencia de la persona: el nivel de independencia de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda suele ser bajo, es habitual que precisen de un gran apoyo externo generalizado.
- Relaciones familiares: podemos encontrar problemas de relación a causa de la enfermedad, relaciones insatisfactorias y sentimientos de culpabilidad, manifestaciones de ansiedad e impotencia en los familiares. Es importante en este patrón valorar el tipo de relación existente entre la persona con discapacidad y la familia.
- Reacción de la familia a la enfermedad: la reacción de la familia a la discapacidad puede ser de muy distinto tipo, podemos encontrar familias que aceptan la alteración y se preocupan por las atenciones que precisa su familiar y también podemos encontrar algunas donde están presentes la culpa y el desinterés.
- Relaciones sociales: las relaciones sociales de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda a menudo se limitan a la que sus cuidadores les ofrecen. Es importante valorar el nivel de relación con sus compañeros que a menudo es escasa o nula.

Patrón de sexualidad- reproducción

El patrón reproductivo presenta alteraciones en la mayoría de los casos, es habitual la falta de maduración de los órganos reproductores y la ausencia de ciclo menstrual en la mujer. La desinhibición sexual está presente en un gran número de casos, el trabajo realizado en este sentido ofreciendo momentos de intimidad y espacios adecuados puede ser de utilidad en este parámetro.

Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

La capacidad para enfrentarse a situaciones de estrés de las personas con discapacidad psíquica severa y profunda es escasa.

Los cambios en su vida, conocer nuevas personas, vivir situaciones novedosas y las situaciones poco estructuradas son factores que generan estrés. Ante estas pueden aparecer fobias y situaciones de evitación.

Las respuestas que generan ante estas situaciones son desadaptadas. Aparecen conductas como autoagresiones, heteroagresiones, agresiones al entorno, negativismo, agitación. Conocer de antemano las características de la persona puede ayudar a adaptar el entorno a ésta y reducir las situaciones de estrés.

Los ambientes estructurados proporcionan seguridad y disminuyen el estrés.

Patrón de valores y creencias

El patrón de valores y creencias es poco valorable en las personas con retraso mental grave y profundo. Es importante valorar qué creencias tienen los familiares y cuidadores de las personas con retraso mental, ya que pueden aparecer creencias acerca de curación o de mejorías importantes en el familiar, o por el contrario, escasas o nulas expectativas acerca del potencial de desarrollo de la persona que generan actitudes de sobreprotección.

Cuidados de enfermería en psicogeriatría

El envejecimiento constituye un proceso biológico multieslabonado, que se inicia mucho antes de la instauración de la ancianidad, procede en forma estable a lo largo de un curso determinado por características intrínsecas y conduce a la limitación de sus capacidades adaptativas y, por tanto, a la posibilidad creciente del fallecimiento. En la actualidad se clasifican en:

- Seniles: personas entre 65 y 74 años.
- Ancianos: mayores de 75 años.
- Longevos: personas de 90 años en adelante.

Debemos diferenciar la edad cronológica de la edad biológica, esta última determinada por un complejo de cambios estructurales, metabólicos y funcionales en el organismo.

El anciano está en una situación de disminución de sus reservas funcionales, lo que conlleva a una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad frente a agentes estresantes de tipo físico (ruido, frío, luz), químico (fármacos, plagas), biológicos (virus, bacterias, hongos) y psicológicos (marginación, violencia).

En los ancianos, se da la histeria con frecuencia para llamar la atención (debido a una falta de cariño). Deteriora la autoestima del anciano. Se da más en ancianas.

Demencia senil

Es una enfermedad degenerativa, de forma evolutiva, toda enfermedad degenerativa, si no se padece se padecerá.

Puede aparecer en una etapa presenil, se habla de una enfermedad que desarticula y deteriora todo el contexto psíquico del hombre, se la ha conocido

siempre como la enfermedad geriátrica por excelencia. Desde un punto de vista macroscópico se produce una alteración de la masa del cerebro (mancha presenil), de manera que el cerebro de un demente pesa menos que uno normal. Es una enfermedad que afecta al SNC y es una enfermedad difícil de clasificar. Es una enfermedad neurológica y no se trata en hospitales.

Afecta a todo el psiquismo del hombre:

- Memoria.
- Inteligencia.
- Sueño.

Es una destrucción global del campo del psiquismo humano. Según la OMS es una atrofia irreparable, irreversible y progresiva.

Etiología

La inmensa mayoría tiene una causa idiopática. Hay varias (preseniles, de Varline, de Korsakof o demencia alcohólica, traumática, por drogas “quedarse colgao”, por ingestión de productos químicos).

Como factor etiológico primario no tenemos muchos datos pero como factores secundarios tenemos la arteriosclerosis o la ateromatosis.

Otras demencias preseniles son la de Pick o la de Alzheimer.

Los ancianos con demencia menudo presentan malos modales como ventosear en público, etc.

Los hábitos los van perdiendo y aparecen costumbres malsanas en individuos que eran correctos.

Aparecen los estereotipos.

Aparece un agarrotamiento en la vestimenta, suelen llevar colores llamativos o se visten como jóvenes.

Se irritan y agitan a la mínima, mímica desenfadada, elevación de la voz (no hay relación causa-efecto. Tienen cambios bruscos de ánimo.

Son típicas las “conductas de escape” a cualquier pregunta (no debemos tomárnoslo a pecho).

Suelen tener conciencia de lo que hacen (cuando están lúcidos te vienen a pedir perdón).

La enfermedad no es muy frecuente. Es una enfermedad de nuestro tiempo (porque ahora se vive más) y un 70-90 % se piensa que son causas vasculares, en ellos el 10 % por ateromatosis y 90 % por arteriosclerosis.

Presentan síntomas inespecíficos, también fatiga injustificada.

Problemas vasculares a todos los niveles: varices, hemorragias, hematomas.

Es típica la sensación de tener una “luz en un ojo”.

Sufren cefaleas.

El tratamiento profiláctico es con dietas y vasodilatadores.

Cuidados de enfermería

- Necesidad de cuidados hoteleros.
- Control de sueño.
- Necesidades de limpieza, corte de pelo y uñas.
- Procurar que sean autohigiénicos el mayor tiempo posible.
- Masajes.
- Paseos (no es un pasatiempo sino una terapia).
- Potenciar la movilidad del enfermo (a mayor psicomotricidad, mayor duración de la vida).
- Comidas.
- Enfermedad típicamente de enfermería.

Cuidados en la boca del anciano

Se produce por una saliva densa y se acumula en la comisura de los labios. No es una gran patología pero caracteriza la calidad de los cuidados de enfermería.

Otro problema es la halitosis (problemas de estómago o de la boca), dolor en los dientes al frío y al calor también es común en los ancianos. Puede tener problemas al masticar o al hablar (puede ser por pérdidas dentarias o infecciones).

El tratamiento es un lavado e higiene bucal correcta. Un lavado de boca con cepillo lo más fisiológico posible que se adapte a las piezas dentales y a la cavidad virtual que produce.

La zona entre la encía y el diente es muy vulnerable ya que con el paso del tiempo la encía se va retrayendo.

El cepillo del anciano debe ser fino, de cerda larga, blanda y manual, para evitar la retracción de la encía; los dentríficos deben ser de farmacia, no comerciales.

Cepillarse barriando de arriba abajo y no de izquierda a derecha ya que de esta forma se masajean las encías, se vasculariza y se previene la retracción de la encía.

Es una sana costumbre el pasar la lengua por las encías, ya que la saliva ataca a los principios de los hidratos de carbono que después provoca la caries.

Se debe lavar la lengua y el cielo de la boca en sus partes iniciales con cuidado de no provocar el vómito, después se enjuaga la boca con agua tibia.

Es importante que el enjuague se haga con unas gotas de limón para que el ácido mate a las bacterias.

Las prótesis dentales también se deben cepillar después de cada comida y por la noche se mete en un vaso de agua con unas gotas de limón y alejada de la cama porque se le puede dar un golpe y caer al suelo.

Paciente inmovilizado

Se define el síndrome de inmovilidad en los ancianos/as como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras. El cuadro puede ser más o menos intenso, afectando a aquellas actividades de las que dependen el autocuidado personal (aseo, vestido, comida, evacuación, etc.), o las que facilitan la relación de la comunidad (actividades instrumentales de la vida diaria).

Importancia de inmovilidad

Depende de varios factores:

- Es una situación muy frecuente. Se considera que el 1 % de los mayores se encuentra inmovilizado de forma absoluta (vida cama-sillón). Otro 6 % sufre una discapacidad severa (necesitan ayuda y supervisión continua para las actividades ordinarias de la vida diaria), y un 10 % padece una discapacidad moderada. Estas cifras aumentan considerablemente si consideramos subgrupos de especial riesgo, como son los mayores de 80 años.
- Esta alta prevalencia de inmovilidad en las personas mayores está en relación con el propio envejecimiento (los cambios físicos, psíquicos, funcionales y sociales que el paso del tiempo ocasiona, colocan al mayor en una situación especialmente vulnerable), y con la existencia de enfermedades crónicas de alto poder invalidante. Sin embargo, no podemos olvidar que, con frecuencia, actitudes de pasividad de la propia persona, su entorno familiar y de los responsables de sus cuidados sanitarios contribuyen a aumentar el inmovilismo
- Como se verá en el resto de los síndromes geriátricos, la representación de forma aguda del cuadro de inmovilidad ha de considerarse como una verdadera urgencia, ya que esconderá la existencia de enfermedades o problemas que comprometerán la vida o la función de la persona mayor y que, adecuadamente abordados, son potencialmente reversibles.

- Una vez establecida la situación de inmovilidad, el síndrome evoluciona de forma autónoma con consecuencias a diferentes niveles, desencadenándose una cascada de problemas de consecuencias, en la mayoría de las ocasiones, peores que las causas iniciales desencadenantes.
- Junto a las importantes repercusiones sanitarias que la inmovilidad puede favorecer, representa, además, un gran impacto sociofamiliar, siendo uno de los factores más importantes a la hora de decidir de institucionalización de la persona mayor.

Causas más frecuentes

Son muy variadas. Generalmente, confluirán varias de ellas sobre un terreno especialmente predispuesto.

- Alteraciones músculoesqueléticas. En general, cualquier afectación ósea o muscular que provoque dolor va a determinar una restricción de la movilidad; tienen especial interés por su frecuencia y poder invalidante la artrosis, osteoporosis, fracturas, artritis y los trastornos de los pies.
- Alteraciones neurológicas, entre las que destacan las secuelas neurológicas de trastornos circulatorios cerebrales (hemiplejías, hemiparesias, etc.), la enfermedad de Parkinson y el síndrome de inestabilidad de la marcha y miedo a las caídas.
- Alteraciones mentales tales como los síndromes confusionales agudos y los trastornos depresivos.
- Alteraciones cardiovasculares y pulmonares.
- La deprivación sensorial.
- La yatrogenia. Con frecuencia, la persona mayor recibe medicaciones que restringen su movilidad, por causar sedación, confusión, cuadros de hipotensión postural, etc. Otras veces es el uso de sondajes, pañales, etc., lo que determina que el/la anciano/a limite su movilidad. Incluimos en este apartado la hospitalización por cualquier causa como un factor que, por sí solo, determina inmovilidad, sin que, en la mayoría de las ocasiones, haya indicación para ello.

Consecuencias

Dependerá de la causa, la intensidad de la restricción y la duración de la misma. La prevención de estas consecuencias será una de las tareas fundamentales del equipo asistencial que cuida a la persona mayor.

Mayor repercusión funcional:

- A nivel musculoesquelético: la inmovilidad provoca atrofia y pérdida de fuerza muscular, que algunos autores cifran en un 10-15 % por semana de desuso. Los primeros músculos en afectarse son aquellos que participan en el mantenimiento de la postura erguida (axiales, de miembros inferiores), que, por tanto, será la primera función en verse afectada. Si la situación se prolonga, terminan por afectarse los músculos de las extremidades superiores, con lo que se verán afectadas todas aquellas actividades de la vida diaria que necesitan una adecuada fuerza o destreza de los miembros superiores.
- Junto a las alteraciones musculares, las contracturas y rigideces son el otro gran peligro de la inmovilidad a nivel musculoesquelético. Las articulaciones tienden a adoptar una postura de flexión que, de mantenerse, conduce a una retracción y acortamiento de los elementos que permiten una adecuada movilidad y amplitud articular.
- A nivel cardiovascular: puede causar hipotensión ortostática y enfermedad tromboembólica.
- A nivel respiratorio: disminuye la profundidad y amplitud de los movimientos respiratorios; las secreciones mucosas bronquiales tienden a acumularse favoreciendo la aparición de infecciones.
- A nivel gastrointestinal: suele aparecer anorexia (falta de apetito) y se enlentecen los movimientos intestinales, favoreciéndose el estreñimiento.
- A nivel genitourinario: la posición de decúbito favorece un vaciamiento incompleto de la vejiga con aparición frecuente de infecciones. Además, se favorece la aparición de incontinencia urinaria.
- A nivel psicológico: son frecuentes los cuadros de ansiedad, insomnio y depresión.
- A nivel de la piel: aparecen las úlceras por presión. La aparición de úlceras por presión es una de las complicaciones más temidas del síndrome de inmovilidad en los/as ancianos/as, debido a la frecuencia con que aparecen en esta situación, a la dificultad para su tratamiento efectivo una vez establecidas, a las graves complicaciones que originan (infecciones, sepsis, anemia, dolor, etc.), a su alta mortalidad y al gran impacto sociofamiliar que determinan.

Úlceras por presión

Se puede definir como toda lesión que aparecen en una zona de piel sometida a una presión prolongada sobre un plano duro. Hay, por tanto, dos factores indispensables en su aparición: presión y tiempo.

Debemos tener en cuenta 3 conceptos:

- Que una úlcera es una herida.
- Que decúbito es una posición.
- Y que son heridas producidas por la gravedad.

Una herida es una solución de continuidad de la piel y mucosas. Las úlceras se producen cuando mantenemos al individuo inmóvil. La úlcera, al contrario que el resto de las heridas se produce de dentro a afuera.

Además, los macrófagos no llegan (no hay riego) y el tejido muerto contamina al resto de los tejidos con sustancias de la necrosis y la putrefacción (infecciones).

A partir de aquí se produce hipoxia, anoxia y finalmente necrosis masiva del tejido celular (de dentro a afuera).

Las úlceras solo se curan liberando la presión por mucha cura que hagamos. Zonas de mayor incidencia: según la ley de la gravedad.

Mecanismo de producción:

- La presión mantenida sobre una zona de la piel ejercida por el peso del cuerpo sobre un plano duro provoca un colapso de los capilares encargados de nutrir la piel. Si esta situación de falta de riego sanguíneo (isquemia) se mantiene, determinará primero la aparición de necrosis y ulceración, de la piel, y, posteriormente, de estructuras mas profundas (grasa subcutánea, músculo y hueso).
- La presión ejercida por la fuerza de la gravedad del cuerpo de una persona encamada o sentada no es uniforme sobre toda la piel, sino que se concentra y es mayor en aquellas zonas de apoyo donde hay prominencias óseas subyacentes. Por tanto, habrá zonas de especial riesgo, donde será más frecuente la aparición de úlceras.
- Junto a la presión, existen otros factores implicados en el desarrollo de úlceras, como son las fuerzas de cizallamiento, de roce, o la humedad; disminuyen, de estar presentes, la presión y el tiempo necesarios para la formación de úlceras. Se suelen desarrollar cuando la persona mayor inmóvil se desliza de una cama con cabezal demasiado elevado, o en un sillón de respaldo inclinado, o en situaciones de incontinencia urinaria.

Factores de riesgo

La inmovilidad es el principal factor de riesgo en la aparición de úlceras. Pero existen también otras circunstancias favorecedoras (piel envejecida, frágil, déficit nutricional, anemia, problemas circulatorios, etc.).

Existen determinadas zonas de relieve óseo de riesgo para el desarrollo de las úlceras, de acuerdo con la posición en que se encuentre el paciente:

- Decúbito supino: occipucio, omóplatos, codos, sacro, talones.
- Decúbito lateral: oreja, hombro, costillas, trocánter, rodilla.
- Decúbito prono: nariz, pómulo, acromio, costillas, esternón, cresta ilíaca, rodillas, dedos.

Prevención de úlceras por presión

El tratamiento más efectivo de las úlceras es su prevención. Para ello, se deben atender medidas a diferentes niveles:

- Colaborar al mantenimiento de un buen estado general de la persona mayor. Es necesario que mantenga un buen estado nutritivo, de hidratación, de estímulos sensoriales y comunicación, de adecuado control de sus patologías médicas.
- Adecuada higiene y limpieza de al piel. El baño se realizara con agua tibia, utilizando jabón neutro. No se debe ser agresivo en la fricción de la piel, utilizando paños suaves. Se debe ser cuidadoso en el secado, prestando especial atención a las zonas de pliegues. Se huirá, por otro lado, del empleo de alcohol o colonias, que resequen e irriten la piel. En el caso de pacientes incontinentes, habrá que ser especialmente cuidadosos, para evitar maceraciones de la piel por la humedad. En el momento del baño se realizará una inspección de todas aquellas zonas de relieve óseo, de especial riesgo para el desarrollo de las úlceras. Habrá que buscar y, en su caso, comunicar, la existencia de enrojecimientos, excoriamientos o ampollas.
- Tratamiento postural. Conforme se decía anteriormente, en la producción de las úlceras hay dos factores indispensables, que son: la presión ejercida por el peso del cuerpo sobre un plano duro, y el tiempo. Hay que luchar contra estos factores a través de la adopción de posturas adecuadas, uso de dispositivos que amortiguan la presión y cambios de postura según el ritmo horario establecido. Siempre que la persona mayor pueda, se le debe estimular a que cambie de postura en la cama o sillón, aunque sea mínimamente.

Plan de actuación ante pacientes inmovilizados

Los objetivos de todo plan de actuación pasaran por el reconocimiento precoz del problema, en aras de poder atajar las causas que lo pueden estar favoreciendo, y hacerlo revertir. Junto a ello, habrá que establecer medidas tendentes a evitar las múltiples complicaciones que se han citado, y que pueden evolucionar al margen de las causas que provocaron la inmovilidad. No se debe olvidar que el objetivo último es la recuperación funcional de la persona mayor, referi-

da a la capacidad de valerse por sí misma, en las actividades ordinarias de la vida diaria.

Reconocimiento del problema

Cuando la persona mayor cae en una situación de dependencia funcional por falta de movilidad, de forma más o menos rápida, estamos ante una situación de urgencia. Otras veces, el inmovilismo no aparece de forma aguda, sino que se presenta progresivamente, con restricción paulatina de actividades (deja de salir a la calle, pasa cada vez más tiempo sentada, etc.). Aunque esta situación no suele esconder la existencia de enfermedades que supongan un compromiso vital para la persona como ocurre agudo, sí que puede terminar ocasionando un deterioro funcional importante. Por tanto, habrá de ser adecuadamente valorada.

Valoración de la inmovilidad

Interesa conocer cuál era la situación previa de la persona mayor, cómo apareció el cuadro, su evolución y de qué manera se encuentran afectadas las actividades de la vida diaria. Existen diferentes escalas para valorar la movilidad de la persona mayor (escala Tinetti, levántate y anda, etc.). No se trata, en ningún caso, de un mero ejercicio teórico, sino que interesa saber cómo la persona mayor se desenvuelve en su ambiente, con su vestido, su calzado, sus dispositivos de ayuda (bastones, andadores, etc.).

Prevención de las complicaciones

Una vez realizada la valoración global del paciente e identificados los factores etiológicos, a la vez que se tratan las causas que condujeron a la situación de inmovilidad, es necesario establecer un plan de prevención de las complicaciones que, como se decía, pueden evolucionar de forma autónoma. En otras ocasiones, la situación de inmovilidad se cronifica, no es reversible, y el énfasis habrá que ponerlo entonces en los cuidados que se refieren a continuación.

Dispositivos para disminuir la presión:

- Estáticos: inmóviles (planchas de espuma, almohadas, almohadillado con algodón, cojines, etc.), se colocan en las zonas de máximo riesgo, dependiendo de la postura.

- Dinámicos: en nuestro medio, los más utilizados son los colchones, y cojines antiescaras, de contenido aéreo. Mediante un dispositivo eléctrico, alternar la presión ejercida en las distintas zonas de apoyo.

Se recomienda utilizar sistemas dinámicos en aquellos pacientes identificados como de riesgo medio o alto, mientras que las protecciones estáticas se limitan a los mayores de bajo riesgo. Asimismo, se pueden utilizar para proteger diversas zonas (talones, rodillas y codos), aunque se usen dispositivos dinámicos.

El uso de sistemas de amortiguamiento como los descritos en las figuras 1, 2, 3 y 4, en ningún caso evita la necesidad de realizar cambios posturales.

- Decúbito supino (Fig. 1): la cabeza ha de estar alineada con la columna. Tronco enderezado. Las caderas mínimamente flexionadas, al igual que los codos. Las manos junto al cuerpo, o sobre el abdomen. Las piernas deberán estar estiradas, prestando especial atención a que los pies mantengan una angulación de 45° (dedos apuntando al techo). Se puede utilizar una tabla que sirva de tope, por ejemplo, para que los pies no tiendan a caer. Se utilizaran dispositivos de almohadillado (plancha de espuma, etc.) cuando así esté prescrito, en los siguientes puntos: bajo la cabeza, cuello, escápulas, codos y sacro). Se colocarán también en las pantorrillas, de forma que los talones queden elevados y no descansen sobre la cama.
- Decúbito lateral (Fig. 2): la cabeza ha de estar alineada con la columna. Se coloca una almohada debajo de la cabeza y otra debajo tras la espalda para mantener la posición. Se colocaran almohadillas bajo el brazo superior. Además la pierna que queda en la parte superior, flexionando ligeramente la rodilla y almohadillando entre ambas piernas. Vigilar que ambos talones queden al aire, colocando protección bajo la pierna inferior.
- Decúbito prono (Fig. 3): no es una postura muy utilizada, pues suele ser mal tolerada por las personas mayores. Si se utiliza, se colocará al paciente con la cabeza ladeada, alineada con el cuerpo, y con protección en la mejilla. Los brazos se separaran del cuerpo, con los codos flexionados descansando sobre almohadillado, al igual que los hombros y pecho. Las piernas deben estar extendidas. Se colocara protección bajo el abdomen, muslos y piernas.
- Sentado (Fig. 4): el sillón deberá tener el respaldo alto, con ángulo de 90°, debiéndose evitar deslizamientos del cuerpo hacia abajo, que favorezcan la aparición de fuerzas de cizallamiento. La cabeza deberá permanecer erguida alineada con la columna. Las caderas en flexión de 90°, así como las rodillas, utilizando un reposapiés. Se deberán proteger la zona del cuello, espalda, y fundamentalmente, las tuberosidades isquiáticas, mediante el uso de un cojín apropiado. Cuando la persona está sentada las zonas de máximo riesgo son las tuberosidades isquiáticas, omóplatos y apófisis espinosa.



Fig. 1.



Fig. 2.

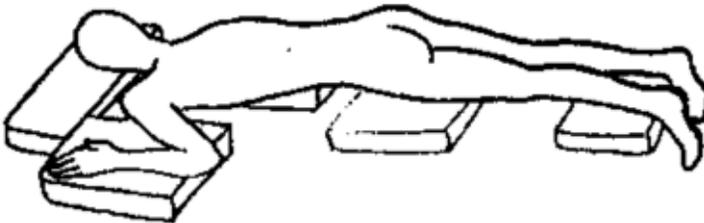


Fig. 3.



Fig. 3.

Periodos de tiempo recomendables: los cambios posturales se aconseja realizarlos cada 2 h, con descanso nocturno de 6-8 h, siempre que el estado del paciente lo permita. Es necesario ser metódico y estricto en el cumplimiento de este ritmo, para lo que habrá que concienciar e implicar al propio paciente y a sus cuidadores. Es conveniente llevar un registro escrito de las horas de cambio, y la posición que corresponde ir rotando.

Por ejemplo: 8 h = decúbito supino

10 h = decúbito lateral izquierdo

12 h = decúbito lateral derecho

14 h = decúbito prono

Prevención de complicaciones musculoesqueléticas

La prevención de la atrofia, de la pérdida de fuerza muscular y de las contracturas articulares pasa por medidas a varios niveles:

- Adecuada postura en cama.
- Programa de movilización precoz.

La persona mayor debe abandonar la cama lo antes posible. Mientras tanto, se realizarán movilizaciones pasivas de las articulaciones, de forma suave, siguiendo las indicaciones marcadas por el rehabilitador. El uso de calor ayuda a la movilización. Siempre que el paciente pueda, se debe estimular la realización

de contracciones activas, aunque no tengan como finalidad realizar un movimiento concreto, ya que son más efectivas en la prevención de la atrofia muscular.

Prevención de complicaciones cardiovasculares

Se minimizan con la deambulación precoz. Se aconseja realizar movilización de extremidades inferiores. El paso de la posición de decúbito a la sedestación (posición sentada) y la pedestación (posición de pie) se debe realizar lentamente y de forma progresiva.

Se estimulara el mantenimiento de una postura adecuada y la realización de movimientos respiratorios profundos y activos.

Siempre que sea posible, se estimulara la comida fuera de la cama, en compañía. Habrá que garantizar un adecuada nutrición (con abundante fibra) e hidratación. Se preservara la privacidad para facilitar la defecación.

Es necesario abordarlas precozmente, ya que de lo contrario dificultaran el proceso rehabilitador.

Es necesario que la persona mayor se sienta «arropada», y atendida por sus cuidadores. Se debe procurar un ambiente lo más parecido al habitual, manteniendo una adecuada estimulación sensorial.

Plan de movilización progresivo

Los objetivos a alcanzar son escalonados y progresivos. Se comenzara con la sedestación en la cama, primero con las piernas extendidas en ella, y posteriormente, suspendidas. Una vez que la persona mayor puede mantener la estabilidad y equilibrio del tronco, se iniciaran las maniobras de transferencias de la cama a la silla, según se explica en otro apartado de este manual. La recuperación de la deambulación suele necesitar del apoyo de un servicio de rehabilitación.

Con frecuencia, ya sea de forma transitoria o bien definitiva, la persona mayor va a necesitar de ayuda a la movilidad y adaptaciones a su entorno, para alcanzar la autonomía.

Caídas

Las caídas son la forma más frecuente de accidente en las personas mayores y representan además la principal causa de muerte accidental en este grupo de edad. Las personas mayores sufren caídas muy a menudo. Se estima que alrededor de un tercio de los ancianos que viven en sus casas y la mitad de los que están en residencias u otras instituciones similares tienen al menos una

caída al año. Para recalcar la trascendencia del problema cabe decir que, de los individuos que sufren una caída, entre 5 y 25 % pueden presentar lesiones relevantes, y de los que requieren ingreso hospitalario tras una caída sólo el 50 % sobrevive un año después. Las caídas son muy importantes en Geriatria por su elevada incidencia y por las consecuencias que acarrearán. Por lo general, las caídas se deben a varias causas coincidentes que se suelen clasificar en:

- Causas intrínsecas: casi cualquier patología del anciano puede ocasionar caídas, pero las más frecuentes son:
 - Enfermedades neurológicas: por afectación del nivel de conciencia (epilepsia y accidente cerebrovascular), o por alteración de la marcha y el equilibrio (enfermedad de Parkinson, demencias, etc.).
 - Enfermedades reumatológicas: enfermedades como la artrosis o la artritis reumatoide producen caídas por el trastorno de la marcha, el dolor o la rigidez que las acompaña.
 - Enfermedades cardiovasculares: las arritmias, la insuficiencia cardiaca, la hipotensión ortostática (bajada de tensión y mareo al incorporarse o levantarse bruscamente) pueden producir caídas por pérdida de conciencia o por la debilidad que generan.
 - Enfermedades de los sentidos: los trastornos de la audición y, sobre todo, de la vista predisponen y a menudo originan caídas en los ancianos.
 - Fármacos: las personas mayores son especialmente susceptibles a los efectos secundarios de los fármacos y a las interacciones entre ellos. Los fármacos pueden provocar caídas por alteración de la conciencia, del equilibrio y de la atención, así como por rigidez muscular o hipotensión postural. Los que más a menudo se asocian con la aparición de caídas son los antihipertensivos, los sedantes en general y los antidiabéticos.
- Causas extrínsecas: son los factores que dependen de circunstancias sociales y ambientales. Por tanto, en este grupo se engloban las caídas meramente accidentales (aunque conviene recordar que suele haber varios factores implicados de manera simultánea).
 - En el domicilio: suelos resbaladizos del baño, iluminación insuficiente, mobiliario poco apropiado, obstáculos en los lugares de paso, escalones demasiado altos, ausencia de asideros y pasamanos, alfombras, etc.
 - En el exterior: aceras en mal estado, tráfico excesivo, mala señalización, falta de elementos de adaptación en los medios de transporte y en los accesos a edificios para las personas discapacitadas.
 - En los hospitales e instituciones: ausencia de mobiliario adaptado: camas, sillones geriátricos, etc., así como el empleo de medios de restricción física (cinturones) cuando no están indicados.

Forma de levantarse tras una caída

- Una vez en el suelo, intentar darse la vuelta, colocándose boca abajo.
- Colocarse en posición de gateo.
- Incorporarse: apoyándose en una de las piernas si no se encuentra otra sujeción o apoyándose en un mueble que está sólidamente anclado.

Consecuencias de una caída

La consecuencia más grave de una caída es, como resulta obvio, la muerte, que acontece en un número no despreciable de casos. Las circunstancias que determinan una mayor mortalidad asociada a las caídas son: la edad avanzada, la permanencia durante largo tiempo en el suelo, el sexo femenino y la existencia de caídas previas. Las consecuencias se clasifican en físicas, psicológicas y sociales.

Consecuencias físicas:

- Fracturas: son las lesiones graves más frecuentes en relación con las caídas. Las de mayor trascendencia son las de cadera, debido a la incapacidad y las complicaciones que generan. Otras fracturas frecuentes son las del radio, húmero y pelvis.
- Contusiones y heridas: se dan con mucha frecuencia y su importancia radica en el dolor que producen, que puede desencadenar una situación de inmovilidad.
- Lesiones neurológicas: hematoma subdural (colección de sangre en el cerebro), conmoción y contusión cerebrales. Son problemas más raros, pero muy graves.
- Lesiones asociadas a largas permanencias en el suelo: este es un factor de mal pronóstico ya que acarrea complicaciones graves, como la hipotermia.

Consecuencias psicológicas: estas secuelas se engloban bajo el nombre de “síndrome poscaída” que se caracteriza por:

- Miedo a volver a caer.
- Pérdida de la autonomía personal y de la autoestima.
- Modificación de los hábitos de vida previos.
- Actitud sobreprotectora de familiares y cuidadores, que provoca una mayor pérdida de autonomía.
- A menudo aparecen asociadas la depresión y la ansiedad.

Consecuencias sociales: las más importantes son:

- Necesidad de ayuda social para las actividades cotidianas.

- Cambio de domicilio (habitualmente al de familiares) ante la imposibilidad de vivir solos.
- Institucionalización (ingreso en una residencia).
- Hospitalización: se produce cuando las lesiones físicas son importantes. Cabe destacar el mal pronóstico vital y funcional que supone el ingreso en un hospital a consecuencia de una caída.

Medidas preventivas para evitar la caída

Además del tratamiento sobre las enfermedades o los factores intrínsecos que se encuentren, se pueden adoptar las medidas siguientes:

- Dimensiones adecuadas de pasillos, puertas, etc., y una disposición del mobiliario que no obstaculice la deambulación.
- Iluminación adecuada. Los interruptores deben ser accesibles y fáciles de manejar.
- Suelos: no deben ser deslizantes ni parecerlo (hay suelos antideslizantes que tienen un aspecto pulimentado y dan la impresión de que van a resbalar). Conviene evitar las alfombras o, al menos, fijarlas al suelo.
- Escaleras: los peldaños admiten tiras antideslizantes o, si tienen una altura excesiva, la colocación de peldaños intermedios. Deben ponerse pasamanos en las escaleras y en el resto de los locales si es necesario. Tiradores con mango en las puertas, en lugar de pomos redondeados.
- Sillones con brazos, de respaldo alto y que permitan ponerse en pie sin esfuerzo.
- Anclaje adecuado al suelo de los muebles que puedan servir de apoyo, sobre todo en los lugares de paso.

Actuaciones en el dormitorio:

- Altura adecuada de la cama, de forma que el anciano pueda levantarse sin problemas.
- Interruptor accesible.
- Recipiente u orinal cerca de la cama para evitar desplazamientos nocturnos al servicio.
- Recomendar al anciano que se levante de la cama de forma progresiva y evitar la hipotensión postural (mareos).

Actuaciones en el baño:

- Superficie antideslizante o alfombrilla de goma en el baño o la ducha.

- Asideros tanto horizontales como transversales en la ducha para ayudar en la movilización.
- Silla de ducha o taburete para facilitar la transferencia y evitar la fatiga durante el baño.
- Asiento del retrete elevado.
- Puerta del baño con apertura hacia el exterior para maniobrar mejor (especialmente si se utiliza andador o bastones).

Vestido y calzado:

- El anciano debe vestirse y desvestirse sentado.
- Ropa cómoda y amplia, preferentemente con apertura hacia delante.
- Zapatos: cómodos, de tacón bajo, suela antideslizante (mejor de goma) y bien ajustados.

Uso correcto de dispositivos de ayuda: los dispositivos de ayuda para la movilidad (bastones, andadores y silla de ruedas) solo han de utilizarse por prescripción médica. Su empleo debe ir precedido por un correcto aprendizaje.

Medidas para atenuar las consecuencias de las caídas

- Enseñar a la persona mayor a levantarse en caso de caída porque la permanencia durante un largo tiempo en el suelo puede traer consecuencias graves, como hipotermia (temperatura muy baja), destrucción muscular, alteraciones cardiacas, etc.
- Vigilar a la persona mayor que ha sufrido una caída, ya que algunas complicaciones pueden mostrarse varios días después.

Cuidados en la hipotermia

Lesiones sistémicas por frío

La hipotermia es un estado que se presenta cuando la temperatura ambiente aun esta lejos del punto de congelación, pero el organismo humano desciende a su vez la temperatura central por debajo de los 35°, para ello con solo tener en el ambiente una temperatura menor de los 21 °C ya se tiene la probabilidad de que la temperatura corporal pueda bajar hasta el grado en que se produzca la hipotermia, o sea los 35°.

Cuando este descenso de la temperatura central se produce en personas sanas se dice que es una “hipotermia primaria”, y cuando es en una persona con enfermedades previas es una “hipotermia secundaria”.

Según el tiempo en que la duración de la exposición a temperaturas ambientales por debajo de 21° hagan que la temperatura central descienda por debajo de los 35° se clasifican en:

- Hipotermia aguda: cuando la exposición es menor de una hora.
- Hipotermia subaguda: entre una y 24 h.
- Hipotermia crónica: mayor que 24 h.

Mientras más aguda sea la hipotermia mejor será el pronóstico del paciente pues el metabolismo anaerobio no se habrá desarrollado totalmente, los niveles de glucosa en sangre permanecerán normales y los productos de desecho de ese metabolismo anaerobio no se habrán producido a niveles perjudiciales. Según la severidad:

- Moderada: temperatura central menor de 35 °C.
- Severa: temperatura central menor de 32 °C.

- Menor que 35 °C: confusión mental, lenguaje farfullado, marcha torpe, vasoconstricción periférica, tiriteo muscular para ganar calor interno, comienza el metabolismo anaerobio.
- Menor que 32 °C: estupor o coma, cesa el tiriteo muscular, se produce diuresis por frío, las pupilas se dilatan y quedan fijas, hay fibrilación auricular si se estimula al paciente.
- Menor de 28 °C: hay fibrilación auricular persistente, si se estimula al paciente hace fibrilación ventricular.
- Menor de 25 °C: hacen parada cardiaca casi siempre en FV. Recuerde no declarar muerto a un paciente en hipotermia hasta recalentarlo a más de 35 °C por lo menos 30 min.

Escenarios donde es más frecuente la hipotermia

- Sumersión: caminar bajo la lluvia en días fríos. Ahogados (se suma la hipoxia a la hipotermia).
- En el campo: *Ski*, alpinistas.
- Urbana: en recién nacidos, ancianos, desnutridos, hipotiroideos, diabéticos, intoxicaciones por drogas o alcohol, uso de sedantes, beta bloqueadores, en quemados y deambulantes.

Tratamiento del trauma térmico por frío

- Trasladar el paciente para un ambiente cálido, cubrirlo con frazadas.
- Administrar líquidos dulces y calientes por vía oral y líquidos tibios vía EV (ambos contribuyen de forma mínima al recalentamiento).
- Manejo suave y gentil del paciente.
- Recalentar en el hospital el tronco del paciente en una tina de agua a 40-42°, dejando las extremidades fuera, para evitar la hipotensión central que lo lleva a FV.
- No usar bolsas calientes, ni masajes en las extremidades porque igual la sangre va a ellas y se produce una hipotensión central con riesgo de FV (fibrilación ventricular).
- En pacientes en paro en AESP (actividad eléctrica sin pulso) no dar RCP en el escenario.
- Si se comprueba bradicardia no usar métodos mecánicos (cánulas) para la vía aérea pues la estimulación vagal lo llevara a la asistolia.
- Con temperaturas menores de 28 °C y el paciente en paro en FV, la desfibrilación y los medicamentos antiarrítmicos pueden no ser beneficiosos.

Broncoaspiración

El paso del material sólido (generalmente, el que contiene el estómago) al árbol bronquial es consecuencia del desarreglo de los reflejos de cierre de la glotis, en pacientes con alteración del nivel de conciencia. Esta circunstancia puede ocasionar espasmos bronquiales e incluso el desarrollo de neumonías de carácter necrotizante, y hasta la muerte.

Sus principales causas son:

- Vómitos.
- Disfagia.
- Sondaje nasogástrico.
- Posición del paciente en decúbito supino.
- Alteración del nivel de conciencia por patologías psiquiátricas y/o como consecuencia de los fármacos utilizados en psiquiatría que disminuyen el estímulo y la percepción de ahogo.

La mejor forma de evitar la broncoaspiración es estudiar cada caso de disfagia y actuar en consecuencia.

A todo paciente que presente vómitos debe incorporársele inmediatamente y colocarle de lado.

Es importante detectar precozmente una broncoaspiración, ya que en muchos casos pueden no resultar evidentes sus manifestaciones (tos intensa). Debe sospecharse cuando hay fiebre o febrícula.

Neumonía por aspiración en el anciano

Se ha demostrado que hasta el 71 % de los ancianos con neumonías realizan aspiraciones de contenido gástrico.

Entre ancianos la sospecha de aspiración de grandes volúmenes de contenido gástrico es un factor de riesgo para desarrollar neumonía en pacientes mayores de 65 años.

La disfagia es la dificultad para la deglución o la interrupción del bolo alimenticio en su paso hacia el esófago. Las principales causas son: alteración de la coordinación neuromuscular (la más frecuente) como secuela de un ictus (infarto cerebral); obstrucciones del esófago por tumores, etc.; inflamaciones esofágicas por hongos, etc.

La disfagia neuromuscular se manifiesta sobre todo en la dificultad para tragar líquidos, mayor que para los sólidos, con tos al intentarlo o almacenamiento en la parte posterior de la boca.

Algunas medidas a tener en cuenta son:

- Recordar que, en muchos casos, hay disfagia aunque no aparezca tos.
- No insistir nunca si existe dificultad o tos.
- Las gelatinas o purés espesos se toleran mejor.
- Son preferibles las tomas frecuentes y en pequeñas cantidades.
- El enfermo debe estar sentado o semisentado.

Es importante detectar precozmente una broncoaspiración (paso del alimento al pulmón), ya que en muchos casos sus manifestaciones pueden no ser evidentes (tos intensa y disnea, es decir, dificultad para respirar, para meter aire en los pulmones). Algunos síntomas son la fiebre o febrícula, o una respiración más rápida de lo habitual. En el anciano, el ritmo normal es de 20-25 inspiraciones por minuto. Dado que suele ser una respiración muy superficial, para medir su frecuencia es preciso poner la mano sobre el pecho del paciente y contar las veces que se mueve durante un minuto completo.

De igual modo, es muy importante saber cómo actuar ante un vómito alimenticio:

- Cuando sea posible, el paciente debe sentarse. Si está en la cama, se coloca en decúbito lateral (de lado) o se gira su cabeza hacia un lado.
- Colocar la palangana delante de la cara.
- Apoyar la mano en la frente del paciente y secar el sudor.
- Asear al paciente una vez haya terminado el vómito. Cambiar la ropa de la cama y del paciente si procede.
- Ayudarle a enjuagarse la boca y lavarse las manos.

Las consecuencias del vómito pueden ser inmediatas (por ejemplo, paso de gran cantidad de alimentos al pulmón produciendo asfixia y broncoaspiración) o tardías, como la deshidratación.

Episodios frecuentes de disfagia con resultado de broncoaspiración deben ser comentados con el médico para la valoración o no de nutrición enteral (sonda nasogástrica o gastrostomía).

La disfagia es la dificultad para la deglución, y puede asociarse a frecuentes atragantamientos con paso del alimento al pulmón. La persona mayor debe de

estar siempre sentada o incorporada, no insistir si hay tos, las gelatinas y los purés espesos se toleran mejor, tomas frecuentes y en pequeñas cantidades

Maniobra de Heimlich

En caso de broncoaspiración se debe aplicar la maniobra de Heimlich.

Secuencia para el tratamiento de la obstrucción de la vía aérea en adultos y adolescentes

1. Verificar estado de consciencia. Pregunte si se está ahogando.
2. a) Paciente está consciente y con tos fuerte: obstrucción parcial de la vía aérea. Oriéntele que continúe tosiendo y dar golpes en la espalda (5 golpes secos con el talón de la mano en la región interescapular de la víctima).
b) Paciente consciente con tos débil o ausente: obstrucción completa de la vía aérea. Comience la maniobra de Heimlich en posición de sentado o de pie. Realice compresiones con ambas manos en región subdiafragmáticas. De afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba. Si es una gestante o un obeso se comprime al nivel esternal.
3. Repita la maniobra hasta que el cuerpo extraño se haya expulsado o la víctima pierda la consciencia.
4. Activar el SME si las maniobras no han tenido éxito pasado 1 min en una obstrucción completa de vía aérea o si la víctima pierde la consciencia.
5. Coloque al paciente en posición de decúbito supino.
6. a) Introduzca el pulgar de una mano en la boca y ayudado con el resto de los dedos realice tracción de la mandíbula y lengua.
b) Realizar barrido digital profundo en la boca con el índice de la otra mano buscando sacar el objeto.
7. Abrir la vía aérea con métodos manuales y ventilar, si el aire no entra, reposicione la cabeza e intente 1 o 2 veces más puede seguir hasta 3-5 veces si tiene dudas de que el aire pasa o no.
8. Si la vía aérea está bloqueada (el aire no entra) comenzar maniobra de Heimlich en paciente acostado (5 compresiones abdominales subdiafragmáticas, seguidas de barrido digital 2 ventilaciones que pueden ser de 3 a 5 y dar 5 compresiones abdominales en la actualidad se recomienda comenzar RCP y no dar compresiones diafragmáticas).
9. Repetir la secuencia del 6 al 8 hasta que tenga éxito, llegue el SME, hallan signos evidentes de muerte, en víctimas con obstrucción completa de vía aérea o exista agotamiento físico del rescatador.

Las ventilaciones cortas y rápidas (1-1,5 de duración) son utilizadas únicamente después del MES para determinar rápidamente si la vía aérea esta obstruida o no; pues la turbulencia del aire puede abrir el esófago y hacerlo pasar al estómago. Las ventilaciones durante la RCP y cuando el paciente no respira pero tiene pulso deben ser lentas y pausadas (de 2-4 s de duración) para evitar la turbulencia y que los alvéolos se llenen de aire adecuadamente y el tórax se expanda totalmente.

Psiquiatría y medicina alternativa

El valor de las plantas medicinales es innegable, así como su efectividad para una gran variedad de dolencias o trastornos, además cuentan con menos efectos secundarios que algunos fármacos y su precio es más asequible. Pero tienen un gran inconveniente y es que automedicándonos corremos el riesgo de pasar por alto algún problema subyacente.

El consumo de cualquier fármaco con propiedades antidepresivas ha de estar supervisado por especialistas de la salud, que deben determinar el tipo de dolencia, o trastorno que se padece, así como el tipo de tratamiento a seguir, pues, al igual que existen diferentes tipos de depresión también nuestro cuerpo responde de diferentes maneras ante cualquier sustancia.

Es necesario concienciar a la población de que es imprescindible el asesoramiento de profesionales calificados, así como del consumo responsable de cualquier sustancia y nunca caer en la idea errónea de que “natural” equivale a “inocuo” pues determinadas plantas medicinales actúan como medicamentos.

Medicina natural

En los últimos años, estamos asistiendo a un resurgimiento, tanto de interés público como científico por la medicina natural, concretamente por aquellas plantas naturales que cuentan con propiedades antidepresivas.

Para muchas personas, el consumo de estas plantas medicinales supone una “vía alternativa” para la que no necesitan contar con una prescripción facultativa.

Son plantas que habitualmente se venden sin indicaciones específicas, contraindicaciones, que no especifican los riesgos o efectos secundarios o las posibles interacciones con otros fármacos.

La automedicación a base de medicina natural conlleva un problema añadido y es que la mayoría de las plantas medicinales suministradas por los herbolarios

o similares se encuentran trituradas, e infusiones o desecadas, de manera que resulta prácticamente imposible controlar la dosis exacta que se consume.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce el valor de estas plantas y sus beneficios pero también insiste en la necesidad de que estén reguladas, por ello, todas aquellas plantas medicinales consideradas como medicamentos tan solo se deben vender en farmacias, con un prospecto que nos de toda la información necesaria.

Las plantas que sirven para mejorar las manifestaciones principales del sistema nervioso enfermo constituyen un refuerzo para el tratamiento de los síntomas adversos de un sistema nervioso alterado. Entre las diferentes plantas que pueden ser útiles para los enfermos de demencia tenemos:

- Plantas para la depresión.
- Plantas para la ansiedad.
- Plantas para el nerviosismo.
- Plantas para el insomnio.

Tratamiento natural de la demencia senil

Aunque la demencia es una enfermedad crónica y degenerativa, la utilización de una serie de remedios naturales puede ayudar a prevenir su aparición o disminuir los síntomas haciendo que las condiciones del paciente afectado por esta enfermedad sean mejores. Entre los principales recursos naturales que tenemos se encuentran los siguientes:

- Plantas medicinales: el uso de una fitoterapia adecuada puede ser muy útil en la prevención o tratamiento de la demencia senil.
- Alimentos naturales: una alimentación adecuada ayudará a prevenir la aparición de esta enfermedad.
- Suplementos: ayudarán a mejorar las condiciones de la mente.

Fitoterapia

La fitoterapia en el tratamiento de la demencia senil consiste en la utilización de una serie de plantas cuya función será:

- Mejorar las condiciones circulatorias de los vasos sanguíneos del cerebro para prevenir accidentes vasculares que propicien la aparición de la enfermedad o mejorar el aporte sanguíneo hacia este órgano, lo que mejorará su funcionamiento.
- Minimizar algunos de los síntomas de la enfermedad, como la depresión, el nerviosismo, el insomnio, etc.

Las principales plantas para el tratamiento de la demencia son las que ayudan a mejorar la circulación en el cerebro y la transmisión de los impulsos nerviosos:

- Ginkgo (*Ginkgo biloba*): el extracto de ginkgo mejora la circulación de los capilares del cerebro, aumenta su resistencia y ayuda a que no se rompan. El uso de esta planta puede ayudar a mejorar los síntomas de la demencia y, según algunos expertos, podría prevenir su aparición al ser capaz de prevenir la demencia vascular del cerebro, una de las causas principales de la aparición de esta enfermedad.
- Gingseng (*Panax Gingseng*): se ha demostrado la capacidad del gingseng en la mejora de las funciones mentales de los enfermos de Alzheimer. Igualmente la ingestión de extractos de gingseng siberiano podría ser útil para mejorar o mantener la memoria o la capacidad de concentración de estos enfermos (tomar extracto normalizado en dosis de unos 600 mg diarios, repartidos en tres tomas).
- Trigo (*Triticum aestivum*): la ingestión habitual de germen de trigo, por su contenido en octaconasol, impide la oxidación neuronal lo que protege contra la degeneración del cerebro y la aparición de enfermedades como la demencia.

Tratamiento natural de la depresión

Fitoterapia

La función principal de la fitoterapia consiste en utilizar aquellas plantas cuya finalidad se traducirá en:

- Evitar caer en un estado depresivo, cuando se sospechen los primeros síntomas.
- El tratamiento de la depresión leve
- En la depresión profunda y media, favorecer la sustitución de fármacos antidepresivos, que poseen muchos efectos secundarios (aumento de peso, problemas gástricos, hipertensión arterial, etc.) por otros remedios naturales menos agresivos. Esta sustitución deberá realizarse paulatinamente, una vez superada la crisis inicial, sin abandonar de golpe el tratamiento inicial, lo que podría causar una recaída.

Uso interno:

- Hierba de San Juan, Hipérico (*Hypericum perforatum L.*): 10 gotas de tintura tres veces al día; una cucharadita de polvo de flores machacadas 2 veces al día.

- Pasiflora, flor de la pasión (*Passiflora caerulea*): Infusión de un par de cucharadas de la planta seca por medio litro de agua. Beber un par de taza pequeñas al día. Maceración la cantidad que se desee de planta seca con la misma cantidad de alcohol durante una semana. Filtrar y tomar unas 25 gotas al día.
- Jengibre (*Zingiber officinale*): Comer jengibre junto a las comidas o ingerir 3 capsulas al día, repartidas en 3 tomas.
- Valeriana (*Valeriana officinalis L.*): Infusión de unos 15 g de la raíz de la planta que se deja reposar durante toda la noche.
- Sauce (*Salix alba*): Infusión de una pizca de hojas y flores secas. Tres tazas al día.
- Espino (*Crataegus oxycanta L.*): una cucharada de jarabe 3 veces al día. Se vende en farmacias.
- Salvia de los prados (*Salvia pratensis L.*): 30 gotas al día de tintura.
- Menta, mentastro (*Menta piperita*, *Mentha rotundifolia*): para calmar las palpitaciones cardiacas se puede beber agua caliente con unas gotas de su esencia.
- Manzanilla (*Matricaria chamomilla L.*): infusión de una cucharada de flores secas. Tomar una taza por las noches para conciliar el sueño.
- Melisa o toronjil (*Melisa officinalis L.*): infusión de una cucharadita de planta seca por taza de agua. Tomar 3 tazas al día.
- Milenrama (*Achilea millefolium L.*): mezcla de tintura de manzanilla y milenrama a razón de 4 gotas diarias después de las tres comidas principales.

Uso externo:

La mejor solución consiste en utilizar las plantas en baños para aprovechar sus propiedades tónicas y calmantes de un sistema nervioso desequilibrado.

- Manzanilla: (*Matricaria chamomilla L.*): poner al agua del baño el líquido resultante de una infusión de flores secas bien cargada. Se puede también añadir unas 15 gotas de esencia.
- Hierba de San Juan, Hipérico (*Hypericum perforatum L.*): baños de asiento y de pies con el líquido resultante de tener durante 10 h la planta inmersa en agua fría. Filtrar y verter caliente en el baño.

Tratamiento natural contra la ansiedad

Fitoterapia

La función principal de la fitoterapia en el problema de la ansiedad consiste en utilizar aquellas plantas cuya finalidad se traducirá en:

- Utilizar plantas con propiedades sedantes o hipnóticas que relajen la musculatura tensa.
- Utilizar plantas tónicas del sistema nervioso.

Uso interno:

- Gingseng y Gingseng siberiano: (*Panax gingseng* y *Eleutherococcus senticosus*) Ambos muy utilizados para combatir la depresión y reducir el estado de estrés personal.
- Hierba de San Juan, Hipérico: (*Hypericum perforatum L.*) Su uso prolongado - entre unos 4 y 6 meses - constituye un tónico reparador del sistema nervioso (Una cucharadita de polvo de flores machacadas 2 veces al día).
- Borraja (Borraja *officinalis*): para equilibrar el exceso de hormonas suprarrenales que se produce en una situación de estrés (infusión de una cucharada de hojas secas por vaso de agua. Tomar un par de vasos al día).
- Valeriana: (Valeriana *officinalis*) Contra cualquier tipo de trastorno nervioso y depresivo, palpitaciones, espasmos, vómitos, agotamiento nervioso, estrés, etc. (Infusión de unos 15 g de la raíz de la planta que se deja reposar durante toda la noche).
- Albahaca: (*Ocimum basilicum*) Infusión de una cucharadita de hojas secas por vaso de agua. Tomar un par de tazas al día después de las comidas principales. Si se aumenta la dosis tiene propiedades narcóticas.
- Melisa (Melisa *officinalis*): muy útil para toda clase de alteraciones del sistema nervioso; infusión de un pellizco de hojas secas en un vaso de agua durante 1/4 de hora (3 vasos al día).
- Lavanda/espliego (*Lavandula officinalis, lavandula latifolia*): en estados emocionales turbados, con ansiedad, nerviosismo, mal humor o irritabilidad, la lavanda o el espliego pueden ayudar a tranquilizarnos (infusión durante 10 min de una cucharada de flores secas por taza de agua. Tomar 2 tazas al día entre comidas).
- Tila: (*Tilia europaea, T. platyphyllos, T. cordata*) Uno de los recursos más utilizados contra los «problemas de nervios» (infusión de una cucharada de flores secas por vaso de agua. Tomar 3 o 4 vasos al día, dependiendo del estado personal).
- Espino blanco: (*Crataegus oxyacantha, C monogyna*) Especialmente indicado para conciliar el sueño y en una situación de ansiedad personal (infusión de una cucharada de flores secas por taza de agua. Tomar un par de tazas al día).

Tratamiento natural del estrés o tensión emocional

Fitoterapia

La función principal de la fitoterapia en el problema del estrés consiste en utilizar aquellas plantas cuya finalidad se traducirá en:

- Utilizar plantas con propiedades sedantes o hipnóticas que nos ayuden a dormir mejor.
- Utilizar plantas tónicas del sistema nervioso.

Uso interno:

- Gingseng y Gingseng siberiano: (*Panax ginseng* y *Eleutherococcus senticosus*) Ambos muy utilizados para combatir la depresión y reducir el estado de estrés personal.
- Hierba de San Juan, Hipérico: (*Hypericum perforatum* L.) Su uso prolongado - entre unos 4 y 6 meses - constituye un tónico reparador del sistema nervioso (una cucharadita de polvo de flores machacadas 2 veces al día).
- Borraja (*Borrago officinalis*). para equilibrar el exceso de hormonas suprarrenales que se produce en una situación de estrés (infusión de una cucharada de hojas secas por vaso de agua. Tomar un par de vasos al día).
- Valeriana: (*Valeriana officinalis*) Contra cualquier tipo de trastorno nervioso y depresivo, palpitaciones, espasmos, vómitos, agotamiento nervioso, estrés, etc. (Infusión de unos 15 g de la raíz de la planta que se deja reposar durante toda la noche).
- Albahaca: (*Ocimum basilicum*) Infusión de una cucharadita de hojas secas por vaso de agua. Tomar un par de tazas al día después de las comidas principales. Si se aumenta la dosis tiene propiedades narcóticas.
- Melisa (*Melisa officinalis*): muy útil para toda clase de alteraciones del sistema nervioso. Infusión de un pellizco de hojas secas en un vaso de agua durante 1/4 de hora (3 vasos al día).
- Tila: (*Tilia europaea*, *T. platyphyllos*, *T. cordata*) Uno de los recursos más utilizados contra los «problemas de nervios» (infusión de media cucharada de postre de flores secas por vaso de agua. Tomar 3 o 4 vasos al día, dependiendo del estado personal).
- Espino albar: (*Crataegus oxycantha*, *C monogyna*) Especialmente indicado para conciliar el sueño y en una situación de ansiedad personal (infusión de una cucharada de flores secas por taza de agua. Tomar un par de tazas al día).

- Kava kava (*Piper methysticum*): elimina el estrés y facilita la incorporación al trabajo. Usar comprimidos de venta en farmacias o herbolarios de acuerdo al prospecto.

Uso externo:

- Salvia: (*Salvia officinalis*) Añadir al agua del baño la infusión de 3 cucharadas de planta seca en un litro de agua. Tomar un baño durante 15 o 20 min.
- Tomillo: (*Thymus vulgaris*) Es un relajante y somnífero muy suave. En situaciones de cansancio o pesadez general se puede aplicar un baño relajante añadiendo en el agua de la bañera una buena porción de infusión de flores de tomillo. (Aquí influye mucho el aminoácido lisina, que resulta imprescindible en el organismo para que los jóvenes tengan un adecuado crecimiento y cuya falta puede provocar, entre otros síntomas, la sensación de cansancio o pesadez general). Una infusión muy ligera, a razón de una cucharadita de té por taza de agua ayuda a conciliar el sueño.
- Albahaca: (*Ocimum basilicum*) Diluir una infusión de flores secas en el agua del baño.

Vitaminas, minerales y otros suplementos para el estrés

- Aceite de germen de trigo: puede tomarse junto con algunos de estos remedios y resulta bastante eficaz en el tratamiento del estrés.
- Levadura de cerveza: por su contenido en vitamina B resulta muy adecuada como complemento para tratar el estrés. (Tomar un par de cucharadas con la leche o el yogur). Complementos de vitamina B₁ (tiamina y ácido pantoténico).
- Pcnogenol: es un extracto de uva. Se puede tomar la dosis máxima recomendada en el producto.

Otras terapias naturales para el estrés

Además de la fitoterapia se puede tener en cuenta una serie de terapias naturales que pueden ser útiles para el tratamiento del estrés. Entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- El ejercicio físico: es bien reconocida la importancia del ejercicio como liberador de endorfinas, unas hormonas naturales de similares propiedades a otros estimulantes químicos que producen sensación de bienestar. Sin embargo, una actividad física no adecuada puede ser una causa más estresante

todavía. Se debería buscar un profesional que establezca unas pautas de ejercicio físico correcto para que este resulte positivo en el tratamiento del estrés.

- La musicoterapia: consiste en utilizar la música como un recurso relajante.
- Los masajes relajantes: son muy útiles para aliviar estrés, especialmente cuando se combinan con la aplicación de aceites esenciales.
- Las flores de Bach: un especialista en esta terapia puede ayudar en el tratamiento del estrés.

Tratamiento natural del insomnio

Fitoterapia

La función principal de la fitoterapia en el problema del insomnio consiste en utilizar aquellas plantas cuya finalidad se traducirá en utilizar plantas con propiedades sedantes o hipnóticas que nos ayuden a dormir mejor.

Uso interno:

- Valeriana: (*Valeriana officinalis*) Tiene propiedades hipnóticas, favoreciendo el sueño. (Infusión de una cucharada de raíz antes de irse a dormir).
- Lechuga: (*Lactuca sativa*) La lechuga tiene un efecto tranquilizante. Ayuda a calmar los nervios, controlar las palpitaciones y a dormir mejor por las noches, evitando el insomnio. (Tomar una buena ensalada de lechuga, con aceite de oliva antes de irse a dormir. Esta propiedad se incrementa si realizamos una decocción al 50 % de hojas de lechuga y nos tomamos un par de vasos al día, por las mañanas y antes de acostarnos). Los componentes que le otorgan esta propiedad son la lactucina, uno de los principales componentes del jugo de la lechuga.
- Flor de la pasión o pasionaria (*Passiflora caerulea*): especialmente interesante cuando la situación de desasosiego no nos deja conciliar el sueño y padecemos de insomnio. Se puede utilizar también con los niños o con las personas mayores, incluso con tratamientos prolongados, lo cual les permitirá descansar mejor por la noche. Muy aprovechable para ayudar a aquellas personas que están siguiendo un tratamiento contra la depresión o que tienen tendencia a mostrarse tristes u abatidos, en situaciones como la reciente pérdida de un empleo, el fallecimiento de alguna persona querida, los problemas nerviosos relacionados con la menopausia. También muy útil para calmar los nervios en aquellas situaciones en que las exigencias del trabajo nos obligan a enfrentarnos a una situación estresante: exposiciones delante del público, exámenes, etc. (Infusión de un par de cucharadas de la planta

- seca por medio litro de agua. Beber un par de taza pequeñas al día) (Maceración de la cantidad que se desee de planta seca con la misma cantidad de alcohol durante una semana. Filtrar y tomar unas 25 gotas al día).
- Melisa (*Melissa officinalis*): además de tranquilizante de los nervios, el toronjil o melisa tiene propiedades ligeramente narcóticas. Todo ello resulta interesante cuando se tiene dificultades para dormir. (Infusión de una cucharada por vaso de agua durante 15 min un vaso media hora antes de irse a la cama) (Poner tres gotas de esencia en un terrón de azúcar y tomar media hora antes de ir a dormir).
 - Tila: (*Tilia x europaea*) El uso de la infusión de flores de tilo resulta especialmente interesante cuando padecemos de insomnio de tipo nervioso (Infusión de una cucharada por vaso de agua. Un vaso media hora antes de irse a la cama) (En trastornos muy profundos del sueño se pueden tomar hasta 4 tazas al día).
 - Lúpulo (*Humulus lupulus*): constituye un buen sedante para los nervios. (Infusión de una cucharadita de flores secas por vaso de agua).
 - Limonero (*Citrus limonum*): el jugo de un limón combinado con un par de cucharadas de miel mezclados en agua tibia antes de irse a la cama ayuda a conciliar el sueño.
 - Menta o mentastro (*Mentha piperita / menta rotundifolia*): el mentastro al igual que la menta piperita se utiliza par calmar las palpitations cardiacas se puede beber agua caliente con unas gotas de su esencia. (No es demasiado habitual, sin embargo, encontrar esencias de esta variedad de menta en las farmacias o herbolarios). Se puede utilizar de igual manera para paliar los efectos psicósomáticos de la depresión o para conciliar el sueño.
 - Espliego: (*Lavandula officinalis*) Aunque existen otros sedantes naturales más reconocidos, las propiedades tranquilizantes del espliego pueden aprovecharse para disminuir los problemas de nervios causantes del insomnio. (Infusión durante 10 min de una cucharada de flores secas por taza de agua. Tomar 3 tazas al día entre comidas).
 - Nebeda: (*Nepeta cataria*) Con acción semejante a la valeriana (Infusión de una cucharada de planta seca o tierna por vaso de agua, 1 taza antes de irse a la cama).

Uso externo:

- Salvia: (*Salvia officinalis*) Añadir al agua del baño la infusión de 3 cucharadas de planta seca en un litro de agua. Tomar un baño durante 15 o 20 min.
- Tomillo: (*Thymus vulgaris*) Es un relajante y somnífero muy suave. En situaciones de cansancio o pesadez general se puede aplicar un baño rela-

jante añadiendo en el agua de la bañera una buena porción de infusión de flores de tomillo. (Aquí influye mucho el aminoácido lisina, que resulta imprescindible en el organismo para que los jóvenes tengan un adecuado crecimiento y cuya falta puede provocar, entre otros síntomas, la sensación de cansancio o pesadez general). Una infusión muy ligera, a razón de una cucharadita de té por taza de agua ayuda a conciliar el sueño.

Es necesario concienciar a la población de que es imprescindible el asesoramiento de profesionales calificados, pues determinadas plantas medicinales actúan como medicamentos. Por ejemplo:

- *Hypericum perforatum* es un compuesto de origen vegetal, llamado Hierba de San Juan o Hiperico, indicada para el tratamiento de la depresión leve o moderada, es tan eficaz como los antidepresivos recetados por un médico, el problema es que aparte de la medicación, debemos contar con el diagnóstico, seguimiento y recomendaciones de un especialista. Las contraindicaciones de esta hierba son el incremento del sueño y las interacciones con otros medicamentos como los antivirales y los anticonceptivos provocando la aparición de sangrados de abstinencia y la disminución de su eficacia y por supuesto durante el embarazo debido a sus propiedades abortivas, también puede provocar la aparición de problemas de fotosensibilidad por lo que no está recomendado su uso en personas que tomen fotosensibilizantes. Cuando se toma conjuntamente la Hierba de San Juan y otros fármacos antidepresivos (compuestos inhibidores de la monoaminooxidasa) puede producir síndrome serotoninérgico que conlleva dolor de cabeza, fatiga, agitación, diarrea, debilidad muscular o incluso una agudización de los síntomas depresivos.
- *Ginkgo Biloba* es un suplemento que se obtiene de las hojas del árbol de Ginkgo, posee propiedades terapéuticas, como antioxidante, aumentando el oxígeno en el cerebro, como anticoagulante, para mejorar la transmisión de información neuronal, también está recomendado para el tratamiento de la depresión. Ésta hierba resulta peligrosa si se combina con otros fármacos antiagregantes y anticoagulantes orales.
- *Kava*, tiene propiedades calmantes posee un efecto depresor del sistema nervioso central y es anticonvulsivante, se recomienda su uso en casos de depresión con ansiedad. Puede afectar la coordinación, provocar dermatitis e intoxicación similar a un consumo excesivo de alcohol. Su uso ha de restringirse a aquellas personas que padecen Parkinson o problemas hepáticos.

En la medicina natural y tradicional también podemos incluir otros medios terapéuticos naturales como la acupuntura que es un método terapéutico mile-

nario de la medicina y la filosofía china, el Hatha Yoga que son técnicas hindúes así como otras que al igual que estas están destinadas al restablecimiento de la salud.

En Cuba hace varios años viene impartándose cursos de capacitación a todo el personal técnico y profesional de la salud sobre todo a los que desempeñan sus funciones en la atención primaria.

La acupuntura y sus derivados y el Hatha Yoga en pacientes psiquiátricos sobre todo en agudos los resultados han sido positivos a corto plazo.

Todas estas técnicas requieren procederes de enfermería tanto antes durante y después de la aplicación del tratamiento como son:

- Verificar indicaciones médicas.
- Identificar al paciente atendiendo a la esfera psicológica.
- Preparación del equipo.

