



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
U.N.A.M.

ESQUIZOFRENIA SIMPLE

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A
BEATRIZ DE PAZ CARRANZA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

I.	<u>MARCO TEORICO</u>	4
1.	Generalidades sobre desarrollo anatómico somático, sexual y emocional del adolescente.	4
2.	Psicosis esquizofrénica	14
3.	La enfermera en la atención del paciente esquizofrénico.	63
4.	Historia Natural de la Esquizofrenia Simple	71
II.	<u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	73
1.	Datos de identificación	73
2.	Nivel y condiciones de vida	73
3.	Problema actual o padecimiento actual	79
4.	Diagnóstico de enfermería	87
	Plan de Atención de Enfermería	88
	CONCLUSIONES	119
	BIBLIOGRAFIA	127
	ANEXOS	129
	GLOSARIO DE TERMINOS	136

INTRODUCCION

El desarrollo mental del adolescente desempeña un papel importante en el surgimiento de una sensación bien definida de su identidad. La capacidad para considerar lo posible, igual a lo que actualmente es, para intentar dar soluciones alternativas a los problemas y para mirar el futuro contribuyen a que el joven se plantee las preguntas centrales. "¿Quién soy?", "¿Qué quiero ser?" y "¿Qué probabilidades tengo de realizarme?". El adolescente puede probar papeles distintos, buscando los que personalmente le parezca más cómodo, gratificadores o desafiantes, así como los que parezcan realistas o irrealistas a la vista de su talento, habilidad y posibilidades. En efecto, el sólo hecho de darse cuenta que una parte de sí mismo puede razonar, formular y modificar suposiciones, considerar las alternativas y llegar a conclusiones, aunque sólo sean tentativas, ayuda a fomentar dicho sentido de identidad.^{1/}

La mortalidad específica en los grupos de edad de los 10 a los 15 años es baja con relación a la mortalidad infantil, pero muestra un aumento del 100 por 100 de defunciones causadas por enfermedades

^{1/} Conger, John; Adolescencia; p. 37.

y accidentes en los grupos de edad de los 15 a los 19 años. En los trastornos mentales hay un aumento del casi diez veces más.

Entre los trastornos mentales se ven la esquizofrenia que comprende un grupo de conductas entre cuyos rasgos prominentes se incluyen: el apartamiento de la realidad, el embotamiento emocional y la perturbación del pensamiento. Estos rasgos varían en severidad de un caso a otro.

Los síntomas de las reacciones esquizofrénicas se reconocen por la calidad poco común y extravagante de la conducta, que incluye una actitud distante respecto al ambiente, suspicacia, períodos de destructividad, impulsividad y despliegues emocionales exagerados e inmaduros, que a menudo manifiestan direcciones ambivalentes y parecen inapropiados a quien los observa. Las percepciones interpersonales se distorsionan en los estados más graves, debido al material de las ideas delirantes y de las alucinaciones. En las formas más desorganizadas de la vida esquizofrénica, el individuo se aísla en un mundo de fantasía, su pensamiento se altera en forma grave y sus hábitos se deterioran profundamente, ya que deja de tomar en cuenta las costumbres sociales habituales y el cuidado personal.

En general se considera que el esquizofrénico es incapaz de establecer por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía en-

tre sus impulsos coercitivos y sus inhibiciones, y que no ha podido desarrollar un concepto claro o estable de sí mismo. El enfermo a menudo no sabe cuáles son sus objetivos, o bien sus aspiraciones son tan elevadas o inflexibles, que exceden a los talentos, la persistencia y el empuje que el esquizofrénico tiene para lograr lo que se propone. Por lo tanto, su capacidad de evaluar con claridad la realidad del mundo es deficiente. Su interacción con otras personas se caracteriza por procesos inmaduros de comunicación, de pensamiento y de adaptación.

Campo de investigación:

El proceso de Atención de Enfermería se realizó en el Hospital Psiquiátrico San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social en un adolescente hospitalizado en sección hombres con diagnóstico de esquizofrenia.

I. MARCO TEORICO

1. Generalidades sobre desarrollo anatómico, somático, sexual y emocional del adolescente.

1.1.1 Adolescencia.

Con frecuencia se considera la adolescencia una época de desorden, un período en que a la maduración física provocada por las fuerzas endócrinas que se despiertan, se añade toda una serie de exigencias psicosociales que deben ser dominadas. Se espera que el adolescente desarrolle y acepte la independencia emocional y la autonomía de los padres, como parte de un proceso que Erikson denomina "la búsqueda de un sentido de identidad personal". Simultáneamente, el adolescente debe desarrollar sus facultades en la interrelación con sus compañeros de edad, así como unos principios éticos aceptables, capacidad para el esfuerzo intelectual y un sentido de la responsabilidad personal y social.

La pubertad es un período de transición que lleva al individuo de la inmadurez a la madurez biológica. Durante este período de transición y desarrollo tiene lugar espectaculares cambios físicos de todo tipo, el más visible de ellos es la aceleración del crecimiento del esqueleto, el "estirón" de la adolescencia y el desarrollo de las ca-

racterísticas sexuales secundarias. Existe gran variabilidad tanto en las edades a que se inician o terminan estos procesos como en la secuencia que sigue.^{2/}

1.1.2 Cambios anatómicos.

La adolescencia es un período que se caracteriza por cambios profundos tanto internos como externos. Crecen el esqueleto y todos los músculos, las glándulas y los órganos internos pasan por una serie de cambios. Puesto que el cuerpo es una organización interdependiente, el cambio en cualquiera de sus partes afecta en su desarrollo al individuo entero.

Debido a la interacción de los estímulos hormonales, los factores genéticos y ambientales hay un incremento en la velocidad de crecimiento de su esqueleto. En las chicas, el índice de crecimiento máximo tiene lugar a una edad media de 12 a 14 años, mientras que en los chicos la fase principal del "estirón" de la adolescencia no se produce hasta dos años más tarde.^{3/}

1.1.3 Variaciones somáticas.

Los huesos largos de los brazos y las piernas son cortos en el mo-

^{2/} C. Kolodny, Robert; Tratado de medicina sexual, p. 59.

^{3/} C. Kolodny, Robert; op.cit., p. 60.

momento del nacimiento y permanecen proporcionalmente tales durante la niñez, pero se alargan rápidamente en la adolescencia. El tronco es relativamente largo en el momento del nacimiento, crece rápidamente durante la infancia y más lentamente durante la niñez, volviendo a alargarse más adelante, en la adolescencia avanzada.

Los huesos de la cara muestran velocidades de crecimiento diversas o crecen por turno. Los dientes son los primeros en alcanzar el tamaño adulto, mientras que el resto de la cara sigue conservando sus características infantiles. Luego empieza a crecer la nariz y no tarda en quedar desproporcionada con respecto a otros faciales.

Con respecto a los cambios internos en este período de transición, tenemos que el sistema circulatorio son igualmente rápidos e irregulares. Antes de la adolescencia, el corazón pequeño todavía, bombea la sangre a una presión relativamente baja, pero es el caso que durante los años que van de los 13 a los 20 el corazón dobla de peso y es dos veces más eficaz en el bombeo de la sangre. Este aumento de la presión arterial significa un aumento en el suministro de energía del cuerpo y explica, en parte, la actividad aumentada del adolescente. Los pulmones crecen el ritmo del tórax y excepto en el caso de enfermedad.

El desarrollo pronunciado del aparato digestivo se refleja en el apetito cambiado y en los trastornos gastrointestinales. El estómago se alarga y se hace más grande. El adolescente necesita considerablemente más alimento y, de hecho, está hambriento.

Las glándulas sudoríparas son más activas, así como las glándulas sebáceas de la piel, especialmente las de la cara se hacen muy activas, lo que se traduce en problemas faciales de pústulas o acné. La actividad de las glándulas cutáneas aumentan la cantidad de la transpiración, en el desarrollo de fuertes olores del cuerpo.

1.1.4 Variaciones sexuales.

En la infancia, los niveles de testosterona y de estrógenos en sangre son bastante bajos, tanto en niños como en niñas, así como los niveles de LH y de FSH.

El volumen testicular de los niños antes de la pubertad es de 1 a 3 mm., mientras que el volumen testicular adulto es de 12 a 25 mm.; este cambio de volumen es reflejo, casi por entero, del crecimiento que tiene lugar en la pubertad. Asimismo, el desarrollo puberal está asociado a elevados niveles de producción de testosterona, que estimula el crecimiento de los órganos sexuales accesorios del varón (la próstata, las vesículas seminales y el epidídimo) y produce

el desarrollo de su funcionalidad adulta.

Tanner describió cinco estadios en el desarrollo de los genitales masculinos durante la pubertad.

Estadio 1 (G1): Infantiles desde el nacimiento hasta que comienza el desarrollo testicular de la pubertad.

Estadio 2 (G2): Aumento de volumen de los testículos y el escroto, con enrojecimiento de éste y cambios en la textura de la piel escrotal.

Estadio 3 (G3): El pene aumenta de longitud y, en menor grado, de circunferencia.

Estadio 4 (G4): Aumento del tamaño del pene y los testículos; el escroto toma un color más oscuro; el glande del pene se desarrolla más.

Estadio 5 (G5): Los genitales adoptan el tamaño y la forma adultas.

Los muchachos alcanzan el estadio G2 a una edad media de 11-14 años, según Marshall y Tanner. Los adolescentes presentan notables variaciones en cuanto a la edad en el momento de alcanzar una fase determinada, y se observan también amplias variaciones en

cuanto a la duración de cada estadio en diferentes individuos. La secuencia habitual de desarrollo genital entre el G2 y el G5 abarca un período de 3 años, aunque en algunos muchachos normales puede abarcar desde apenas 1 año hasta 5 ó 5 y medio. La mayor parte de los muchachos experimentan la acné del estirón de crecimiento durante el estadio G3.

Entre otros cambios físicos que se producen en los varones como resultado del aumento de la secreción de testosterona durante la pubertad, se cuentan el desarrollo del vello facial y axilar y el ahuecamiento de la voz debido al aumento de tamaño de la laringe y el engrosamiento de las cuerdas vocales. Entre los adolescentes es corriente observar ginecomastia, presumiblemente causada por la interconversión de testosterona en estrógenos, remite habitualmente en 1 ó 2 años, aunque los casos graves pueden persistir mucho más.

4/

1.1 5 El desarrollo emocional.

El adolescente se va a encontrar tanto con presiones internas como externas, que en ocasiones es más de lo que el adolescente puede soportar y "sucumbe". El período de los 10 a los 15 años tiene una mortalidad muy baja, pero el período siguiente, o sea de los 15 a

4/ C. Kolodny, Robert, op.cit., pp. 60-64.

a los 19 años, muestra un aumento del 100 por 100 con relación al anterior, de defunciones debidas a enfermedades y accidentes. En trastornos mentales, por otra parte, el aumento es de casi diez veces más. Al paso que la mayoría efectúa la transición de la niñez a la edad adulta con poco desequilibrio emocional o ninguno, hay una minoría que no consigue la salud y el vigor necesario para enfrentarse con valor y energía.

Prevención de temores y ansiedad. En la adolescencia, al percatarse de la llegada de la edad adulta, el individuo percibe las responsabilidades que lo acompañan. Los adolescentes desean enfrentarse a estas exigencias, pero, al propio tiempo, temen que puedan no estar acaso a la altura. Estos temores son sobre todo de carácter social, éstos es: de no causar buena impresión, de no pasar el curso, de no hacer un papel honorable, etc. Los adolescentes temen que los demás puedan reírse de ellos y el ridículo representa para ellos un suplicio. A algunos se les hace difícil leer en clase, temen emprender cualquier actividad que pueda poner de manifiesto su incapacidad real o imaginaria. El deseo de probarse a sí mismo podrá inducir acaso a concentrar todas sus energías con demasiada intensidad, en un determinado aspecto de la vida, como los deportes, las actividades sociales o los estudios, con descuido de

otras áreas. Algunos tratarán tal vez de disminuir su temor de fracaso mediante una indiferencia fanfarroneante o una actitud retadora, o se vuelven tímidos y se retraen en su caparazón. En ocasiones se da un muchacho que teme rendir todo lo que puede, para que no se espere demasiado de él y luego no esté en condiciones de cumplir. Estos niños que dependen todavía demasiado de los adultos.

Las discrepancias en desarrollo físico ocasiona ansiedad real. Puesto que tamaño y madurez no van necesariamente de la mano, el adolescente grande es llamado a menudo a conseguir niveles de realización de un adulto, de lo que no es todavía capaz. Y en forma análoga, podrá ocurrir que el muchacho chico sea ya perfectamente maduro, pero que se le siga tratando como un niño, cuando lo que él desea es asumir las obligaciones de un adulto. Tanto al fracaso en cuanto a "lograr" como el verse el individuo impedido de progresar constituye, uno y otro, causas corrientes de tensión psicológicas.

El desarrollo de los impulsos sexuales podrá también crear ansiedad. A los niños se les instituye en todas las ciencias de vivir, excepto el sexo y, con frecuencia, este tema se ve oscurecido además por controversias y falsa interpretación. El niño propiamente instruido

puede hacer frente a esta situación, pero es el caso que las más de las veces no está informado. Tendrá acaso su información de la calle y pensará tal vez que la cosa sexual está mal o es fea, o que la masturbación conduce a la locura.

Enfrentamiento a lo desagradable. El adolescente debe aprender a contemplar sus limitaciones, aceptando no sólo su propio yo, sino también aquellas circunstancias del medio sobre las que no posee control alguno.

Hay que contar, en la adolescencia, con el fracaso en cuanto a con seguir los objetivos perseguidos.

Las frustraciones que el adolescente experimenta lo sacan de quicio. En lugar de atenuar sentimientos acumulados, podrán añadir acaso a su confusión, pues no se está comportando como un adulto. En contraste con las de la niñez, las situaciones de enojo son en su mayor parte sociales. El adolescente reacciona a sus explosiones emocionales verbalmente.

Las emociones de los adolescentes carecen a menudo de consistencia. Pasan de la alegría a la tristeza, del odio al amor, todo en cosa de poco tiempo. Cuando las cosas les van bien, el adolescen

te es feliz, pero toparse con un obstáculo o un problema lo achicará acaso muy aprisa. En lugar de exteriorizar sus sentimientos, los muchachos y las muchachas de esta edad los guardan a menudo por varios días y se ponen cavilosos.

El adolescente ha de aprender a sustituir por otros los deseos frustrados y ha de estar, asimismo, en condiciones de reconocer que algunos de sus deseos son tal vez impracticables, tanto para él como para la sociedad. No pierde categoría al reemplazarlo por otros más constructivos. Para alcanzar el ajuste social apropiado, el individuo ha de ser capaz de conformar su conducta a las costumbres sociales y a los derechos de los demás. La represión como medio de control no resuelve el problema. El vapor almacenado produce presión. La verdadera respuesta está en aprender el individuo a evitar verse afectado emocionalmente, en no dejarse enojar por los múltiples acontecimientos irritantes de la vida. La mejor solución está en aprender a captar los hechos de la situación y los hechos, en sí mismos, no son incitantes. Si se produce, con todo, una explosión emotiva, se le puede enseñar al adolescente a reaccionar la próxima vez en forma. El construir un tipo semejante de autocontrol es un proceso lento. Al fin, lo que queremos es una juventud tan estable que tenga el valor de enfrentarse a la situación directa y eficazmente.

El establecimiento de independencia. La emancipación con respecto al control de los progenitores debería ser un proceso gradual. Habría que cultivar la iniciativa del niño y conferirle una responsabilidad aumentada, de acuerdo con la edad y la comprensión.

Con objeto de seguir aumentando su capacidad para dirigir su propia conducta sin el control de los padres, habría que ir poniendo al adolescente más y más en situación de haber de valerse por sí mismo.

5/

1.2 Psicosis esquizofrénica.

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias, engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alineación mental caracterizada por un proceso "discordancia intrapsíquica" o "discordancia autística de la personalidad".^{6/}

Aunque antes no recibía ese nombre, desde hace tiempo se reconoció el cuadro clínico que ahora conocemos como esquizofrenia.

5/ East Madigan, Marian; Psicología, pp. 61-65.

6/ Lawrence C. Kolb, Psiquiatría clínica moderna, p. 375.

En 1840, John Conolly (1794-1866), del Hanwell Asylum, en Inglaterra, defensor de la técnica de "no maniatar", afirmó en sus Crónian Lectures: "Las personas jóvenes con frecuencia caen en un estado más o menos parecido a la melancolía, sin una pena específica; se vuelven indolentes y continúan sus ocupaciones o sus diversiones habituales en forma mecánica y sin interés; el intelecto, los afectos y las pasiones parecen inactivos o amortiguados y los pacientes se vuelven extremadamente apáticos."^{7/}

En 1860, el psiquiatra belga Morel, utilizó por primera vez el término demencia precoz, *démence précoce*.

En 1871 Hecker hizo la descripción de la hebefrenia, aunque Kahlbaum ya había utilizado el término. "Los riesgos característicos de la hebefrenia", escribió Hecker, "son principalmente su aparición ligada a la pubertad, la sucesión de diversas formas o su aparición cambiante (melancolía, manía y confusión), la rapidísima evolución del padecimiento, que termina en un debilitamiento psíquico, y una forma característica de deterioro final, cuyos indicios pueden observarse desde las primeras etapas de la enfermedad". Hecker consideró que la hebefrenia era una enfermedad de la pubertad y la adolescencia.

^{7/} Ibidem., p. 375.

En 1874 Kahlbaum hizo la descripción de la catatonía o "locura de tensión". Este autor describió la catatonía como "un estado en el cual el paciente se sienta calladamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar su posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objetivo, con los ojos fijos en un punto distante y sin reacción ante las impresiones sensoriales y algunas veces con una flexibilidad cérica completa, igual que en la catalepsia.

1906. Adolfo Meyer elaboró la tesis de que la demencia precoz no es una sola entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrolla en cierta personalidad como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse; su teoría también afirma que el acúmulo de hábitos defectuosos de reacción, conduce hacia un "deterioro" de dichos hábitos.

Bleuler (1875-1939), propuso en 1911 el término "esquizofrenia". A partir de la sugerencia de Bleuler, ha habido una tendencia cada vez mayor a suplantarse el nombre demencia precoz por esquizofrenia, división de la mente, ya que actualmente se considera que la falta de armonía o "división" de la expresión psicobiológica del organismo que llamamos mente, así como la desintegración de la actividad, son características más definidas y más distantes de la enfermedad,

que los complejos sintomáticos y el desenlace que Kreepelin enfatizó".^{8/}

1.2.1 Epidemiología.

Se han diagnosticado psicosis esquizofrénicas en todas las culturas donde se estudian con precisión los trastornos mentales. Parece que las fuerzas culturales sólo modifican la fenomenología clínica de estas reacciones, es decir, el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes.

En nuestros días las esquizofrenias son los trastornos que predominan en el grupo de las psicosis graves. Mishler y Scotch, después de examinar en fecha reciente el material que existe acerca de la predominancia y la frecuencia de la esquizofrenia, concluyeron que, cualquier momento dado, el 0.3 por ciento de la población general está sufriendo el trastorno, el 0.15 por ciento de la población son candidatos probables a desarrollarlo y el 0.02 por ciento ingresa a hospitales por primera vez con diagnóstico de esquizofrenia.^{9/}

8/ Ibidem., p. 376.

9/ Ibidem., p. 378.

1.2.2 Etiología.

El hecho de que la personalidad se desarrolla en forma adecuada o inadecuada depende de la dotación genética y constitucional de cada individuo. Sobre dicha dotación influyen las primeras transacciones maternas y más tarde las transacciones familiares, que dinámicamente producen el desenvolvimiento de diversas funciones yóicas y superyóicas y van formando el ideal del yo de cada individuo. Conforme se desarrolla la personalidad y pasa el tiempo se tiene que hacer frente a oportunidades y causas de stress sociales, que actúan sobre el individuo que crece y pueden servir para precipitar un tragtoro, incluso de tipo esquizofrénico.

1,2.1.1 Factor genético:

La información más importante son los datos estadísticos de Kallman en sus estudios extensos de gemelos. Kallman encontró que si el trastorno existe en uno de los gemelos monocigóticos, también aparece en el otro gemelo en el 85.5 por ciento de los casos. Por otra parte, el riesgo de que los hijos de esquizofrénicos tengan la enfermedad, es aproximadamente quince veces mayor que el riesgo para la población. Cuando ambos padres son esquizofrénicos, se ha encontrado que hasta un tercio de los niños también lo son.

Heston sugiere que en las investigaciones genéticas de la esquizofrenia hay que considerar también a la persona esquizoide pero no psicótica, ya que se ha encontrado que el 45 por ciento de los hermanos, padres e hijos de esquizofrénicos son esquizoides o también esquizofrénicos. Heston estima en sus computaciones que cerca del 4 por ciento de la población general será afectada por el complejo esquizoide-esquizofrénico de la personalidad. Explica dicha distribución con la hipótesis de un defecto en un solo gen autosómico dominante. La mayoría de los genetistas han apoyado la teoría de que la transmisión genética de la predisposición a la esquizofrenia es poligénica y de que la enfermedad debe considerarse como un problema de umbral. Desde cualquier punto de vista, parece que en la actualidad ya está bien establecido que existe una contribución genética al complejo esquizofrénico. Todavía no está claro como se expresa dicha contribución en la constitución biológica del individuo ni cuáles son los procesos ambientales que hacen que aparezca clínicamente la esquizofrenia.

1.2.1.2 Predisposición biológica.

Los numerosos estudios experimentales cuyo objetivo es encontrar en los esquizofrénicos defectos constitucionales, metabólicos, endócrinos o de otro tipo fisiológico, todavía no han producido datos

importantes que se puedan verificar. Por lo tanto, estos hallazgos siguen inaplicables en la práctica clínica, ya que no proporciona aún instrumentos teóricos que puedan usarse en el diagnóstico o en el tratamiento de la esquizofrenia.

1.2.1.3 Transacción familiar.

La teoría psicoanalítica sostiene que, en el esquizofrénico los primeros períodos de la relación entre la madre y el lactante deben haber sido deficientes, puesto que la patología del enfermo adulto sugiere un aislamiento regresivo hacia conducta emocional infantil, que se revela en el comportamiento, omnipotente, en las reacciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir de esta hipótesis, varios autores, al estudiar por observación directa como las mujeres esquizofrénicas dan cuidados maternos a sus lactantes, encontramos que, en apariencia, el proceso de dichos cuidados es anormal debido a la depresión afectiva de las madres. Estas mujeres no jugaban con sus lactantes ni los acariciaban como lo hacen las otras madres, aunque cumplían con los procedimientos habituales para nutrir y limpiar el cuerpo del niño. A su vez, los hijos de estas pacientes parecían irritables y deprimidos. Es probable que la restricción de la estimulación afectiva y de los juegos, en el lactante, impida el desarrollo de las sensaciones iniciales que establecen la

percepción del propio cuerpo y el comienzo de las actitudes yóicas respecto a seguridad, confianza y agresividad, con base en las cu les tiene que desplegarse las capacidades de control de sí mismo y, más tarde, la capacidad de independencia autónoma.

En diversos estudios de la dinámica familiar en los últimos 10 años, se ha encontrado con frecuencia significativa que los pacientes esqui zofrénicos han pasado su niñez en el seno de grupos familiares gravemente anormales, en los cuales ambos progenitores dieron signos de trastornos en su personalidad. En los estudios de Lidz, dos ter ceras partes de las familias contenían un progenitor que resultó ser esquizofrénico. Estos grupos familiares carecen de integración y se relacionan entre sí a través del conflicto en el cual uno de los progenitores se oponen al otro, desprecia y desafía los deseos de su cónyuge, y se esfuerza para ganar a los niños a su lado para ob- tener de ellos el apoyo emocional que no encuentra en el consorte. En otras familias, el trastorno en la relación parental consiste en que uno de los padres tiene un grave déficit de la personalidad y muestra una conducta dominante, brutal, agresiva o alcohólica, mientras el otro acepta pasivamente tal comportamiento, o está ausente cuando el niño está expuesto al ambiente malsano. Estos

progenitores a menudo dudan de su propio papel sexual; algunos han sido homosexuales y otros se han visto en conflictos para poder llegar a dominar sus deseos incestuosos.

El niño atrapado en este tipo de grupo familiar no disfruta de los períodos de interacciones personales sin conflictos, ni de los períodos de juego, que le dan una sensación de seguridad personal y la capacidad de compartir y de reprimir en forma afectiva los impulsos coercitivos hostiles, agresivos y sexuales. ^{10/}

1.2.3 Psicopatología.

Aunque hay contraste muy llamativo entre un individuo normal y bien integrado y otro que reacciona con una forma de psicosis esquizofrénica, con frecuencia no existe una transición abrupta entre la personalidad de tipo esquizoide y la psicosis manifiesta. Ciertas incongruencias en el pensamiento, en los hábitos y en los intereses pueden haber existido desde mucho tiempo antes. En la adolescencia tal vez hubo tendencias a la soledad y a las depresiones ligeras. Puede parecer que los matices de la personalidad se perdieron. Quizá el pensamiento fue vago, el efecto impreciso y existió tendencia a proyectar todo lo concerniente a una especial hipersensibilidad personal, tal vez hubo tendencia a tener celos de las personas me-

^{10/} Ibidem., pp. 379-386

por adaptadas y más felices.

A menudo se observa que incluso la persona en la llamada etapa "temprana" de la esquizofrenia ha tenido síntomas mentales durante un período considerable antes de que se diagnostique la alteración en su personalidad. Es habitual que la familia del enfermo no se da cuenta de la naturaleza o de la importancia de los cambios en la personalidad de éste. La forma en que se inicia el padecimiento, excepto en el tipo catatónico, a menudo es un proceso evolutivo gradual, y puede haber una fase transicional "pre-esquizofrénica" que dura un año o dos.

Antes de que aparezcan los primeros cambios de la conducta y las rarezas visibles, que hacen que la familia lleve al esquizofrénico para su tratamiento, el enfermo sufre múltiples experiencias subjetivas, asociadas a una angustia cada vez mayor y provocadas por dicha angustia, así como miedos aterradores de disolución personal. El paciente se da cuenta de ciertos rasgos cada vez más intensos; por ejemplo, tensión, confusión, distraimiento en sus conversaciones con otras personas e incapacidad para mantener una secuencia del pensamiento en esas transacciones humanas. Desde el punto de vista de un observador, estos trastornos se notan cuando el enfermo se bloquea o interrumpe la conversación, a veces en el momento

to en que introducen temas abstractos. Este último detalle sólo es perceptible para los que observan de cerca la conducta del esquizofrénico. En tales momentos el enfermo deja de hablar o responde a sus compañeros de manera inapropiada; fija su mirada en un punto lejano o da la impresión de que está viendo a alguien con gran intensidad, ya que deja de parpadear regularmente cuando trata de mantener su atención en un solo tópico. Al mismo tiempo, la sensibilidad del paciente parece aumentar a las imágenes o sonidos extraños; sus respuestas a tales estímulos inesperados interrumpen cierto grado de distraimiento.

El esquizofrénico también experimenta dificultad para mantener constancia perceptual en lo que se refiere a su propio cuerpo y al mundo externo. En ocasiones siente que partes de su cuerpo, o su cuerpo entero, cambian de tamaño o de forma, disminuyen o aumentan de volumen; el enfermo a veces registra visualmente esta variabilidad en su percepción de los cuerpos de otros inanimados, e intenta establecer cierta constancia fabricando imágenes o fantasías. También sus percepciones auditivas son inciertas; demasiado fuertes, demasiado lejanas, demasiado indiferenciadas, por lo tanto, aterradoras, ininterpretables o confusas. Las percepciones que provienen del interior de su propio cuerpo se vuelven una preocupa-

ción: los borborismos, los flatos, los dolores y molestias musculares, y los cambios en los genitales, lo preocupan y lo asustan.

A menudo el paciente trata de manejar sus temores por medio de quejas hipocondríacas para las que pide ayuda o bien, trata de negar dichos temores. En las etapas posteriores de la enfermedad, la inquietud del esquizofrénico acerca de su cuerpo puede llevarlo hacia un rechazo impulsivo de una parte determinada, que expresa en forma de mutilación. Tal vez pase tiempo contemplándose en el espejo, o en forma alternante tal vez emprenda esfuerzos agotadores para aumentar su musculatura por medio de ejercicios o dietas.

En tal situación, el enfermo percibe erróneamente su cuerpo y las partes del mismo como entidades repulsivas, feas o amenazadoras.

En la etapa inicial puede no haber síntomas patognomónicos de la enfermedad. En algunos casos los primeros síntomas sugieren más una psiconeurosis que una psicosis. Uno de los primeros síntomas más frecuentes es una incierta indiferencia, aislamiento tras barreras en un área que, si pudiera trasponerse, revelaría soledad, desesperanza, odio y miedo. Con frecuencia el paciente parece preocupado o tiene aspecto de estar soñando; sus amigos comentan que parece "estar lejos". No comparte los sentimientos de otros y le importa poco la realidad de la situación en la que vive. A menudo

sus planes para el futuro son vagos y poco realistas.

El esquizofrénico se siente rechazado y sufre de una intolerancia, falta de respeto hacia sí mismo. La forma característica que utiliza para protegerse de cualquier daño, es el alejamiento respecto a las relaciones emocionales con otras personas. El aislamiento resultante es una protección con otras personas; también es una protección contra las relaciones humanas dolorosas, pero la soledad aumenta la sensación de rechazo y produce, por lo tanto, un aislamiento mayor. El enfermo ya no confía, no cree en nadie. En vez de mezclarse con los demás permanece en su casa, prácticamente no sale de su casa donde mantiene una actitud sombría, y muestra una indiferencia cada vez mayor hacia los miembros de su familia, hacia sus intereses habituales y hacia las demandas y oportunidades de su ambiente. Parece como si un miedo al contacto humano hubiera conducido al paciente hasta su estado de regresión y aislamiento. Puede haber un deterioro aparentemente inexplicable en su forma de trabajar. El efecto es superficial, la capacidad de responder emocionalmente está disminuida, y existe una alteración en la riqueza y la variedad de la expresión emocional.

Las personas que conocen al paciente pueden pensar que es pereza lo que explica su indiferencia, su falta de espontaneidad, de ambi-

ción, de interés en competir con su grupo y de interés en seguir esforzándose por lograr los objetivos que hasta entonces le interesaron. Ante el menor estímulo se siente menospreciado y empieza a creer que los demás hablan de él; está incómodo en todas partes, inquieto, taciturno e inaccesible. No siente placer ni satisfacción cuando logra algo; es decir, presenta anhedonia. Se pregunta qué interpretación darán los otros a su conducta. No es raro que adopte una actitud superficial de superioridad. Le importa cada vez menos los requerimientos sociales y las buenas maneras, mientras que se embotan el cariño y la lealtad que antes podía experimentar. El enfermo deja de tomar en cuenta los convencionalismos, e incluso le molestan. Suele volverse descuidado de su apariencia personal y de su limpieza. No es raro que constantemente rumie ideas sexuales. En ocasiones el esquizofrénico siente que algo erróneo o desacostumbrados está sucediendo en su ambiente. Descubre significados misteriosos hasta que, en etapas avanzadas, las interpretaciones equivocadas y las sospechas lo hacen cambiar de casa constantemente. Durante unas semanas o meses el nuevo ambiente no sugiere ninguna hostilidad, pero después comienza a sentir que la gente lo observa y conspira contra él. Pueden aparecer formas de actuar y amaneramientos extraños que al paciente parecen no importarles.

Algunos esquizofrénicos expresan una preocupación excesiva por su condición física. Es éste un dato que sugiere especialmente la aproximidad de la esquizofrenia cuando las molestias son raras o poco probables. Durante las primeras etapas de la esquizofrenia, el paciente a menudo se envuelve en especulaciones abstractas o reflexiones metafísicas de temas como la creación de la causa de todo, dudas religiosas, misticismos y problemas sin significado.

En el grupo de esquizofrénicos que en la actualidad se denomina "ambulante", son menos evidentes los signos de aislamiento social. La relación vacilante que estos individuos tienen con la vida se expresa en dudas respecto a sus propios objetivos, dificultad para tomar decisiones respecto a su futuro, incapacidad de encontrar los medios para mantenerse o incapacidad para encontrar un interés central.

A veces el principio es súbito y precipitado. Durante la adolescencia, la pérdida de un amigo único suele preceder a los signos graves de esquizofrenia. Tal vez ese amigo era el único escape a una turbulenta vida hogareña, y su pérdida, fuerza al futuro paciente a buscar de nuevo satisfacción en la familia; ésto provoca angustia cada vez mayor y con el tiempo, aparece pánico cuando el adolescente percibe, o es incapaz de denominar, su hostilidad, su sexua-

lidad, o su desesperación cada vez más profunda ante el hecho de verse forzado a moverse hacia atrás, hacia una vida aislada, solitaria e infeliz, de soñar despierto, de odio y miedo.

1.2.3.1 Alteraciones del afecto.

Conforme pasamos de esta etapa inicial, que podríamos denominar premonitoria o fase de incubación, hacia la psicosis manifiesta, aparece una visible pobreza e incongruencias del tono afectivo. El embotamiento de los sentimientos más finos y la limitación insidiosa de los intereses, notables ya desde las etapas iniciales, se vuelven progresivos. El paciente es incapaz de sentir y regular apropiadamente sus emociones. El sentimiento o afecto se aísla de las realidades externas y se limita al propio yo. Conforme la enfermedad progresiva y aumenta el empobrecimiento emocional, el enfermo se vuelve indiferente, no sólo respecto a los sentimientos y valores subjetivos que para una persona con salud mental hacen que la vida valga la pena de vivirse, sino también respecto a las comodidades y necesidades fundamentales, como si existiera a un nivel vegetativo.

Otra alteración del afecto es aquella en la cual la expresión emocional está desligada de la realidad. Se manifiesta por una incon-

gruencia, que a menudo se hace aparente en forma de una sonrisa, una risa o una risita estúpida que no tiene nada que ver con lo que está sucediendo.

La apatía emocional de cada esquizofrénico puede tal vez explicarse teóricamente en una forma un poco diferente. Uno de los medios que la persona normal utiliza para manejar las situaciones difíciles y amenazadoras es aminorarlas o ignorarlas. Es concebible, por lo tanto, que el paciente se defiende construyendo una muralla de indiferencia en torno suyo. Aunque este embotamiento del sentimiento puede haber surgido como un mecanismo de defensa contra una situación angustiante definida en el mundo interior del enfermo, se va irradiando y se vuelve un patrón de conducta en la personalidad.

1.2.3.2 Atención.

En el esquizofrénico, el estrechamiento de la atención resulta de las preocupaciones autísticas y de la pérdida de la capacidad para fijar energía e interés a los objetivos externos. El interés, y por lo tanto, la atención, se centra en elucubraciones subjetivas, en asuntos dentro y no fuera del paciente. Esta falta de atención y de concentración dan la falsa impresión de que el enfermo tiene alteraciones intelectuales, cuando en realidad su intelecto está inerte.

Las respuestas del esquizofrénico suelen ser triviales y no informativas debido a que los intereses y la energía están dirigidos hacia material no accesible al interrogatorio habitual. El pensamiento dereístico al cual tiende el esquizofrénico, provoca paralogia (estado donde la respuesta del paciente muestra que ha entendido la pregunta, pero la contestación es errónea).

Aunque, como ya se indicó, la atención activa (o concentración), a menudo se encuentra alterada, la atención pasiva está afectada mucho menos, de lo cual resulta que, incluso si el paciente vive en un mundo de fantasía, todavía puede mantener cierto contacto con la realidad, suficiente para ciertas necesidades prácticas. No obstante, a menudo sucede que dicho contacto es por completo inadecuado para lograr una adaptación a la sociedad. Los esquizofrénicos, pueden estar perplejos, pero rara vez sufren de alteraciones en el sensorio; es decir, rara vez muestran confusión, en el sentido correcto del término.

1.2.3.3 Pensamiento y comunicación.

En estado normal, las asociaciones de ideas se suceden con una secuencia lógica y definitiva, y progresan hasta la estructuración completa del pensamiento, pero en casos de esquizofrenia se acortan,

fragmentan, o bien se alteran a tal grado que pierden su relación lógica. Aunque los trastornos de las asociaciones en la esquizofrenia no son especialmente notables hasta que se ha instalado ya una grave desorganización de la personalidad, no es raro encontrar que mucho antes de que se desarrollara la psicosis franca, el paciente mostraba ya una pérdida de la cohesión en los lazos asociativos del pensamiento. En etapas posteriores el enfermo tal vez hable a través de generalidades y abstracciones difíciles de captar (una verbi-geración de tipo dereístico y no una charla comunicativa). Es habitual que utilice expresiones metafóricas y excéntricas. Sin duda lo que el esquizofrénico dice casi siempre tiene significado para él mismo, aún cuando los otros no lleguen a captarlo.

En las reacciones esquizofrénicas con mayor desorganización, las conexiones asociativas tienden a alterarse cada vez más, se vuelven incongruentes y en ocasiones son a tal grado incompletas o imperfectas, que los comentarios del paciente se vuelven fragmentarios, inconexos, ilógicos o incluso ininteligibles. La secuencia del pensamiento puede no proseguir hasta su objetivo lógico: el pensamiento, por lo tanto, se vuelve difuso y desorganizado. La causa y efecto pueden intercambiarse. Si el paciente percibe que su pensamiento está alterado, dice que repentinamente le extraen los pen-

samientos de la cabeza. Puede ser muy aparente la falta de concordancia entre las preguntas y las respuestas rasgo que, cuando la conciencia está clara, sugiere fuertemente el diagnóstico de esquizofrenia.

1.2.3.4 Ideas delirantes.

El contenido ideativo que predomina en el esquizofrénico a menudo es de naturaleza delirante. Las ideas delirantes suelen parecer grotescas y sin significado, debido a que las satisfacciones que el enfermo busca a través de tales ideas están muy disfrazadas por su simbolismo, y debido a que las necesidades en respuesta a las cuales se han creado dichas ideas delirantes, no suelen ser aparentes. No obstante, las ideas delirantes jamás carecen de significado; más bien son específicas y están adaptadas a las necesidades y situaciones psicológicas de cada individuo, y concuerdan con sus experiencias vitales particulares, aún cuando se alejan de la realidad en forma notable. Al referirnos a los símbolos, podríamos señalar el hecho de que si el enfermo tiene capacidad artística, puede presentar condensaciones simbólicas en sus dibujos o pinturas.

En las primeras etapas de la esquizofrenia, las ideas delirantes pueden no estar fijas y el paciente duda en ocasiones respecto a sus ideas de referencia o respecto a la hostilidad de su ambiente; en etapas posteriores, el paciente se convence de que sus ideas delirantes son hechos reales. Al principio de su psicosis el esquizofrénico puede tener ideas obsesivas que resultan ser las primeras etapas de un proceso que posteriormente se vuelve de franca externalización y proyección.

Las ideas delirantes en el esquizofrénico sirve, con bastante efectividad, para reorganizar subjetivamente las situaciones de su vida y para manejar problemas como impulsos coercitivos y tendencias obstaculizados, esperanzas frustradas, defectos biológicos, sentimientos de inseguridad, características repudiadas, sentimientos corrosivos de culpa, constelaciones afectivas y otros de contenido del inconsciente. En ningún otro trastorno mental se dramatizan y simbolizan tan cuidadosamente, en forma fantástica, los problemas, deseos y conflictos del paciente. Este hecho y la alteración que el esquizofrénico tiene en su capacidad para apreciar y comprobar la realidad de sus fantasías. Tienden a crear ideas delirantes, extravagantes y caprichosas. Macfie Cambell enunció perfectamente el papel de la fantasía; "se recurre a la fantasía para suplir lo que

la vida real ha negado, pero las fantasías no se entretajan para formar una estructura que sea compatible con una adaptación social normal". Estos enfermos tienden a regresar a la etapa en que se cree en causas y efectos mágicos. Algunos pacientes en su retiro esquizoide no muestran signos de ideas delirantes.

1.2.3.5 Alucinaciones.

Las alucinaciones son la proyección de los impulsos y las experiencias interiores hacia el mundo externo en términos de imágenes perceptuales; en la esquizofrenia, con mayor frecuencia que en cualquier otra forma de trastorno mental, se presentan asociadas a un estado de claridad de la conciencia. Su mecanismo es semejante al de las alucinaciones que ocurren en otros estados anormales, pero tienden a ser de naturaleza mucho más disfrazada y a constituir una forma primitiva de adaptación; tienen por lo tanto, mucha más importancia que cuando se presentan en delirio o en los estados dissociativos. No es difícil concebir que el material más importante de la vida interior del esquizofrénico tome la vividez de las alucinaciones. Existe sólo un paso entre la metafórica "voz de la conciencia" y su percepción audible. El material inconsciente y las tendencias mal adaptadas franquean la barrera y crean percepciones sensoriales, tal vez muy simbolizados, en respuesta a necesidades y

problemas psicológicos. Los deseos repudiados y los sentimientos de culpa se proyectan en forma de alucinaciones auditivas que, igual que la voz de la conciencia, acusan y critican. El enfermo, debido a su yo desorganizado, es incapaz de reconocer el origen o el significado de sus alucinaciones, cree en la autenticidad de esas imágenes proyectadas, las acepta al pie de la letra y reacciona de acuerdo con lo que él acepta como realidad. Ya no puede distinguirse entre las experiencias objetivas y las subjetivas, de lo cual resulta su tendencia a alterar la realidad con alucinaciones e ideas delirantes. Pero no todo el material alucinatorio del esquizofrénico consiste en acusaciones. A menudo, según han mostrado estudios recientes, las percepciones auditivas proporcionan consuelo, compañía, consejos, juicios e incluso satisfacción sexual. Los pacientes suelen identificar estas percepciones alucinatorias como la representación de las voces de personas importantes en su vida (progenitores, amantes o amigos), y tales parecen servir como sustituto de dichas personas. Por lo tanto, los componentes acusatorios y afectuosos parecen representar al mismo tiempo los elementos reales y los elementos que se desearon en la relación personal que se ha perdido. Con frecuencia el principio de la experiencia alucinatoria tiene lugar cuando el individuo en realidad ha perdido una relación importante o cuando, debido al aislamiento causado por la enfermedad o el hos

pital, el paciente se ve privado de dicha relación.

El esquizofrénico puede encontrar que sus alucinaciones son a tal grado útiles, que se niega a abandonarlas; como consecuencia llegan a constituir uno de los medios máspreciados de que el enfermo dispone para adaptarse, de modo que se ocupa cada vez más, no de un mundo real sino de un mundo alucinatorio, protegido de los problemas de la realidad. Puede decirse que las alucinaciones del esquizofrénico colaboraron con las ideas delirantes en el desarrollo del mismo tema, unas por medio de imágenes simbólicas, otras por medio de ideas.

1.2.3.6 Anergia.

Un trastorno habitual de la actividad en el esquizofrénico consiste en el rechazo de cualquier actividad concreta o espontánea, la pérdida de la iniciativa o de los propósitos y el desarrollo de un estado de inactividad que en ocasiones se denomina anergia. Tal vez es mejor considerar este deterioro en los hábitos de actividad como una pérdida del interés en el mundo real y un retraimiento lejos del mismo, recursos que adopta el esquizofrénico para renunciar a un mundo al que no puede enfrentarse, Su conducta tiende a volverse autística y regresiva. Mientras que el individuo normal

obtiene satisfacción gastando su energía en relación con el mundo real, dicha conducta proporciona satisfacción al esquizofrénico.

1.2.3.7 Conciencia e integración.

En la esquizofrenia existe relativamente poca alteración de la conciencia, de la orientación y de la memoria, aunque a la falta de interés suelen ser difícil probar estas funciones. Parece que el sentido del tiempo es anormal en los esquizofrénicos; muchos son incapaces de estimar con exactitud las unidades de tiempo y otras afirman que su edad es la que tenían cuando la enfermedad a la hospitalización comenzaron. El médico a menudo obtiene respuestas incorrectas cuando hace preguntas respecto a la orientación, sin embargo, estas respuestas se originan en el negativismo, en el hábito de dar contestaciones banales con objeto de evitar la realidad dolorososa; o bien se deben a la falta de atención que se asocia a una cierta falsificación de atención que a su vez se asocia a una cierta falsificación producida por las alucinaciones y las ideas delirantes. La persona normal utiliza el olvido, la falta de atención, la distracción y los pensamientos imaginativos como recursos para sobreponerse a una desilusión; el paciente esquizofrénico los utiliza, no como reacciones sustitutivas, sino si se encontrara presente en una rutina de menos resistencia.

A menudo se describe al esquizofrénico como demente, debido al trastorno en las funciones integrativas de la personalidad, el cual conduce, por decirlo así, hacia un trastorno en la fusión de los elementos cognitivos, afectivos y conativos. No obstante, la palabra "demente" no está bien aplicada, ya que no existe una alteración irreparable de las funciones cognitivas e intelectuales. Esto no quiere decir que el juicio, o sea la capacidad para hacer inferencias conceptuales, no está alterado. Más bien, ha ocurrido una desorganización en la personalidad, o una falla en el desarrollo homogéneo de las funciones yóicas de la personalidad. El enfermo no sólo está imposibilitado para apreciar la desorganización que ha sufrido su personalidad, sino que sus conceptos respecto al bienestar personal, las relaciones sociales y los propósitos también se vuelven defectuosos y poco dignos de confianza, debido a las tendencias introvertidas del paciente mismo y debido a la distorsión que hace de la realidad física y de la realidad social a través de las ideas delirantes y alucinatorias.

1.2.4 Tipos de esquizofrenia.

Kraepelin, al esquematizar su concepto de demencia precoz, clasificó sus casos en diferentes variedades, según la sintomatología pre dominante. Aunque sigue haciéndose una clasificación que toma en

cuenta el tipo de reacción, hay que reconocer que muchos enfermos muestran, en uno o en otro momento, la psicología que considera característica de los grupos individuales. Se obtiene más provecho si se estudia a cada paciente como individuo, si se valora su patología central, los déficit en su experiencia vital y las fuerzas dinámicas que produjeron su particular psicopatología, y si se planea un tratamiento pertinente e individualizado, en lugar de intentar una categorización de la enfermedad dentro de una vaga división clasificatoria. No obstante, puesto que estos tipos o divisiones se usan ampliamente, se delinearán en los próximos párrafos.

1.2.4.1 Tipo simple.

En este tipo de esquizofrenia los trastornos más notables afectan la emoción, el interés y la actividad. Si aparecen alucinaciones, son escasas y fugaces, y las ideas delirantes tampoco tienen un papel importante. Habitualmente el trastorno se establece en forma gradual y toma la forma de un cambio y empobrecimiento insidioso de la personalidad; los amigos del paciente no comprenden qué significa dicho cambio. En el adolescente, una joven que tal vez ha demostrado grandes posibilidades, comienzan a perder interés en la escuela o en sus ocupaciones se vuelve malhumorado, irritable e indolente. Sus anhelos dejan de ser realistas. Una superficiali

dad en las emociones, una indiferencia o "encallecimiento" afectivo, la ausencia de voluntad o de empuje y una escasez progresiva de recursos interiores, revelan el marchitamiento de la personalidad, que constituye el rasgo más prominente de este tipo. Al enfermo no le importa la crítica de los demás ni el dolor de sus padres; pierde la capacidad de apreciar los valores estéticos y morales y deja sin terminar el período de adiestramiento o aprendizaje necesario para una profesión o para desempeñar una ocupación que requiere habilidad. Muchos pacientes se vuelven individuos inútiles e irresponsables, vagabundos, malhechores, prostitutas o delincuentes. En los casos moderados la desadaptación social es menos grave, pero se considera a estos individuos como los excéntricos del vecindario; aunque su intelecto está indemne, sólo son capaces de efectuar, bajo vigilancia, algunas labores rutinarias simples. El enfermo no recupera el interés en su ambiente ni se ocupa de las responsabilidades.^{11/}

Esta condición patológica es la menos conspicua, y la menos llamativa, desde el punto de vista clínico entre todos los subgrupos, su principio es usualmente de progreso muy lento y su desarrollo puede detenerse durante largos períodos de tiempo. Las ideas delirantes y las alucinaciones nunca son muy prominentes y hasta llegan

^{11/} Ibidem., pp. 387-403.

a faltar por completo. Son frecuentes los giros raros de la conducta, con frecuencia considerados desde el punto de vista social como excentricidades y no síntomas de enfermedad mental. Las relaciones humanas íntimas siempre.

La forma de vida del esquizofrénico simple es índice de la seriedad de su incapacidad emocional, de la índole ineficaz de sus esfuerzos de adaptación. La gran mayoría de estas personas pasan casi toda su vida fuera del hospital, pero tienden a gravitar hacia las zonas que corresponden a los vagos, las prostitutas, los trabajadores migratorios o las personas que ejecutan tareas que son extraordinariamente simples o maquinales, o de tal índole que no requieren íntima cooperación con otras personas.^{12/}

Corresponde a una evolución que programa lentamente el paso del carácter esquizoide a una especie de esclerosis de la vida afectiva y social, de desecación se realiza insensiblemente. La evolución por lo general se hace en diez, quince o más y termina en una forma de déficit simple.

^{12/} K. Hofling, Charles, et.al. Enfermería psiquiátrica, p. 270.

En los antecedentes del sujeto se encuentran los rasgos de carácter esquizoide (el aislamiento, la introversión, la rareza, la rigidez, etc.). Los que le rodean a menudo están alertas, bien porque el paciente se queja de trastornos somáticos vagos múltiples, o bien porque cae en una apatía o en una inercia invencibles.

Pero esta "fatiga" o esta "depresión" cubren una serie de posiciones psicóticas ya antiguas: desinterés hacia actividades realizadas automáticas, apragmatismo sexual, conducta afectiva paradójica (frialdad, brutalidad con sus allegados, por ejemplo).

Con frecuencia, el aislamiento social es "justificado" por concepciones nebulosas sobre la marcha del mundo, la religión, la abstinencia, etc., casi siempre es posible, aunque a veces muy difícil, captar en el curso de esta evolución una cierta actividad delirante a alucinatoria en forma discreta que los rodeaban ni siquiera había notado. En esta forma es donde se dan situaciones extraordinarias. ^{13/}

1.2.4.2 Tipo hebefrénico.

El principio de este tipo de esquizofrenia es insidioso y habitualmente ocurre en los primeros años de la adolescencia; en ocasiones es subagudo y se caracteriza por una depresión semejante a una reac-

^{13/} Ey, Henri, et.al., Tratado moderno de psiquiatría, p. 520.

ción afectiva. No obstante, las reacciones afectivas del esquizofrénico suelen ser superficiales e inapropiadas; por ejemplo bobería, risitas sin causa aparente, sonrisas y carcajadas incongruentes o inapropiadas. Las alucinaciones, que son frecuentes, a menudo representan la proyección de los imperiosos deseos instintivos reprimidos. El contenido ideativo tienden a tomar la forma de fantasía o de ideas delirantes, estrambóticas y fragmentarias y no la de creencias complicadas o sistematizadas.

Los procesos asociativos muestran falta de cohesión, el hablar es incoherente y es frecuente que el enfermo utilice neologismos y adopte posturas y amaneramientos forzados. Los rasgos regresivos son muy notables, el paciente suele orinar y defecar vestido y come en una forma voraz y salvaje. El enfermo llega a vivir una vida intensamente autística: se vuelve inaccesible a un grado desconcertante, introvertido en extremo y se aísla del exterior. La desintegración final de la personalidad y de los hábitos es tal vez, en este tipo, mayor que en cualquiera de las otras formas de esquizofrenia.

1.2.4.3 Tipo catatónico.

El tipo catatónico se caracteriza por fases de estupor o de excita-

ción, en las cuales el negativismo y el automatismo son raras prominentes. Puede haber alternancia entre períodos de poca actividad o de inmovilidad, y lapsos de actividad excesiva y explosiva. No obstante, con frecuencia un episodio catatónico determinado presenta a lo largo de su evolución sólo una fase, ya sea estupor o actividad excesiva y desorganizada. Por otra parte, puede haber una mezcla de síntomas que suelen interpretarse como característicos de una u otra. La edad en que con más frecuencia aparece este trastorno es entre los 15 y los 25 años. De los diversos tipos de esquizofrenia la catatonía es la que con mayor frecuencia tiene un principio agudo y va precedida de una experiencia emocionalmente dolorosa, que la precipita. El pronóstico respecto a una recuperación con reintegración de la personalidad, después de un episodio catatónico, es más favorable que después de otros tipos de esquizofrenia, aunque al terminar un período y tal vez después de varios episodios, el tipo catatónico tiende a transformarse en estados que se acercan al tipo de hebefrénico o al paranoide, con una desorganización permanente de la personalidad.

1.2.4.4 Tipo paranoide.

Los rasgos que tienden a ser más evidentes en este tipo, o fase, son las ideas delirantes (que sucede ser numerosas, ilógicos y no

toman consideración la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del efecto, junto con negativismo.

Con frecuencia la personalidad prepsicótica del esquizofrénico paranoide se ha caracterizado por relaciones interpersonales deficientes. En muchos casos el paciente ha sido frío, retraído, desconfiado y rencoroso hacia otras personas. Muchos han sido truculentos, han demostrado tendencias a refirir por las causas más banales, aman las discusiones y han sido despreciativos, sarcásticos y desafiantes con resentimiento ante las sugerencias o ante las autoridades y con tendencia a hacer comentarios cáusticos. En algunos casos las respuestas petulantes y graciosas cubren una hostilidad primaria.

El tipo paranoide tiende a mostrarse en forma franca a edades un poco mayores que las otras esquizofrenias. Es frecuente hasta después de la adolescencia y más después de los 30 años de edad.

Las actitudes negativas previas del enfermo se vuelven notables y a menudo comienza a interpretar la realidad en forma errónea. Entre los primeros síntomas suelen encontrarse ideas de referencia y trastornos de la asociación. Muchos pacientes muestran una desagradable agresividad emocional. Por medio del desplazamiento, el enfermo comienza a expresar en acciones sus impulsos hostiles y

empieza a perder el control firme con la realidad. Al principio sus ideas delirantes son limitadas, pero posteriormente se vuelven numerosas y variables. Por otra parte, durante las primeras etapas, el carácter de dichas ideas delirantes suelen indicar con mayor claridad cuáles son las particulares necesidades o experiencias psicológicas que el individuo satisface por medio de su trastorno. Algunos comentarios del paciente pueden revelar fragmentos de sus preocupaciones. Las tendencias repudiadas se proyectan en forma paranoide, las ideas delirantes de persecución son las más notables, pero no son raras las ideas expansivas y las que obviamente satisfacen determinados deseos, así como las ideas delirantes hipocondríacas y depresivas. Conforme se desorganiza más la personalidad, las creencias anormales se vuelven lógicas. El enfermo usa palabras inapropiadas o neologismos. Se siente sujeto a vagas fuerzas mágicas y sus explicaciones se vuelven extremadamente imprecisas e irracionales. La fantasía imaginativa puede volverse exagerada y a adquirir el valor de la realidad. Las tendencias agresivas reprimidas pueden liberarse en forma de una gran explosión; algunos paranoides que se expresan mal pueden poner de manifiesto una impredecible agresividad física.

Muchos esquizofrénicos paranoides son irritables, se sienten descontentos, son rencorosos, sospechan de los demás con un sentimiento asociado de ira, y muestran una aversión furiosa a que se le entreviste. Algunos manifiestan una actitud hostil y agresiva que hace imposible acercarse a ellos, y viven en un amargo alejamiento.

Habitualmente se presentan alucinaciones auditivas y lo más frecuente es que sean de naturaleza amenazante o acusadora. El paciente puede mostrar diversos grados de tensión y estar sujeto a brotes de rabia que aparentemente no puede controlar. Conforme progresa la desorganización de la personalidad, las respuestas afectivas se aplanan cada vez más. Son comunes la apatía, los amaneramientos y la incoherencia. En general la esquizofrenia paranoide puede considerarse como reacción de tipo proyectivo, regresivo y defensivo. Así como se ha atribuido el origen de la conducta catatónica a actitudes, demasiado críticas del padre y la madre: ^{14/}

1.2.5 Evolución y pronóstico de la esquizofrenia.

Aunque el principio de la desorganización esquizofrénica obvia, a menudo ocurre en forma súbita, si se examina con cuidado la historia del desarrollo del paciente, se encontrará que a menudo ha ha-

^{14/} C. Kolb, Lawrence, op.cit., pp. 405-409.

bido signos de alteración en la personalidad desde varios años atrás. Lo más frecuente es que el diagnóstico se haga cuando los pacientes ya no pueden adaptarse a la alteración progresiva de la conducta, que se ha agravado en forma insidiosa durante varios años.

Aunque tal vez sea mejor considerar a la esquizofrenia como un tipo especial de desadaptación, que habitualmente tiende a ser progresiva y que, por lo tanto, debe mirarse con cierta aprensión, no en todos los casos se presenta como desenlace una desorganización permanente de la personalidad. En efecto, muchos autores que estudian de cerca la esquizofrenia, opinan en la actualidad que el tipo de trastorno agudo y claramente psicógeno a veces desaparece sin dejar daño en la personalidad. Antes, en la definición de la enfermedad se implica su naturaleza y su evolución progresiva, y un desenlace favorable se interpretaba como una posible señal de error en el diagnóstico. Desde luego, el hecho de que aparezca una reacción obviamente esquizofrénica debe hacer que el médico tenga mucho cuidado al predecir si se prolongará o no una adaptación siempre tipo inferior. También en años recientes se ha reconocido cada vez más que la naturaleza episódica de una psicosis y la aparición de intervalos asintomáticos no excluye el diagnóstico de esquizofrenia.

A veces el médico observa en episodios esquizofrénicos de naturaleza moderada y fugaz que no vuelve a presentarse. En muchos casos, sin embargo, el desenlace favorable debe definirse como "recuperación social" más que como una "cura" o recuperación completa. Con ésto se quiere decir que el paciente regresan a menudo a su ambiente social previo y a sus ocupaciones anteriores o a una equivalente de las mismas, pero con síntomas y signos menores, con irratibilidad, timidez o superficialidad en las respuestas afectivas.

Por lo tanto, lo que se ha dicho, es evidente que en cualquier caso dado es bastante incierto el efecto que sobre la personalidad y la adaptación futura ejercerá la aparición de una reacción esquizofrénica.

De los pacientes confinados que mejoran lo suficiente para ser dados de alta, cerca del 80 por ciento abandona el hospital en el primer año de tratamiento. Las posibilidades de recuperación disminuyen en cada año que se prolonga la hospitalización continua. A grandes rasgos, más o menos una tercera parte de los pacientes que se hospitalizan durante el primer año de su enfermedad, logra una recuperación bastante completa, otra tercera parte mejora y están capacitados para reincorporarse a la vida exterior, pero su

personalidad sigue dañada y es posible que tenga que reingresar periódicamente al hospital. La tercera parte restante requiere cuidado hospitalario indefinido. La introducción de los tratamientos farmacéuticos modernos no ha producido una reducción en el número de pacientes esquizofrénicos que requieren cuidado hospitalario y cuya enfermedad sigue un curso crónico.

Este hábito de diferencias las esquizofrenias según el curso de la enfermedad, ha hecho que se tienda a separar el padecimiento en "grupos en proceso" y "grupos reactivos". En los primeros se incluyen los pacientes que habitualmente muestran un curso persistente, crónico y desorganizado, y, rara vez, o nunca, logran adaptarse a la sociedad.

La edad en que se inicia el padecimiento no tienen importancia para el pronóstico, excepto que los casos de edad relativamente mayor, tienen un pronóstico menos favorable. El sexo tampoco tiene importancia para el pronóstico. Puesto que el principio de la enfermedad en la adolescencia parece a veces ocurrir después de que se pierde una amistad, se hizo un estudio para examinar relaciones, y se encontraron datos que sugieren que un índice del pronóstico para el adolescente esquizofrénico es la multiplicación y la calidad de sus amistades. Se ha encontrado que los que evolucionan hacia

el deterioro y la hospitalización crónicos, tienen muy pocos amigos adolescentes, o no los tienen en absoluto. Tales amistades rara vez duran mucho y si algo las interrumpe, pocas veces se reemplazan. Habitualmente el amigo es mayor o mucho más joven, y la interacción entre el paciente y el amigo es poco frecuente y se limita a una sola forma de actividad.

La inteligencia o la educación previa del paciente no influyen sobre el pronóstico. Los individuos con aspiraciones personales elevadas suelen evolucionar mal.^{15/}

1.2.6 Diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico de la reacción esquizofrénica, el médico debe prestar especial atención a la calidad del contacto interpersonal, así como la organización perceptual y cognitiva de la personalidad del paciente. En el contacto será importante observar si el individuo parece estar a gusto en la entrevista, si es capaz de establecer con el examinador un contacto con tonos efectivos, y si es capaz de mantener su atención y concretarse. Como si una organización esquizofrénica, el médico notará si de pronto el enfermo incluye comentarios o frases fuera de lugar, o si presenta bloqueo en

^{15/} Ibidem., pp. 417-419.

el intercambio: Será importante determinar si hay signos de que el paciente tiene dificultades para distinguir una persona de otra y para mantener una constancia afectiva, si tiende a demostrar expresiones francas de odio, amor y falta de confianza o dependencia, y si transfiere o condensa, en personas con quienes tienen una relación actual, los rasgos de individuos que fueron importantes en su pasado. El enfermo tal vez revela problemas para distinguir percepciones auditivas y visuales, y para evaluar cuál es el papel sexual que debe desempeñar y cuáles son sus percepciones del pensamiento resulten ser demasiado concretos, con una habilidad conceptual deficiente. La desorganización de los elementos percibidos y del pensamiento, bajo la forma de experiencias alucinatorias e ideas delirantes extravagantes, sin que se altere el sensorio, surgirá fuertemente el diagnóstico de esquizofrenia; a menudo es difícil determinar si existe o no tal combinación. La sensación general durante el examen tal vez provoque en el médico una extraña reacción subjetiva, que a veces recibe el nombre de "sensación de demencia precoz".

En ocasiones se observan semejanzas desorientadas entre la esquizofrenia y las psiconeurosis y entre la esquizofrenia y otras psicosis biogénicas graves, especialmente la maníaco depresiva, pero

rara vez entre la esquizofrenia y los trastornos mentales orgánicos. Por otra parte, también es dudoso si existen o no un lincero definido entre las reacciones psiconeuróticas y las reacciones esquizofrénicas. En ocasiones es muy difícil distinguir entre los trastornos esquizofrénicos de la personalidad y los trastornos del psicópata o del neurótico de carácter anormal. Hay que ser muy cauteloso al declarar que un síntoma aislado es un signo concluyente de esquizofrenia, al evaluar un síntoma debe examinarse con gran cuidado al marco clínico dentro del cual se presenta. Tampoco hay que dar gran importancia al desenlace cuando se determine el diagnóstico.

Durante la primera etapa de la esquizofrenia, puede ser difícil diferenciarla de la neurosis obsesiva. A veces las reacciones esquizofrénicas resultan de la liberación de impulsos primitivos que previamente se habían controlado gracias a síntomas obsesivos. En la esquizofrenia habitualmente hay más tendencia a rumiar la idea y menos tensión que en la neurosis obsesiva, ya que el paciente que sufre de esta última se resiste de manera intensa y consciente a sus obsesiones y compulsiones, resistencia que falta en el esquizofrénico, puesto que a él le provoca mayor molestia dichos síntomas.

Es frecuente que uno de los diagnósticos diferenciales más difíciles en los trastornos mentales, sea el que se establece entre esquizo-

frenia y psicosis maníaco-depresiva. Sin duda ésto resulta, al menos en parte, de que muchos enfermos no son esquizoides puros o tipos sintónicos puros, sino que presentan aleaciones en su personalidad, que se caracteriza por rasgos mezclados. Podía señalarse que el principio de la esquizofrenia tiende más a ser insidioso, que la excitación en la esquizofrenia es con más frecuencia de tipo paroxístico, mientras que la del maníaco es más prolongada, y que el estado de ánimo del esquizofrenico rara vez posee la cualidad de ser contagioso, como en el maníaco depresivo. Las ideas delirantes del esquizofrénico deprimido son más grotescas que las del maníaco-deprimido; el esquizofrénico, además, se angustia menos ante ellas. Los comentarios ilógicos y afirmaciones incongruentes sugieren esquizofrenia.

La dificultad para diferenciar estos trastornos surge principalmente durante las primeras etapas de la esquizofrenia. Al repetirse los episodios se vuelve más aparente la naturaleza esquizofrénica, antes dudosa de todos los síntomas; como consecuencia deja de existir la confusión con la sintomatología maníaco-depresiva. Rara vez sucede que una psicosis que aparece ser esquizofrénica en sus primeras etapas, muestra en forma subsecuente ser una reacción de tipo maníaco-depresivo. Lo contrario, en cambio, sucede a menu-

do. No obstante, existen muchos casos de trastorno mental cuyos episodios recurrentes muestran en forma continua una mezcla de síntomas esquizofrénicos y síntomas de tipo afectivo, especialmente de presión y angustia.

En las desorganizaciones esquizofrénicas agudas, es importante hacer el diagnóstico diferencial respecto a un síndrome cerebral agudo o reacción delirante. El esquizofrénico habitualmente presenta un sensorio claro. Cuando se examina el estado mental del paciente, se le encuentra orientado en todas las esferas; su fondo de información, su capacidad para calcular y sus funciones anímicas, así como su capacidad para retener información, están intactas.

Para diagnosticar ésto es necesario examinar al enfermo con paciencia e indulgencia. No obstante, en nuestros días, con el aumento del uso de las drogas, en especial los alucinógenos, los barbitúricos y otros hipnóticos, las anfetaminas y el alcohol, muchos esquizofrénicos jóvenes llegan al médico con los síntomas de un síndrome cerebral agudo. Sólo hasta que han desaparecido los síntomas de este trastorno, gracias al tratamiento, es posible juzgar con certeza si existe o no la psicopatología subyacente principal; es decir, la esquizofrenia. En estos casos, la tarea terapéutica inmediata es tratar el delirio tóxico; la siguiente es reconocer y tratar el pro-

ceso esquizofrénico.

No suelen haber dificultades para distinguir entre la esquizofrenia y la epilepsia, excepto en el caso de ataques psicomotores asociados a focos convulsivos del lóbulo temporal. No obstante, en ocasiones el esquizofrénico sufre de ataques epileptiformes o sincopales que, ante el observador sin experiencia, pueden sugerir fuertemente el diagnóstico de epilepsia. En ese caso, hay que investigar con cuidado qué apareció primero, las crisis o los síntomas mentales, y hay que observar la naturaleza de las crisis; en la esquizofrenia los ataques carecen del tipo definido y del trastorno genuino en la conciencia, propios de la epilepsia. Una historia clínica cuidadosa y un electroencefalograma, deben ser suficientes para hacer el diagnóstico adecuado.

Las psicosis del adolescencia no pertenecen a una clasificación especial que les corresponda; sin embargo, su capacidad para variar en duración, intensidad y forma, con frecuencia hace que sea difícil diagnosticarla. En el adolescente el médico puede observar, en forma alternada, fases de angustia, trastornos en la conducta, trastornos afectivos o esquizofrenia. En retrospectiva, se encuentra que la vagancia y otras formas de conducta delincuente precedieron el prinpio de un trastorno que posteriormente se diagnostica como esqui-

zofrenia. El adolescente esquizofrénico suele mostrar una respuesta emocional más viva que la habitual en el adulto, con menos incongruencias en el afecto.

El énfasis sintomático en la esquizofrenia del adolescente habitualmente se sitúa en retraimiento respecto a la sociedad, trastornos en la actividad, en el interés y en el habla, y en peculiaridades de los modales. Hay que reconocer, sin embargo, que no siempre es fácil diferenciar los trastornos emocionales de la adolescencia y la esquizofrenia incipiente. Este período de la vida normalmente es de crisis e inestabilidad emocional. Gran parte de lo que en una edad mayor se consideraría patológica, puede en esa etapa de la vida, ser simplemente una exageración temporal de las tendencias normales. El adolescente, con las preguntas que se hace a sí mismo y el perturbador sondeo que hace en su propia alma, puede verbalizar el desequilibrio de sus emociones y sus impulsos, sin ser esquizofrénicos. No es raro encontrar desadaptaciones del adolescente en individuos con personalidad tímida y retraída, con sentimientos de incompetencia e inferioridad, con evidentes conflictos internos y con tensiones familiares, en especial ante uno de los padres. La mala socialización, la falta de motivación, el rumiar un sentimiento de inferioridad, pueden ser simplemente signos de un

retardo en la capacidad para integrar los nuevos impulsos coercitivos emocionales y las nuevas experiencias de la adolescencia. Tales síntomas, sin embargo, pueden ser los que llamen la atención del psiquiatra hacia un cuadro incipiente.

Hay que diferenciar entre la esquizofrenia de la niñez y las formas de la debilidad mental, otros trastornos cerebrales crónicos de los primeros años, las neurosis graves de la niñez, los trastornos de la conducta y los trastornos familiares del sistema nervioso autónomo. En estos casos la historia clínica, el estado físico del paciente, los datos bioquímicos y electroencefalográficos y las respuestas a las pruebas psicológicas servirán para distinguir los diversos padecimientos. ^{16/}

1.2.7 Tratamiento.

El tratamiento de la esquizofrenia ha sido profundamente modificado por la quimioterapia. La acción de los medicamentos es compleja y se puede decir que aún no está bien analizada, ni en el plano bioquímico ni en el de la acción terapéutica. En efecto, una de las lecciones del empleo de los medicamentos es que éstos modifican la

16/ Ibidem., pp. 421-424.

relación terapéutica al mismo tiempo que los síntomas. El tratamiento psicosocioterapéutico de la esquizofrenia, se ha tornado mucho más accesible, gracias a los medicamentos, al mismo tiempo es difícil de precisar en qué proporción los progresos innegables de la acción psicológica vienen determinados, a su vez, por la acción de los medicamentos. La distancia del enfermo a los miembros del equipo que lo cuida se ha aminorado. Las reacciones de miedo y de hostilidad no sólo han disminuido en el enfermo.

La quimioterapia: los medicamentos actúan sobre la organización fisiopatológica de la enfermedad. Diferenciaremos el tratamiento de ataque, que suele tener lugar en ambiente hospitalario, coincidiendo con la efervescencia delirante, en las formas juveniles y en los brotes evolutivos; y el tratamiento de sostén, que se realiza durante las fases de remisión, que son al mismo tiempo las fases de organización de la vida autística, como ya hemos dicho; la aparición de los neurolépticos de acción retardada son un progreso de gran ayuda para el tratamiento de estas últimas fases.

Para el tratamiento de ataque, la elección del neuroléptico suelen basarse en la prevalencia de determinados síntomas; cuando predomina la angustia, la despersonalización y la agitación expansiva moderada están más indicados los neurolépticos: clorpromacina (lar

gactil), levomepromacina (sinogán), tioridacina (melleril), cloriticina (etumina). Si la agitación alcanza el nivel excitomaníaco, se administrarán los neurolépticos más incisivos: haloperidol (haloperidol) y tioproperacina (majepil). El haloperidol es considerado generalmente como el más activo cuando predominan las alucinaciones. El delirio paranoide justifica a menudo la asociación de un neuroléptico incisivo con un medicamento sedante como la cloropromacina. En las formas "frías" en las que predomina el estado deficitario y un contenido delirante pobre, suelen elegirse neurolépticos incisivos asociados a un antidepresivo. Las asociaciones de medicamentos son frecuentes; algunas son necesarias para la corrección de los trastornos secundarios producidos por los neurolépticos más potentes; utilizándose en estos casos los antiparkinsonianos en formas sistemáticas; en otros casos, los efectos depresivos de los neurolépticos imponen la adicción de un antidepresivo como la imipramina. Otros tipos de asociaciones vienen determinados por los hábitos terapéuticos particulares de cada psiquiatra.

Pero los medicamentos no son solamente activos en los brotes evolutivos de la esquizofrenia, también permiten controlar la actividad delirante residual y es aquí donde han permitido el progreso más importante.

Pero cualquiera que sean los medicamentos dados, la condición más importante y con frecuencia la más difícil de realizar es la regularidad y la continuidad de un tratamiento que siempre debe perseguir durante varios años. Es bastante habitual que el esquizofrénico sienta tendencias a considerar con desconfianza, si no con hostilidad, la terapéutica farmacológica. Aquí hay que señalar la importancia capital de una buena relación médico-enfermo y médico-familiar del enfermo para la observación estricta (y la ejecución a largo plazo) de la prescripción medicamentosa. Las dosis de sostenimiento pueden ser reducidas, tras la estabilización o más exactamente tras la remisión; pero deberán ser inmediatamente aumentadas en caso de inminente recaída; a veces el psicótropo deberá ser sustituido por otro o asociado a él. Esto nos muestra la necesidad de seguir al enfermo durante largos años, a veces durante toda su existencia, y la necesidad de una continuidad de cuidados asegurados sin interrupción por un mismo equipo médico. Una carga sólo puede ser tomada razonablemente en la mayoría de los casos por un equipo médico social bien organizado. ^{17/}

^{17/} Ey, Henry, op.cit., pp. 530-532.

1.3 La enfermera en la atención del paciente esquizofrénico.

En la relación enfermera-paciente es importante recordar que a pesar de una aparente indiferencia afectiva, a menudo muy importante, el esquizofrénico es siempre un enfermo extremadamente sensible a las actitudes, que se tienen en relación con él. Así se debe entender todo movimiento súbito del enfermo como una agitación, un acceso de cólera o un mutismo como una respuesta a lo que él cree descubrir en el otro y, principalmente, en la enfermera (incomprensión, rechazo, intolerancia, etc.).

La enfermera debe aceptar los movimientos afectivos ambivalentes del esquizofrénico, que se muestra tanto desbordante en un afecto masivo, como bloquearse en una hostilidad feroz. En cambio, debe poderle ofrecer una imagen estable y muy auténtica de sí.

El esquizofrénico tiene una enorme necesidad de reafirmarse. La enfermera debe tolerar su angustia, comprenderla, pero vigilar de no compartirla.

El contacto con la familia es importante, no sólo para evitar en el curso de la hospitalización la rotura del enfermo con su familia, sino sobre todo para hacer participar a esta última de la evolución y de los progresos del enfermo. Esta participación familiar está

básicamente establecida por las informaciones regulares intercambiadas. La hospitalización del esquizofrénico es un momento preciso durante el cual, gracias al tratamiento medicamentoso y a las intervenciones psicoterapéuticas, la relación del enfermo con los otros y notoriamente con su entorno familiar puede ser restaurada. El papel de la enfermera contribuye igualmente a que la familia se sienta implicada en el tratamiento; pero la enfermera debe siempre evitar culpabilizar a la familia.

Como el contacto con el esquizofrénico se augura particularmente difícil, la enfermera ayuda a favorecer esta relación por medio de actividades como los paseos, el juego, el dibujo, etc.

Objetivos de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: disminuir la conducta inhibitoria; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: pasar el tiempo necesario con el paciente aún cuando éste no pueda responder verbalmente que lo haga en forma incoherente. Dirigir nuestro interés y cuidado.

Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista.

Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.

Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.

Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.

Comenzar con interacciones una a una y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).

Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de éste al paciente.

Objetivos de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: aumentar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: proporcionarle en una forma sincera y con interés.

Apoyarle en todos sus éxitos-cumplimientos de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etc.

Ayudar al paciente a mejorar su alicño; auxilio 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 alicño 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.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: orientar al enfermo en la realidad.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: 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.).

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre concepto de sí mismo y el aumento externo.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es. Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de sen-

sopercepción en una forma que está apegada a los hechos. No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: ayudar al paciente a restablecer los límites del yo.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico. Evaluar la eficiencia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.

Ser sencillo, honrado y conciso cuando se habla 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 mantenerse en contacto con ellas; usar la terapia recreativa y ocupacional cuando sea apropiado.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: reafirmar 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 pueda utilizar en conductas destructivas).

Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás, en respuesta a las alucinaciones auditivas.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás.

Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta "extraña" del paciente recién llegado; dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (por ejemplo: "el paciente está muy enfermo en este momento, necesita de nuestra comprensión y apoyo").

Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentre a disposición de los otros enfermos si es que se necesita a los demás para atender al paciente recién llegado.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico: ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.

Acciones de enfermería en la atención al paciente esquizofrénico: 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 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 ayudar 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.

Al principio, no ofrecer elecciones al enfermo (¿Le gustaría participar en estas actividades?; ¿Qué le gustaría comer?) en lugar de esto, hay que encarar al enfermo en una forma directa ("Es tiempo de comer"; "levante su tenedor").

Gradualmente, en la medida que el paciente lo tolere, darle oportunidad para que acepte responsabilidades y tome decisiones personales.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico; conservar hidratación y nutrición suficiente y regularidad de los emulorios.

Acciones de enfermería en la atención al paciente esquizofrénico; permanecer alerta para satisfacer las necesidades físicas del enfermo.

Observar los patrones de alimentación y la ingestión de líquidos del enfermo; la enfermera puede llevar un registro de la ingesta y excreta así como de las variaciones del peso cotidiano.

Llevar un registro de los patrones de multorio. A menudo los tranquilizantes mayores producen estreñimiento; puede ser necesario administrar un laxante para establecer la regularidad de la función.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:
Esquizofrénico.

Establecer límites para la conducta del enfermo cuando no puede hacerlo por sí mismo (cuando la conducta interfiere con las de otros enfermos o resulta destructivo). No usar la fijación de límites para castigar al enfermo.

Disminuir los estímulos excitantes del ambiente; este paciente puede no responder favorablemente a las actividades gimnásticas, competitivas o en grandes grupos.

Percatarse de los medicamentos utilizados por razón necesaria (PRN) y las variaciones de la necesidad de los mismos. ^{18/}

1.4 Historia Natural de la Esquizofrenia Simple.

Es el estudio de la naturaleza del agente patógeno, de sus fuentes

^{18/} Shultz, J.M.; S.D. Dark; Enfermería psiquiátrica; pp. 30-33.

y distribución, de los mecanismos de reservorio y transmisión, y de su impacto en el hombre, en otras palabras, lo que generalmente se describe como la epidemiología de una enfermedad. Pero debe ir unido con el estudio del ambiente social donde vive el individuo enfermo: época histórica, clase social, sociedad global a la que pertenece.

Todos los fenómenos de la conducta, incluyendo los de las enfermedades mentales, son hechos naturales y deben, por lo tanto, estudiarse como cualquier otro objeto de investigación de historia natural. Esto requiere que se haga un intento de reconstruir la conducta del paciente, y que se desenmarañe la historia de su psicosis a la luz de la mayor información posible acerca de los factores e influencias físicas, químicas, anatómicas, fisiológicas, patológicas, sociales, psicológicas y educacionales.

Según los criterios de Leavell y Clark, se presenta el cuadro aplicado a la Historia Natural de la Esquizofrenia Simple.

(Ver anexo 1).

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1. Datos de identificación:

Nombre: J.F.O.H.
Servicios: Hombres
Fecha de ingreso: 20 de septiembre de 1984.
Edad: 16 años
Sexo: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Actualmente no trabaja ni estudia
Religión: Ateo
Nacionalidad: Mexicano
Lugar de procedencia: Coatzacoalcos-Veracruz.

2. Nivel y condiciones de vida:

Habitación:

Las características de la habitación donde vive: consta de buena iluminación y ventilación; es propia y el tipo de construcción es de tabicón, con 9 habitaciones. No tienen ningún tipo de animales.

Servicios sanitarios:

El agua la obtiene intradomiciliaria, el control de basura es por medio de camión recolector que pasa aproximadamente cada semana, a veces antes; para la eliminación de desechos ocupan el drenaje; en la colonia donde habitan consta de una buena iluminación y pavimentación.

Vías de comunicación:

No cuentan con teléfono propio, pero en la calle hay tres teléfonos públicos. Los medios de transporte que más ocupan, en orden de aparición: camión, trolebuses, metro y colectivo; en la colonia donde habitan está muy bien comunicada en este aspecto.

Recursos para la salud:

Tienen derecho al I.M.S.S. y al I.S.S.S.T.E., pero la hermana como es enfermera resuelve los problemas de salud más frecuentes y sólo asisten a consulta cuando requiere hospitalización.

Hábitos higiénicos:

Aseo: Se baña diario y en regadera, el lavado de manos lo lleva a cabo antes de tomar cualquier alimento, después de ir

al baño. El cambio de ropa lo hace diario, parcial cuando la ropa no está muy sucia y total cuando la ropa está muy sucia, el cambio de ropa interior lo realiza a diario.

Alimentación: desayuno: aunque casi no acostumbra el desayuno, cuando lo hace desayuna: leche, pan, huevos; aproximadamente a las 10 hrs.

Comida: lo acostumbra de 15:00-17:00 hrs., come carne, huevos, tortillas, frijoles, sopas, refrescos, agua simple y agua de sabor.

Cena; 20:00-21:00 hrs.; leche, pan y a veces la comida que sobró.

Eliminación:

Vesical: no hay horario fijo, refiere que las características son normales.

Intestinales: no hay un horario fijo, de vez en cuando presenta diarrea, de ahí las características son normales.

Descanso:

Acostumbra la siesta después de la comida, cuando está can-

sado o no tiene nada que hacer.

Sueño: no tiene un horario fijo, generalmente se va a dormir de las 22:00-24:00 hrs., y a veces a las dos de la mañana, porque generalmente hay programas de televisión de interés para él.

Diversiones y/o deportes:

Practica el futbol, basketbol, en la calle con sus amigos.

Estudia y/o trabaja:

Inicia a la edad de 6 años la educación primaria sin reprobar ningún año, con aceptable rendimiento. La secundaria la inicia a la edad de 13 años, reprobando dos materias en primer curso, una en el segundo curso y en el tercer año seis materias, de las cuales sólo una que es matemáticas. Sus estudios llegan a este nivel.

Trabajo:

Lo inicia a los 15 años como ayudante de carpintero por una semana, posteriormente como ayudante de albañil por dos semanas. Actualmente no trabaja.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación
Padre	no sabe	no sabe	no vive con ellos
Madre	44 años	Repostería	No sabe cuanto aporta
Hermana	28 años	Enfermera	No sabe cuanto aporta
Hermana	20 años	Centro comercial	No sabe cuanto aporta
Hermana	19 años	Centro comercial	No sabe cuanto aporta
Hermano	18 años	Ninguna	Nada
Hermana	17 años	Labores del hogar	No vive con ellos

Dinámica familiar:

Se trata de una familia de segundas nupcias por parte de ambos; el primer esposo de la madre murió, sin haber procreación; el padre se divorció de su primer matrimonio.

Familia incompleta por separación de los padres cuando el paciente tenía cuatro años, la madre se quedó con seis hijos, incluyendo al paciente, disarmónica por falta de comunicación entre los miembros, con malas relaciones con la madre e hijos y mala entre ellos.

Dinámica social:

Refiere tener muchos amigos, con los cuales se lleva bien, pero convive más con uno de ellos con el cual juegan futbol, tenis, acudían al cine, fiestas; hasta antes de su padecimiento.

Comportamiento:

No hay control de impulsos, tiene baja tolerancia a la frustración (agresión a sus familiares).

Embarazo, parto y desarrollo psicomotor:

Producto de la gesta sies a término, parto eutócico, atendido en medio hospitalario, sin problemas en el neonato o tardío. Se reporta su desarrollo psicomotor como normal.

Vida sexual:

Grado de información, experiencias, desviaciones, hábitos:
Soltero, sin recibir información sólo lo que le dicen los ami-
gos, masturbación desde la edad de los 14 años con fantasías
heterosexuales. Niega relaciones genito-genital, así como
desviaciones.

3. Problema actual o padecimiento actual:

Motivo de ingreso:

Se trata de paciente masculino de 16 años, que el día 19-IX-84 le indicaron "unas voces" que se matara, por lo cual ingiere 50 mgs. de diacepam y 500 mgs. de carbamacepina en forma impulsiva, motivo por el cual es ingresado en el Hospital General de Zona # 32, donde se procede a practicársele lavado gástrico por intoxicación medicamentosa y posteriormente es referido al Hospital Psiquiátrico San Fernando.

Antecedentes heredo-familiares:

Abuelos maternos vivos en aparente buen estado de salud. Abuelo paterno fallecido, se ignora la causa. Abuela paterna con insuficiencia venosa en miembros inferiores, se ignora edad. Padre vivo, se ignora edad, sólo es referido por la hermana que es muy agresivo. Madre en buen estado de salud. Cinco hermanos, los cuales en aparente buen estado de salud. Niega antecedentes psiquiátricos.

Antecedentes personales patológicos:

Se mencionan enfermedades propias de la infancia. A la edad de 3 meses presentó cuadro de gastroenteritis y deshidratación con internamiento de cuatro días.

Fecha y forma de principio:

Inicia aproximadamente a la edad de los 14 años con alucinaciones auditivas de tipo fonemas imperativos constantes, indicándole que mate y en ocasiones que diga groserías.

Evolución:

A los 14 años inicia con movimientos anormales en extremidades superiores e inferiores en forma ocasional que pueden ser controlados en forma voluntaria, agresividad verbal y amenaza física con un cuchillo a familiares, por tal motivo le comentan el caso a un médico psiquiatra, el cual indica carbamacepina 1/4 x 3, presentando mejoría. Además, presenta pérdida en el interés por sus estudios, abandona la escuela. Asimismo, en su vida laboral sólo ha permanecido una o dos semanas en el trabajo. Descuido en su arreglo personal y apatía por sus relaciones sociales. Un año y medio después se le observa nuevamente agresivo llegando a agredir en

una ocasión a su madre, siendo detenido por su hermana. Reiniciándose tratamiento, pero el paciente no las toma en forma regular, teniendo errores de conducta, como es salirse de su casa a las 23:00 hrs., llegando a las 3:00 hrs., de la mañana, tomar dinero en grandes cantidades a su familia (madre y hermanas).

Estado actual:

A su ingreso se le aprecia con claridad de conciencia, atención y comprensión bajas. A la anamnesis directa no hay presencia de alteraciones del tipo de las alucinaciones auditivas imperativas (presentes desde los 14 años).

Examen psiquiátrico:

Sujeto masculino de edad aparente a la cronológica, íntegro de constitución y talla media, viste ropa de hospital, marcha eubásica, coopera pobremente al interrogatorio, su lenguaje es emitido en tono de voz baja, pobre en inflexiones, adecuadamente modulado, con fallas en la continuidad, suspendiéndolo bruscamente éste. El pensamiento se aprecia globalmente lentificado y por momentos parece bloquearse. El contenido se centra en deseos de ser externado a la brevedad. Es posible la existencia de trastornos primarios del pensar, refiere lo que parece ser pensamiento sonoro, pero en el

momento de la entrevista no están presentes. Presenta distrabilidad importante, comprensión disminuida, posiblemente como consecuencia a la poca atención. Lo anterior matizado por una importante componente de ansiedad.

Evolución intrahospitalaria:

Paciente adolescente que durante su estancia en el hospital (16 días de internamiento), en los primeros días se muestra tranquilo, sin problemas de manejo, no manifiesta ideas delirantes ni alucinaciones, bien orientado, cooperador, signos estables, come y duerme bien.

Se solicita estudio de electroencefalografía.

Al quinto día de internamiento intenta fugarse por una ventana refiriendo que ya no quiere permanecer ahí, se le indica aislamiento. Posteriormente es instalado en su cuarto más tranquilo y refiriendo que ya no la va a intentar.

El paciente sigue evolucionando tranquilo, cooperador, participa en terapia, no presenta ideas delirantes ni alucinaciones. Se programa su alta para el día 5 de octubre de 1984.

Durante su estancia se manejó con:

Haloperidol	5 mgs.	VO	1-1-1
Biperiden	2 mg.	VO	1-1-1
Carbamacepina	200 mg.	VO	$\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$
Diacepam	5 mg.	VO	1-1-1

Examen de gabinete:

27-IX-84

Tipo: Electroencefalografía.

Observaciones:

El trazo muestra bajo voltaje en regiones anteriores con ritmo de 13 ciclos por segundo y de 8-9 ciclos por segundo en regiones posteriores, entremezclado presenta ritmo 6-7 ciclos por segundo durante la hiperventilación, no hay paroxismo. Trazo dentro de límites normales.

Examen neorológico:

Normal.

Las pruebas psicológicas que auxilian al diagnóstico son: los inventarios de la personalidad y las técnicas proyectivas:

Inventario de personalidad: el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota. (MMPL):

Los inventarios de personalidad incluyen muchos y diversos enunciados o preguntas a los que el sujeto tiene que reaccionar o responder de una manera particular. Su tarea podría consistir en decidir si una serie de proposiciones es o no una descripción fiel de él mismo. Tiene que responder "verdadero" o "falso" a una serie de preguntas acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea.

Actualmente es de gran uso el inventario de personalidad MMPI.

El MMPI consta de nueve escalas clínicas relacionadas con nueve diferentes grupos de desórdenes clínicos. Las escalas y sus abreviaturas son las que siguen: Hipocondria (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-femenidad (mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (E) e Hipomanía (Ma).

La principal aplicación clínica del MMPI es la del diagnóstico diferencial que sirve para decidir cómo clasificar un caso en particular. Al tomar decisiones diagnósticas el usuario del MMPI no debe aficionarse a interpretar únicamente las puntuaciones de las es-

calas individuales, si no los patrones de puntuación de un perfil particular. Por ejemplo, no deberá suponer que una puntuación elevada en la escala de esquizofrenia indicará la presencia de este padecimiento. Otros grupos de psicóticos pueden mostrar también puntuaciones elevadas conforme a esta escala y los esquizofrénicos tener puntuaciones altas en otras.^{19/}

Las técnicas proyectivas: el test de Apercepción Temática TAT.

Una técnica proyectiva se ha definido como un instrumento al que se considera especialmente para describir aspectos ocultos o inconscientes de la conducta o para alentar una extensa variedad de respuestas de parte del sujeto, tiene muchas dimensiones y produce datos de respuestas inusitadamente ricos y profusos, y el sujeto casi no se da cuenta de la finalidad del test. Además, muy a menudo es cierto que el material de estímulo presentado por los test proyectivos es ambiguo, que sus intérpretes dependen del análisis holístico, que el test evoca respuestas fantasiosas, y que no tienen respuestas correctas o incorrectas.

El test de apercepción temática (TAT) recurre a estímulos ambiguos a lo que el sujeto responde libremente. El test consta de treinta grabados acromáticos y de una tarjeta en blanco, y se le presentan

^{19/} G. Sarason, Irwin, Psicología anormal, pp. 166-170.

al sujeto uno por uno. Se le pide que describa cada grabado y que indique los acontecimientos que llevaron a la escena que ahí se desarrolla y también los acontecimientos que surgirán después. Se le pide también que escriba los pensamientos y los sentimientos que experimentan la gente que participa en su historia. La interpretación clínica de una historia TAT comienza por lo regular con un es fuerzo por determinar quién es el héroe, el personaje con quien el sujeto parece identificarse. El contenido de las historias se analiza a menudo en términos del sistema de necesidad-presión de Murray. Las necesidades son los motivadores internos del héroe. Las presiones son las fuerzas ambientales que pueden facilitar o interferir con la satisfacción de las necesidades (por ejemplo), los ataques físicos al héroe, los rumores que se esparcen en torno a él. Al evaluar la importancia o la fuerza de una necesidad o una presión, en particular, para el individuo, se concede especial aten ción a la frecuencia y a la intensidad con que una y otra ocurren en historias diferentes. Los análisis clínicos del TAT comprenden, por lo regular, prestar atención a variables como la conducta del sujeto en la situación de prueba, las características de sus emisio nes vocales, el tono emocional de sus historias, sus clases de fan tasías, los resultados de sus historias y las necesidades conscien-

tes e inconscientes del individuo. ^{20/}

4. Diagnóstico de Enfermería:

Se observa adolescente (18 años), masculino, consciente, tranquilo, con buena coloración de tegumentos; vistiendo ropas de hospital, de complexión delgada, íntegro físicamente, de constitución y talla media, alfiado; orientado en las tres esferas: tiempo, lugar y espacio.

Enviado del Hospital General de Zona # 32, donde se le realizó lavado gástrico por ingestión de medicamentos a grandes dosis, refiriendo que "unas voces" se lo indicaron.

Antecedentes de importancia es el alto grado de agresividad, ya que ha amenazado con un cuchillo a un familiar y ha golpeado a su ma má; así como presenta movimientos anormales en extremidades su periores e inferiores en forma ocasional, por este motivo se le in dica carbamacepina con la que presenta mejoría, pero el paciente no las toma en forma regular, por tal motivo vuelve a recaer nue vamente.

Al interrogatorio lo encontramos en su cama, con una posición li gremente escogida, se muestra accesible, cooperador, aunque su

20/ Ibidem., pp. 177-178.

lenguaje es emitido en tono de voz baja, dando respuestas pobres a base de monosílabos y frases entrecortadas, se percibe cierta desconfianza, dice -porque se le hacen tantas preguntas y si las contestaciones que de serán agregadas al expediente clínico-. se muestra angustiado, preguntando constantemente -cuando saldrá del hospital, de quien depende, y qué conducta debe tomar para que pueda ser egresado lo más pronto posible-. Tal vez para que el pueda manipular al personal, adoptando las conductas que más le pueda convenir. Se le observa también distraído, ya que cualquier ruido o personas que pasan por el pasillo llaman su atención.

Plan de Atención de Enfermería:

- | | | |
|-----|-------------------|--------------------------|
| 1.1 | Nombre: | J.F.O.H. |
| | Sexo: | Masculino |
| | Edad: | 16 años |
| | Fecha de ingreso: | 20 de septiembre de 1984 |
| | Cama: | 108 |
| | Servicio: | Sección hombres |
- 1.2 Diagnóstico médico: Esquizofrenia simple.
- 1.3 Diagnóstico de Enfermería:

Se observa adolescente (18 años), masculino, consciente, tranquilo, con buena coloración de tegumentos; vistiendo ropas de hospital, de complexión delgada, íntegro físicamente, de constitución y talla media, aliñado; orientado en las tres esferas: tiempo, lugar y espacio.

Enviado del Hospital General de Zona # 32, donde se le realizó lavado gástrico por ingestión de medicamentos a grandes dosis, refiriendo que "unas voces" se lo indicaron.

Antecedentes de importancia es el alto grado de agresividad, ya que ha amenazado con un cuchillo a un familiar y ha golpeado a su mamá; así como presenta movimientos anormales en extremidades superiores e inferiores en forma ocasional, por este motivo se le indica carbamacepina con la que presenta mejoría, pero el paciente no las toma en forma regular, por tal motivo vuelve a recaer nuevamente.

Al interrogatorio lo encontramos en su cama, con una posición libremente escogida, se muestra accesible, cooperador, aunque su lenguaje es emitido en tono de voz baja, dando respuestas pobres a base de monosílabos y frases entrecortadas, se percibe cierta desconfianza, dice: "porque se le hacen tantas preguntas y si las con-

testaciones que dé serán agregadas al expediente clínico", se muestra angustiado, preguntando constantemente "cuándo saldrá del hospital, de qué depende y qué conducta debe tomar para que pueda ser egresado lo más pronto posible". Tal vez para que él pueda manipular al personal, adoptando las conductas que más le puedan convenir. Se le observa también distraído ya que cualquier ruido o persona que pasan por el pasillo llama su atención.

1.4 Objetivo general:

Restaurar la salud en el menor tiempo posible con las menores secuelas, para reintegrarlo a su vida social, siendo una persona autosuficiente y productiva de acuerdo a sus propias características de personalidad.

Objetivo específico:

Proporcionar un ambiente terapéutico al enfermo durante su estancia en el hospital.

Disminuir la angustia, miedo y desconfianza del enfermo, como parte de su tratamiento.

Estructurar un plan de atención de enfermería, buscando adecuar la terapia recreativa-ocupacional al paciente.

1.5 Desarrollo del Plan.

1.5.1 Problema: Angustia.

Manifestación del problema:

Facies de angustia

Intento de fuga.

Razón científica de la manifestación del problema:

El hogar es la fortaleza del hombre y aún cuando la enfermedad lo convierta en "paciente" mientras está en su hogar se siente dueño de sus derechos y privilegios y puede insistir en ser tratado a su manera.

Pero el paciente sufre cambios importantes cuando es trasladado de su casa a un hospital. Mientras en su domicilio conservaba todos los accesorios que le daban la sensación de ser útil y de bastarse a sí mismo, en el hospital se le despoja de su equipo.

Es más, en su domicilio todo lo que le rodeaba le era familiar y le proporcionaba una sensación de seguridad mientras que el ambiente del hospital es diferente, extraño e inquietante y más si es un hospital psiquiátrico donde se va a encontrar con diversas con-

ductas. A esta impresión general debe añadirse el temor que el paciente puede sentir de que algo muy serio le va a acontecer, ya que ha sido necesario hospitalizarlo.

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente se caracteriza por un afecto de incertidumbre e importancia ante una amenaza que no es percibida de todo o que lo es en forma vaga e imprecisa.

Fisiológicamente implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endócrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo.

Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la orgánica, debe de situársela desde un punto de vista biológico, entre las defensas de que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son disruptivos para su organización.

Acciones de enfermería:

Ministrar ansiolíticos.

Vigilar efectos indeseables de los ansiolíticos.

Presentarse con el paciente

Explicar los procedimientos y hábitos en forma comprensiva para el enfermo.

Relacionarse con el paciente.

No aumentar innecesariamente la ansiedad.

Razón científica de las acciones de enfermería:

Estos fármacos calman la ansiedad y, a dosis adecuadas, no producen somnolencia excesiva ni interfieren con las labores ordinarias; no deprimen la corteza cerebral y su acción se ejerce sobre estructuras subcorticales, modificando las funciones hipotalámicas. A dosis adecuadas tienen efecto hipnótico; su uso prolongado puede provocar dependencia.

Los efectos secundarios indeseables tenemos la somnolencia diurna, ataxia, lentitud en las respuestas motoras complejas, aumento del apetito; en ocasiones disminución de la libido.^{21/}

Razón científica de las acciones de Enfermería:

Como las primeras impresiones son por lo regular intensas y no fáciles de borrar, es particularmente importante que el paciente y las que estén con él reciban toda clase de atenciones, y que al llegar a

^{21/} Sector Salud; op.cit., p. 426.

la institución, el enfermo recibe un servicio médico eficiente. Y además, si se le dedica de media a una hora al paciente recién admitido se logrará comunicar al paciente un sentimiento de confianza.

A muchas personas les complace estar enteradas de lo que va a sucederles en una determinada situación, y los enfermos mentales no constituyen la excepción. Hay que explicar siempre lo que se hace y por qué se hace, pero con la precaución de limitar la explicación en razón de los síntomas del enfermo. El propósito de la explicación es reducir la ansiedad en la medida de lo posible, preparando al enfermo para lo que va a suceder. Hay que evitar sobrestimar la capacidad de comprensión del enfermo; pero nunca se omitirá la explicación.

"La relación terapéutica supone que una persona (el paciente) tiene necesidades de ayuda y lo solicita, y la otra persona (la enfermera) puede y desea prestar dicha ayuda. Consiste en una serie de acciones mutuas entre estas dos personas, la enfermera y el paciente, que los conduce en la dirección de una mayor salud y felicidad. Es por necesidad una experiencia humana, individual y muy personal. Estamos convencidos de que una persona no puede ayudar a otra si no lo cuida lo suficiente para arriesgar su participación personal y su interés, y si no ha experimentado la ayuda en alguna forma.

La enfermera se relaciona con el paciente en un solo intercambio o una serie de interacciones o en contacto prolongado, pero la relación casi siempre supone algo de una naturaleza altamente personal, crítica e importante.

En cualquier interacción la enfermera satisface las necesidades del paciente y aumenta sus sentimientos de comodidad, seguridad y bienestar, o no lo logrará. La forma en que se relacione con el paciente, es pues, útil o perjudicial y constituye la base de su eficacia como enfermera. Una útil relación entre enfermera y paciente puede caracterizarse por su aceptación, honestidad, comprensión y fe". ^{22/}

"El uso inmediato de términos médicos y psiquiátricos ante el enfermo suele causar ansiedad. En el mismo sentido, una conversación descuidada, en lugares donde haya pacientes que puedan escucharla, podría despertar ansiedad.

Nunca se llamará la atención de los enfermos acerca de sus defectos, incapacidades, peculiaridades o insuficiencias. Si algún paciente los menciona, hay que aceptarlos con calma y sin crítica. Enfocar la atención sobre los puntos débiles del individuo aumenta su

^{22/} Irving, Susan; Enfermería psiquiátrica, pp. 2-3.

ansiedad. En toda relación interpersonal, es regla prudente concentrarse sobre los aspectos positivos del individuo.

La falta de sinceridad también despierta ansiedad, por cuanto hace que el paciente quede en un estado de duda respecto a lo que puede esperar y de incertidumbre en cuanto a su situación. Como los enfermos propenden a integrar los elementos de la experiencia que confirman la mala opinión que de ellos mismo tienen, serán expuestos a interpretar la falta manifiesta de sinceridad como una tentativa de ocultar opiniones desagradables respecto a ellos.

Las amenazas, las órdenes secas y la indiferencia a las reacciones del paciente, no tienen lugar en la asistencia a los enfermos mentales, como, por lo demás, tampoco lo tienen para tratar a enfermos de ninguna clase o amenaza, órdenes bruscas e indiferencia, son causas de ansiedad".^{23/}

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo, trabajo social.

Evaluación:

Cuando ingresó J.F. se le observaba angustiado, quería salir de

^{23/} Matheney V., Ruth; op.cit., pp. 89-90.

ahí inmediatamente, parecía que tenía miedo pues no salía de su cuarto.

Ante todo nos presentamos con él, explicándole cuales eran nuestras funciones y las del equipo interdisciplinario, también se le presentó a sus compañeros de cuarto para que venciera ese miedo y pensara que ellos podrían dañarlo o agredirlo.

Se pensó que se había logrado disminuir la ansiedad pero no fue así, ya que al quinto día de internamiento intentó fugarse, motivo por el cual fue encerrado en un cuarto, posteriormente se habló con él, manifestándonos que lo intentó porque ya no quería permanecer más ahí.

Por tal motivo se reforzó la vigilancia y se le mantuvo ocupado jugando con sus compañeros y con el mismo personal. Logrando que desistiera de la idea de fugarse, para que permaneciera el tiempo necesario para continuar con el tratamiento establecido.

1.5.2 Problema: Disgregación mental.

Manifestación del problema:

Alucinaciones auditivas.

Razón científica de la manifestación del problema:

Las alucinaciones son percepciones que ocurren cuando no existe impulso creado por la estimulación de un receptor. No se sabe si en realidad no hay actividad de los receptores, ya que el observador casual no tiene medios de verificar esta suposición.

Las alucinaciones pueden aparecer en las enfermedades asociadas a estados tóxicos u orgánicos. Aunque en estos casos hay tal vez una irritación en los centros especiales de asociaciones conectadas con el sentido alucinado, la naturaleza del material de la alucinación está influenciado por las experiencias psicológicas del paciente.

Las alucinaciones auditivas son la forma más frecuente de trastorno perceptual. A veces las alucinaciones tienen la forma de diversos ruidos, pero lo más frecuente es que sean palabras ordenadas en oraciones más o menos completas. Habitualmente estas oraciones son comentarios acerca del paciente o dirigidos a él. A veces los comentarios son de naturaleza placentera, pero lo más frecuente es que sean desagradables, obscenas o del tipo de las acusaciones. Estos comentarios desagradables representan la proyección de los aspectos y deseos repudiados de la personalidad inconsciente, las cuales no pueden ser aceptadas en la conciencia bajo su forma

no disfrazada. Las alucinaciones que transmiten un mandato son convincentes y apremiantes, por lo que pueden conducir hacia la acción directa y peligrosa.

Acciones de enfermería:

- Administrar medicamentos antipsicóticos: haloperidol; antiparkinsonianos; biperiden.
- Vigilar efectos indeseables de los antipsicóticos.
- Vigilar al paciente
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos en la forma que le sea más cómoda, verbal y no verbal. Dejar que sepa que se le escucha y se le acepta en todo lo que trata de expresar.
- Aceptar al paciente tal y como es.
- Ser honesto con el paciente.

Razón científica de las acciones de enfermería:

Los neurolépticos, también llamados antipsicóticos, se dividen en dos grupos: 1) los derivados de la fenotiazina; 2) los derivados

de la butirofenona, de los cuales el más utilizado es el haloperidol. Sus cualidades principales son: calmar la agitación psicótica, normalizar el estado afectivo y atenuar los síntomas secundarios de las psicosis mayores (delirio y alucinaciones). Uno de sus méritos principales es que, cuando son usados a largo plazo y a dosis adecuadas, previenen recaídas en pacientes que han tenido ya un brote psicótico.

Los antipsicóticos modifican de modo efectivo los síntomas primarios y secundarios de la psicosis mayores; esquizofrenia, enfermedad maníacodepresiva y otras. Actúan sobre el sistema nervioso central, sin deprimir la corteza cerebral, respetando las funciones intelectuales superiores. Tienen efecto depresivo sobre el hipotálamo, el lóbulo anterior de la hipófisis, el sistema reticular ascendente, el lóbulo y el sistema simpático; alteran las funciones del sistema extrapiramidal.

Los efectos secundarios indeseables que tenemos en el sistema nervioso central producen síntomas extrapiramidales, parkinsonianos, rigidez, temblores, espasmos, mioclonías, distonía, disquinesia tardía, inquietud motora, ocasionalmente somnolencia y fatiga de tipo subcortical. En el sistema neurovegetativo: sequedad de la boca, congestión nasal, miosis, ambliopía y disfagia. En el aparato car

diovascular: hipotensión y taquicardia. En el respiratorio: disnea ocasional. En el digestivo: aumento de apetito, estreñimiento y náuseas. En el urinario: poliuria y polaquiuria.^{24/}

En condiciones normales, el sistema extrapiramidal funciona adecuadamente debido a la interacción que existe entre dos sistemas bioquímicos antagónicos: uno, representado por el grupo de las serotoninas y catecolaminas y el otro, por el de la acetil e histamina.

El parkinsonismo se presenta como consecuencia de una deficiencia de dopamina a nivel de los receptores D2 en los núcleos basales. La dopamina actúa como inhibidor del sistema extrapiramidal, mientras que la acetilcolina lo hace como excitador; por lo tanto el tratamiento del parkinsonismo está encaminado a restablecer colinérgico o estimulando al dopaminérgico. En el primer caso, utilizando sustancias anticolinérgicas como la belladona, el trihexifenidilo y el biperiden.^{25/}

Razón científica de las acciones de enfermería:

Observar es captar algo y estar consciente de una situación para luego interpretarla. En su sentido más amplio significa: ver, to-

^{24/} Sector Salud, Cuadro Básico de medicamentos, p. 429.

^{25/} Ibidem., p. 340

car, escuchar y oler.

La observación es un medio indispensable para crear una relación óptima enfermera-paciente. Pero la enfermera debe saber lo que se necesita observar, la forma y el momento de hacerlo, y los datos más importantes por señalar.

La comunicación es el intercambio de información por medio del oído, la vista, el gusto, el olfato y el tacto. Todo lo que un individuo hace, en definitiva representa un intento de comunicación: trabajo, alimento que ingiere, ropas que viste, saludos de manos, un guiño del ojo, una sonrisa, el aspecto de la cara o los gestos. La comunicación es esencial para poder establecer la relación óptima enfermera-paciente. Es ininterrumpida y surge en todo contacto que la enfermera tenga con el enfermo.

La comunicación puede ser verbal o no verbal. La primera utiliza palabras e incluye el lenguaje, la escritura y la lectura.

La comunicación no verbal es el intercambio de información sin el empleo de palabras y es justamente la que no expresa con ellas; incluye la expresión facial, el movimiento corporal, el tono de voz, la gesticulación y otros elementos. También se considera el llanto, la risa y los quejidos, que no utilizan palabras u otros signos.

Sin embargo, conviene señalar precauciones. Sería imprudente suponer que todo lo que el paciente dice sea verdad, hay que tomarlo con recelo y suspicacia, y como justificación para investigar y hallar el verdadero significado. Más bien la enfermera debe aceptar lo que el enfermo le señala, sin dejar de estar alerta a la posibilidad de que él quizá no tenga toda la capacidad o el deseo de expresar lo que siente realmente. Por esta razón, conviene que la enfermera observe con mucho cuidado la comunicación no verbal y escuche con atención al paciente.

El silencio suele ser parte de la comunicación no verbal, y los períodos en que reine puede tener muy diversos significados. Un enfermo puede utilizarlo como una forma de evasión; tal vez sienta temor de una exploración y permanezca callado para no expresar verbalmente su miedo,

Escuchar obliga no sólo a oír, sino a interpretar lo que se ha oído. Un buen interlocutor presta atención minuciosa a todo detalle de lo que se le dice. La persona deberá olvidarse de sí misma y concretarse en lo que la otra le dice.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de saber escuchar a los enfermos. Durante un día ocupado es fácil pensar en todo lo

que hay que hacer y no prestar atención ni escuchar al paciente.

De esta manera, pueden pasar inadvertidos muchos signos importantes del sujeto y también de lo que siente, porque la enfermera no escuchó atentamente lo que él le decía.

Muchas personas aprenden a detectar situaciones en que la otra pretende o finge escuchar. Por lo regular, pueden decir también si quien escucha está aburrido o impaciente para seguir con la plática.

Razón científica de las acciones de enfermería:

"Antes que nada, la relación entre la enfermera y el paciente debe ser de aceptación. Eso significa que la enfermera debe ser capaz de aceptar al paciente, no importa lo que diga o haga o de donde proceda, no simplemente porque es un paciente sino porque es una persona de valor y dignidad, esenciales, que merece su amor y su respeto. No significa que deba aprobar, o que pudiera aprobar todo lo que él haga. Puede que ella tenga sentimientos de desaprobación, desagrado, aún disgusto, por algunas de sus acciones. Pero es necesario que sea capaz de dominar y expresar sus sentimientos en forma constructiva, para no rechazar, castigar o ignorar al paciente. Al mismo tiempo, éste necesita saber que es una conducta esperada, apropiada y aceptable de su parte y necesita ayuda para

aprender a comportarse de tal modo".^{26/}

"Aceptar a un paciente como persona no significa sancionar o aprobar su conducta, sino dar a conocer con hechos, con la actitud, que el paciente tiene derecho a comportarse como lo hace. Pero no hay que confundir aceptación con resignación o elusión. La aceptación es un proceso activo, una serie de actos de conducta positiva cuyo fin es infundir al paciente respecto a sí mismo, como individual humano que es, y que, por ese sólo hecho, posee mérito, valor y dignidad. La aceptación se expresa en muy distintas formas: como mantener con el paciente una relación no enjuiciadora ni punitiva; expresarle directa o indirectamente interés, apreciar y remunerar los sentimientos del enfermo; hablar con él para comprenderlo; escucharlo y permitirle que exprese sus sentimientos fuertemente re²⁷tenidos."

La relación entre la enfermera y el paciente debe ser honesta. Eso significa que la enfermera debe estar genuinamente interesada en el bienestar del paciente y debe desear ayudarlo a hacer algo acerca de ello. Significa, además, que debe estar segura de que lo que dice y hace, en relación con él, concuerda con dicha clase de interés hu-

^{26/} Irving, Susan; op.cit., pp. 3-4

^{27/} V. Matheney, Ruth; Enfermería Psiquiátrica, p. 78

mano y la expresa. No hay lugar para la falsedad".^{28/}

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo.

Evaluación:

La evolución de J.F. durante su estancia en la sección fue satisfactoriamente; a la entrevista a su ingreso y la evolución que siguió intrahospitalariamente no mencionó escuchar voces que le indicaran que hiciera o adoptara cierta conducta.

Una de las cualidades principales de los antipsicóticos son atenuar las alucinaciones, medicamentos que ingirió en forma ininterrumpida y regularmente, sin haber presentado síntomas parkinsonianos, rigidez, temblores, efectos indeseables que se presentan por la ingestión de antipsicóticos.

Escuchar a J.F. fue importante, ya que de esta manera nos permitió conocer lo que sentía al estar hospitalizado, el miedo que sentía al estar en un lugar que no conocía, que posteriormente disminuyó considerablemente.

^{28/} Irving, Susan; op.cit., p. 4

1.5.3 Problema. Intento de suicidio.

Manifestación del problema:

Ingesta de medicamentos ansiolíticos y anticonvulsivos.

Autoagresión.

Razón científica de la manifestación del problema:

"El suicidio, las tentativas de suicidio y las ideas suicidas, en general se consideran signos de trastorno psicológico, aunque ésto no siempre es válido. Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte y el morir, e incluso son frecuentes los pensamientos de autodestrucción. No obstante, la preocupación obsesiva con pensamiento suicidas que se rumian y otra vez, es patológica.

Aunque muchos eventos precipitan el suicidio y muchas fuerzas lo motivan, todas las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación subyacente de carencia de afecto y amor, y un profundo sentimiento de haber sido rechazadas como personas. La tentativa de suicidio es motivada por el deseo de vengarse, por la desesperanza, o por el anhelo de reunirse con una persona muerta".^{29/}

^{29/} C. Kolb, Lawrence, Psiquiatría clínica moderna, p. 121.

De cualquier modo, debemos reconocer que el gesto suicida, la idea de suicidio, es siempre un grito de auxilio, que el personal debe responder al llamado.

Acciones de enfermería:

- Medidas preventivas para evitar el suicidio.
- Mantener un ambiente sin peligros.
- Brindarle seguridad al paciente.
- Observar al paciente para conocer los motivos de su conducta.

Las medidas preventivas incluyen la lista de objetos que podrían servir para cometer suicidio y puestos fuera del alcance del sujeto. Se le quitarán sus pertenencias y prendas de vestir, dejándosele desnudo en un cuarto aislado y bajo llave. Se le mantendrá recluido hasta que cese de expresar con palabras su intento. Todo ésto se lleva a cabo por miembros del personal bajo vigilancia continua, consistente en observar al enfermo sin ningún intento de iniciar diálogo con él. Esta forma de proceder por su carácter de castigo, favorece las tendencias autodestructoras del paciente, pues confirma el sentimiento de culpabilidad y necesidad de recibir una pena por lo que considera pensamientos o conducta "malos" como máximo, esta manera de mantener bajo control al sujeto ha de ser vista como medi-

da temporal de prevención, ya que tan luego como disminuya la vigilancia se presentará un nuevo intento con o sin éxito, pues el conflicto básico no ha sido resuelto.^{30/}

Desde luego, es necesario tomar precauciones razonables para proteger y salvaguardar tanto a los pacientes mentales como al personal hospitalario. Quizá el aspecto más importante de cualquier combinación de medidas de seguridad es un personal bien preparado e interesado, lo bastante numeroso para asegurar la atención individual y múltiples actividades terapéuticas para todos los enfermos.

Los pacientes mentales, al igual que todos los seres humanos, requieren tratamiento individual si el objetivo es que se recuperen y sean capaces de resumir un papel en la comunidad, como miembro contribuyente de la sociedad.^{31/}

Todo enfermo mental se encuentra inseguro e inquieto cualquiera que sea su comportamiento manifiesto. En consecuencia, hay que prestar atención a los pequeños y grandes que contribuyan a la seguridad del paciente. Una de las medidas más eficaces para fortalecer el sentimiento de seguridad es la estabilidad.

^{30/} J. Kyes, Joan; et.al., Enfermería psiquiátrica, p. 286.

^{31/} Mereness, Dorothy; Elementos de enfermería psiquiátrica, p. 135.

La estabilidad es útil en el comportamiento habitual, en las actividades y en las limitaciones que se imponen al enfermo. Establecer en el hospital psiquiátrico métodos estables de trabajo, sistemas estables e invariables, ayuda al enfermo, por cuanto reduce el número de decisiones que ha de tomar y le ofrece algo en que puede confiarse. La estabilidad y consecuencia en las actitudes del personal hacia el enfermo tiene profunda importancia para éste. En términos generales el paciente psiquiátrico no espera que las demás personas sean para él fuente de comodidad y consuelo. Es conveniente para él aprender, a través de experiencias repetidas día tras día, lo que puede esperar. Resultará todavía más útil para él si permanece constante y continuamente expuesto a una atmósfera de tranquilidad, aceptación y ello nada tiene de particular, por cuanto sabemos que toda la gente se encuentra más cómoda con alguien que invariablemente se manifiesta amistoso y al que no perturban nuestros defectos; sus errores ocasionales serán perdonados, pero no celebrados. La estabilidad en la actitud por parte de los elementos del personal tiene importancia, pero debe planearse en forma deliberada la estabilidad en las relaciones de persona a personas. Resulta así manifiesta la necesidad de trabajo de equipo.

Todo lo que el paciente diga o haga debe ser observado y registrado y comunicado a quienes dirigen el tratamiento. Además, para su propia información, que le permitirá planear el cuidado del enfermo, la enfermera debe aprender el significado de las actitudes de aquel, las actitudes que no ha descubierto en sí mismo y aquellas que mantiene hacia sí.

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra.

Evaluación:

Como J.F. intentó suicidarse con la ingesta de medicamentos porque unas "voces" se lo indicaron, durante su evolución se estuvo pendiente si presentaba alucinaciones auditivas que pudiera indicarle nuevamente que lo intentara, u otra forma de agresión.

Por tal motivo se tomaron las precauciones debidas para evitar que se autoagrediera. Entre ellas la principal fue que realmente ingiriera los medicamentos y así evitar que pudiera almacenarlos, otra de ellas fue la vigilancia estrecha para detectar alguna conducta sospechosa que nos indicara que intentaba autoagredirse. Tales precauciones dieron resultado, ya que J.F. no tuvo algún intento de suicidio, por el contrario, se le observó relacionarse con los de-

más pacientes, jugar dominó, cartas, pingpong, futbol y basketbol.

1.5.4 Problema. Agresividad física y verbal.

Manifestación del problema:

Baja tolerancia a la frustración.

Razón científica de la manifestación del problema:

La imposibilidad de satisfacer motivos es sólo una de muchas causas de ansiedad. En muchos casos, la ansiedad surge del conflicto de motivos.

Los individuos difieren considerablemente en sus reacciones a la frustración y la tensión. Una persona da pasos constructivos para superar un obstáculo, mientras que otra simplemente sueña de día en el éxito. Un individuo se vuelve enérgico frente a la frustración mientras que otro reacciona con apatía. Algunas personas evidentemente tienen poca capacidad para superar aún las más triviales de las frustraciones de la vida, mientras que otros parece que tienen una capacidad virtualmente ilimitada para superar todos los obstáculos.

El término tolerancia de la frustración se aplica al grado y la duración de la tensión que un individuo tolera sin sufrir desorganización de su personalidad o enfermedad mental.

La investigación psicológica ha demostrado que las experiencias traumáticas tempranas obstaculizan significativamente la capacidad del individuo, para soportar la tensión de la frustración. Factores como una vida familiar insatisfactoria y una historia de trastornos mentales o emocionales también participan en ello.

Cada uno de los muchos modos de reacción a la frustración puede ser clasificado como "reacciones orientadas hacia la realidad" o como "reacciones de mecanismo de defensa". Las reacciones orientadas según la realidad comprenden modo de ajuste que representa medios relativamente directos de tratar con el problema. Constituye intentos para modificar, cambiar o suprimir la situación de frustración.

Existen tres tipos generales de reacciones orientadas hacia la realidad: 1) ataque y agresión, 2) huida y retirada y 3) componendas y sustituciones.

La agresión directa es un medio, originado en la realidad, de enfrentarse a la frustración, aunque puede conducir a consecuencias indeseables.

Acciones de enfermería:

- Favorecer un medio ambiente terapéutico.
- Terapia ocupacional individual y de grupo.
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos en la forma que le sea más cómoda, verbal o no verbal. Dejar que sepa que se le escucha y se le acepta en todo lo que trata de expresar.

Razón científica de las acciones de enfermería:

Un medio ambiente terapéutico se refiere sobre todo a un lugar que favorece la salud del enfermo.

Ante todo, cualquier medio ambiente terapéutico toma en consideración a la gente que mantiene contacto estrecho con el paciente. Como él transcurre gran parte del tiempo en la sala y como no falta aquí nunca una enfermera, es ella quien contribuirá de manera más directa y más determinante a la terapéutica del medio ambiente.

Tal vez la primera y más relevante característica del medio ambiente terapéutico sea la preocupación y el interés por lo que ocurre a cada paciente y al grupo de enfermos en el lapso de 24 horas.

Cualquier parte del día se convierte en tiempo para el tratamiento.

La sala no es simplemente un lugar para que el paciente "mate el tiempo" o un lugar a donde se va y de donde se viene, más bien es un lugar en que el personal se esfuerza por ayudar al paciente a recobrar la salud. Adquieren gran valor cada hora que transcurre el enfermo en la sala, cada contacto del personal con él y cada aspecto de la vida allí. Son igualmente importantes la comida, el sueño, departir con los demás, la medicación y los tratamientos, así como la satisfacción de las necesidades del paciente y la preocupación por sus intereses. Un medio ambiente, también tomo muy en cuenta la interacción entre los mismos pacientes y la que existe entre éstos y el personal. Además, proporciona un lugar donde el paciente puede manifestar sus sentimientos y sus anhelos, animándolo a asumir una conducta realista que tal vez había quedado frustrado en el pasado. Y está ideado para brindarle la oportunidad de experimentar y de afrontar situaciones de manera provechosa y concreta. Así, adquiere un mejor conocimiento de sí, aumentada la propia seguridad y el aprecio a su persona, estimulándola además su capacidad de crecimiento.

El tratamiento de los trastornos mentales por técnica psicológica recibe el nombre de "psicoterapia". Distinguimos la psicoterapia de otros tipos de tratamiento tales como la administración de me-

dicamentos, cirugía, cambio del medio ambiente, etc., aunque éstos tratamientos con frecuencia son designados bajo el rubro general de "terapia".

Podemos decir que, en general, toda psicoterapia tiene su finalidad más importante en el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratada. Está designada para ayudar a mejorar su manera de reaccionar ante la vida diaria. La mayoría del modo de vida de una persona generalmente requiere un aumento de la comprensión de sus propios sentimientos y motivos, aumentos de la autoestima y de la autoaceptación, mayores sentimientos de seguridad y de adecuación, la resolución de conflictos perturbadores y del desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales. Ayudar al individuo perturbado a alcanzar estas finalidades no es una tarea sencilla. Las personas con problemas emocionales graves con frecuencia están muchos años antes de que busquen la ayuda psiquiátrica de cualquier especie. Con frecuencia, el estigma imaginario que se atribuye a la enfermedad mental evita que el individuo busque la ayuda del psiquiatra hasta que su vida se hace absolutamente intolerable. Y entonces, en algunos casos como resultado de experiencias sufridas por el contacto con médicos en problemas médicos generales, espera que el terapeuta diagnostique de un modo rápido sus dificultades y prescriba un tratamiento breve,

es decir, a corto plazo. Con frecuencia los familiares de los enfermos mentales sirven de obstáculo al tratamiento en los hospitales mentales, porque esperan curas milagrosas en unos cuantos días. No consideran el hecho de que una personalidad que se ha desarrollado a veces durante años, no puede ser modificado por prescripción de píldoras, o con dos o tres sesiones de psicoterapia.

Existen muchos obstáculos para que la psicoterapia tenga éxito, a parte del tiempo que el individuo ha estado enfermo, y de los familiares que a veces no comprenden la situación.

Entre otras cosas la edad y la inteligencia del paciente son factores importantes. En general mientras más joven y más inteligente sea el individuo, mejores oportunidades tendrá para su éxito la psicoterapia. Las reacciones orgánicas, o los trastornos mentales producidos por causa física son generalmente más difíciles de tratar que aquellos en que no existe trastorno fisiológico. La mayoría de los individuos que sufren trastornos mentales son personas infelices, llenas de ansiedad y tensión, que están ávidas de participar en cualquier empresa que tenga la posibilidad de ayudarlo a un ajuste en su vida.

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo.

Evaluación:

La historia clínica de J.F., nos menciona la agresividad verbal e intento de agresividad física en contra de los familiares, en su estancia en el hospital no agredió verbal ni físicamente al personal laborando y a los pacientes. Durante la visita que tienen los pacientes por parte de sus familiares tampoco se observó tal conducta.

Datos muy importantes que se observaron, porque ésto nos puede decir que J.F. no se siente ignorado sino por el contrario, ha logrado llamar la atención de sus familiares preocupándose por él.

Por parte de los familiares, se encontró que no autorizaron el alta voluntaria como lo pedía J.F., ésto permitió continuar con el tratamiento establecido.

CONCLUSIONES

La adolescencia es una época de desorden, un período en que a la maduración física, provocada por las fuerzas endócrinas que se despiertan, se añade toda una serie de exigencias psicosociales que deben ser dominados. En este período se va a encontrar tanto con presiones internas como externas, que en ocasiones es más de lo que el adolescente puede soportar y "sucumbe", ya que no encontró el vigor necesario para enfrentarse con valor y energía. De ahí puede prevenir accidentes y enfermedades y una de estas enfermedades encontramos los trastornos mentales.

Entre las enfermedades que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad es la esquizofrenia que se caracteriza por un proceso de disgregación mental, que ha sido llamado alternativamente "demencia precoz", "discordancia intrapsíquica" o "discordancia autística de la personalidad".

Los factores predisponentes para el esquizofrénico: el hecho de que la personalidad se desarrolla en forma adecuada o inadecuada depende de la dotación genética y constitucional de cada individuo. Sobre dicha dotación influyen las primeras transacciones maternas y más tarde las transacciones familiares que van a ir moldeando la per-

sonalidad y pasa el tiempo, se tiene que hacer frente a oportunidades y causas de stress sociales, que actúan sobre el individuo que crece y puede servir para precipitar el padecimiento.

La sintomatología que puede presentar el individuo esquizofrénico, son:

A. Uno de los siguientes síntomas, como mínima durante alguna de las fases de la enfermedad.

1. Ideas delirantes extrañas (con contenido claramente absurdo y sin base), como ideas delirantes de creerse controlado o difusión, imposición o robo de pensamiento;
2. Ideas delirantes somáticas de grandeza, religiosas, nihilistas u otras ideas delirantes sin contenido de persecución o de celos;
3. Ideas delirantes persecutorias o celotípicas si se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones;
4. Alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí;

5. Alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen más de una o dos palabras, sin relación con la depresión o euforia;
 6. Incoherencias, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del contenido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguientes síntomas:
 - a. Afectividad embotada, aplanada o inapropiada.
 - b. Ideas delirantes o alucinaciones.
 - c. Conducta catatónica o gravemente desorganizada.
- B. Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.
- C. Duración: signos continuos de enfermedad durante seis meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad. El período de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual se presentan síntomas del criterio A. Con o sin fase prodrómica o residual, tal como se define más adelante.

Fase prodrómica: claro que la actividad antes de la fase activa de la enfermedad, no debida a alteraciones del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias tóxicas y que, como mínimo, comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

Fase residual: a continuación de la fase activa de la enfermedad persisten, como mínima, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteraciones del estado de ánimo o a trastornos por uso de sustancias tóxicas.

Síntomas prodrómicos o residuales:

1. Aislamiento o retraimiento social,
2. Notable deterioro en actividades de asalariado, estudiantes o a una de casa.
3. Conducta peculiar llamativa (por ejemplo, coleccionar basuras, hablar solo en público o acumular comida).
4. Notable deterioro en el aseo e higiene personal.
5. Afectividad inapropiada, embotamiento, aplanada.
6. Lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o metafórico.

7. Ideación extraña o rara, o pensamiento mágico, por ejemplo superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", otros pueden sentir sus propios sentimientos, ideas sobrevoladoras, autorreferenciales.
8. Experiencias perceptivas inhabituales, por ejemplo alusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente.

La sintomatología referida se va a presentar de acuerdo a los diferentes tipos de esquizofrenia que se conocen, principalmente son cuatro: simple, paranoide, catatónica y hebefrénica; así como su evolución y pronóstico.

En cuanto a diagnóstico se deberán prestar especial atención a la calidad del contacto interpersonal, así como la organización perceptual y cognitiva de la personalidad del paciente. En el contacto será importante observar si el individuo parece estar a gusto con la entrevista, si es capaz de establecer con el examinador un contacto con tonos afectivos, y si es capaz de mantener su atención y concentrarse.

Las pruebas psicológicas que auxilian al diagnóstico son: los inventarios de la personalidad y las técnicas proyectivas.

Inventario de la personalidad (MMPI) su principal aplicación clínica es la del diagnóstico diferencial que sirve para decidir como clasificar un caso en particular.

Las técnicas proyectivas (TAT). Es un instrumento al que se considera especialmente para descubrir aspectos ocultos o inconscientes de la conducta o para alentar una extensa variedad de respuestas de parte del sujeto, tiene muchas dimensiones y produce datos de respuestas inusualmente ricos o profusos, y el sujeto casi no se da cuenta de la finalidad del test.

En el adolescente el médico puede observar en forma alternada, fases de angustia, trastorno de la conducta, trastornos afectivos o esquizofrenia. En retrospectiva, se encuentra que la vagancia y otras formas de conducta delincuente precedieron al principio de un trastorno que posteriormente se diagnostica como esquizofrenia. El énfasis sintomático en la esquizofrenia del adolescente habitualmente se sitúa en retraimiento respecto a la sociedad, trastornos en la actividad, en el interés y en el habla, y en peculiaridades de los modales. Hay que reconocer, sin embargo, que no siempre es fácil diferenciar los trastornos emocionales de la adolescencia y la

esquizofrenia. Este período de la vida normalmente es de crisis e inestabilidad emocional. Gran parte de lo que en una edad mayor se consideraría patológico, puede en esa etapa de la vida ser simplemente una exageración temporal de las tendencias normales.

La esquizofrenia a menudo se presenta en forma súbita pero al examinar con cuidado la historia del paciente se encontrará que ha habido signos de alteración en la personalidad de varios años atrás.

Ingresa al Hospital Psiquiátrico por haber intentado suicidarse, como respuesta a alucinaciones auditivas de tipo imperativo (le ordenan matarse), ingiriendo sedantes y antiepilépticos.

Que antes de su hospitalización presentó alteraciones principales que se centran en el pensamiento, cuyo contenido muestra existencia de trastornos de tipo primario (pensamiento sonoro). Además de presentar importante componente de ansiedad.

En el transcurso de su internamiento los síntomas antes mencionados van desapareciendo hasta llegar al final de su hospitalización hasta estar totalmente asintomático.

Su manejo consistió en neurolépticos del tipo de las butirofenonas, moderadores corticales (carbamacepina) y tranquilizantes menores (diacepam).

De los estudios de relevancia el electroencefalograma mostró alteraciones inespecíficas y el examen neurológico fue formal.

Su manejo posterior continuó en la consulta externa de psiquiatría de un hospital general.

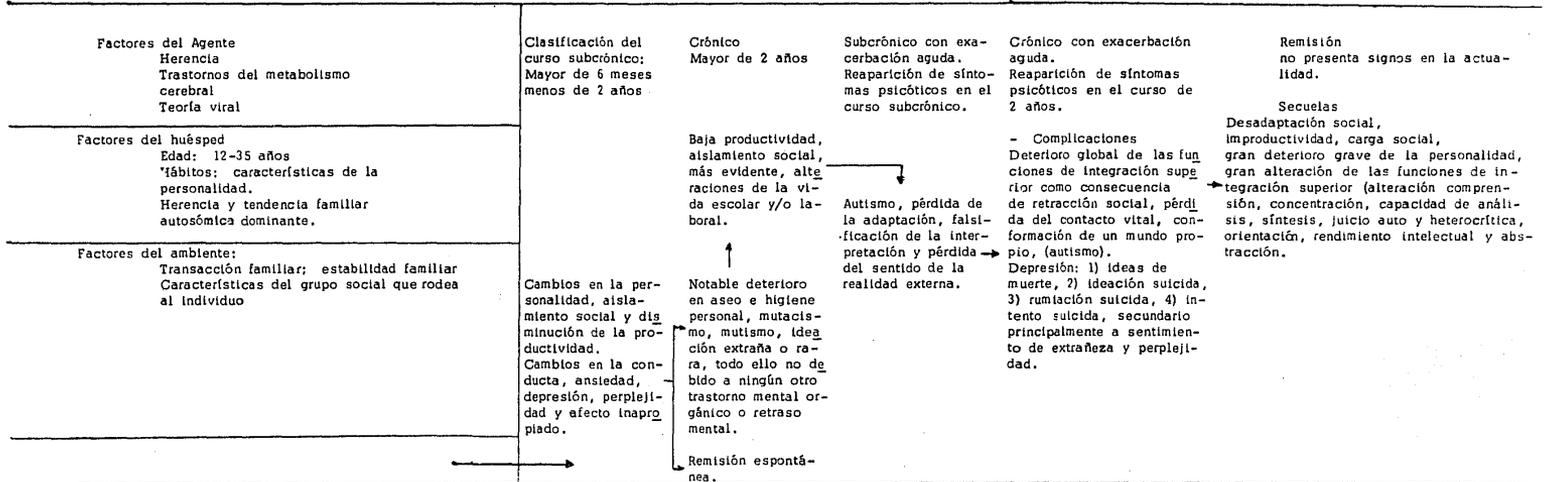
BIBLIOGRAFIA

- BAENA Paz, Guillermina Manual para elaborar trabajos de investigación documental; 2a. edición, Editores Mexicanos Unidos, México, 1982, 124 pp.
- BOSH García, Carlos La técnica de la investigación documental; 10a. edición, U.N.A.M., México, 1982, 69 pp.
- CONGER, John Adolescencia; Ed. Tierra Firme, México, 1980, 128 pp.
- COLONA L. Cuadernos de la enfermera psiquiátrica; Ed. Toray-Masson, España, 1981, 151 pp.
- EAST Madigan, Maria Psicología, 5a. edición, Edit. Interamericana, México, 1973, 384 pp.
- EY, Henry Tratado moderno de psiquiatría, 8a. edición; Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1980, 1100 pp.
- IRVING, Susan Enfermería psiquiátrica, 1a. edición; Editorial Interamericana, México, 1973, 301 pp.
- KOLODNY C., Robert Tratado de Medicina Sexual, Ed. Salvat, México, 1983, 551 pp.
- KYES J., Joan, et al Enfermería psiquiátrica, 4a. ed. Editorial Interamericana, México, 1982, 654 pp.
- LAURENCE C., Kolb Psiquiatría clínica moderna; 5a. edición, La Prensa Médica Mexicana, México, 1976, 835 pp.

- MARRINER, Ann
El proceso de atención de enfermería; 2a. edición, Ed. El Manual Moderno, México, 1984, 350 pp.
- MATHENEY, Ruth et al
Enfermería psiquiátrica; 3a. edición; Ed. Interamericana, México, 1962, 278 pp.
- MERENESS, Dorothy
Elementos de enfermería psiquiátrica; 2a. edición, La Prensa Médica Mexicana, México, 1982, 421 pp.
- PATÍÑO J., Luis
Psiquiatría clínica, Ed. Salvat México, 1980, 385 pp.
- PICHOT, Pierre et al
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; 3a. edición, Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1983, 513 pp.
- ROJAS Soriano, Raúl
Guía para elaborar investigaciones sociales; 7a. ed., UNAM, México, 1983, 122 pp.
- SARASON, Irwin,
Psicología anormal; Ed. Trillas, México, 1975, 615 pp.
- SHULTZ, J.M. et al
Enfermería psiquiátrica; Ed. Interamericana, México, 1984, 186 pp.

A N E X O S

HISTORIA NATURAL DE LA ESQUIZOFRENIA SIMPLE.



PREVENCIÓN PREPATOGENICA		PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
PROMOCIÓN DE LA SALUD		PROTECCIÓN ESPECIFICA		DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DE LA INCAPACIDAD	REHABILITACION
<p>Consejo genético Incremento de la comunicación padres-hijos. Vigilancia del desarrollo de la personalidad. Facilidades de recreación.</p>	<p>Información a padres e hijos y maestros sobre personalidad esquizoide.</p>	<p>Difundir los signos premórbidos (esquizoide) y la importancia de canalizar al enfermo a sitios de tratamiento especializado (psiquiatra) cuando los signos y síntomas evidencien, aunque discretos cambios progresivos en la personalidad y relaciones con el mundo. Hospitalización en casos de agudización psicótica. Psicoterapia. Tratamiento psicofarmacológico</p>	<p>Evitar recaídas: identificación de infecciones, dismetabolias desnutrición, deshidratación, asociadas o no, irregularidades y/o abandono de la medicación.</p>	<p>Terapia ocupacional: trabajo adecuado a las características de cada caso. Previsión de facilidades hospitalarias y comunitarias para la atención del esquizofrénico. Educación de maestros y público en general para favorecer la productividad del enfermo. Reincorporar a la sociedad al individuo, ya sea a su actividad previa y a otra en la que pueden desempeñarse. Continuar con psicoterapia individual y familiar con el objeto de mejorar sus relaciones y participar en el tratamiento integral del paciente.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: J.F.O.H.
 Sexo: Masculino
 Edad: 16 años
 Fecha de ingreso: 20 de septiembre de 1984
 Cama: 100
 Servicio: Sección hombres.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Se observa adolescente (16 años) masculino, consciente, tranquilo, con buena colaboración de tegumentos: vistiendo tops de hospital, de complexión delgada, fríos afeitos, tiempo, lugar y espacio.
 Enviado del Hospital General de Zona # 32, donde se le realizó lavado gástrico por ingestión de medicamentos a grandes dosis, refiriendo que "unas voces" se lo indicaron.

Objetivo general:
 Restaurar el estado en el menor tiempo posible con las menores secuelas, para reintegrarlo a su vida social, siendo una persona autosuficiente y productiva de acuerdo a sus propias características de personalidad.

Objetivos específicos:
 Propiciar un ambiente terapéutico al enfermo durante su estancia en el hospital.

Disminuir la angustia, ansiedad y desconfianza del enfermo, como parte de su tratamiento.

Estructurar un plan de atención de enfermería, buscando adecuar la terapia recreativa-ocupacional al paciente.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION
ANGUSTIA	Factores de angustia Intento de fuga.	El hogar es la familia del hombre y aún cuando la enfermedad lo convierta en "paciente", mientras está en su hogar se siente dueño de sus derechos y privilegios y puede insistir en ser tratado a su manera. Pero el paciente sufre cambios importantes cuando es trasladado de su casa a un hospital. Mientras en su domicilio conservaba todos los accesorios que le daban la sensación de ser útil y de bastarse a sí mismo, en el hospital se le despoja de su equipo. Es más, en su domicilio todo lo que le rodea le era familiar y le proporcionaba una sensación de seguridad mientras que el ambiente del hospital es diferente, extraño e inquietante y más si es un hospital psiquiátrico, donde se va a encontrar con diversos pacientes con trastornos mentales que van a adoptar diversas conductas. A esta impresión general debe añadirse el temor que el paciente puede sentir de que algo muy serio le va a acontecer, ya que la sola necesidad hospitalaria. La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente se caracteriza por un afecto de incertidumbre e importancia ante una amenaza que no es percibible del todo o que la es en forma vaga e imprecisa. Psicológicamente implica cambios bioquímicos y puntos fisiológicos en los que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endocrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo. Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la sintomatología, desde un punto de vista biológico, entre las defensas que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son disruptivos para su organización.	Ministrar ansiolíticos. Vigilar efectos indeseables de los ansiolíticos. Preocuparse con el paciente.	Estos fármacos calman la ansiedad y de esta manera no producen somnolencia excesiva ni interfieren con las labores ordinarias; no deprimen la corteza cerebral y su acción se ejerce sobre estructuras subcorticales, modificando las funciones hipotalámicas. A dosis adecuadas tienen efecto hipnótico, y su prolongado puede provocar dependencia. Los efectos secundarios indeseables tienen la somnolencia diurna, ataxia, lentitud en los reflejos motores complejos, aumento del apetito, en ocasiones disminución de la libido. Como las primeras impresiones son por lo regular intensas y no fáciles de borrar, es particularmente importante que el paciente y las que están con él reciban todo clase de atenciones, y que al llegar a la institución, el enfermo reciba un servicio médico eficiente. Y además, si se le detecta de media o una hora al paciente recién admitido, se le ayuda a comunicarse al mismo un sentimiento de confianza.	Enfermera general Enfermera general Equipo interdisciplinario	Cuando ingresó J.F.O. al hospital se observó angustiado, quería salir de ahí inmediatamente, parecía que tenía miedo pero no salía de su cuarto. Ante todo nos presentamos con él, explicándole cuales eran nuestras funciones y las del equipo interdisciplinario, también se le presentó a sus compañeros de cuarto para que vencerá ese miedo y pensara que ellos podrían ayudarlo o ayudarlo. Se pensó que se había logrado disminuir la ansiedad, pero no fue así, ya que al quinto día de internamiento intentó fugarse, motivo por el cual fue overreado en su cuarto, posteriormente se habló con él, manifestándonos que lo intentó porque ya no quería permanecer más ahí. Por tal motivo, se reforzó la vigilancia y se lo mantuvo ocupado jugando con sus compañeros y con el mismo personal. Logrando que desistiera de la idea de fugarse pero que posteriormente el tiempo necesario para continuar con el tratamiento establecido.
			Explicar los procedimientos y hábitos en forma comprensiva para el enfermo.	A muchas personas les complace estar encerradas de lo que va a sucederles en una determinada situación y los enfermos mentales no constituyen la excepción. Hay que explicar siempre lo que se ha de hacer y por qué se hace, pero con la precaución de delimitar la explicación en razón de los síntomas del enfermo. El propósito de la explicación es reducir la ansiedad en la medida de lo posible, preparando al enfermo para lo que va a suceder. Hay que evitar subestimar la capacidad de comprensión del enfermo; pero nunca se omitirá la explicación.	Enfermera general Psiquiatra Psicólogo	
			Relacionarse con el paciente.	La relación terapéutica supone que una persona (el paciente) tiene necesidades de ayuda y la ayuda, y la otra persona (la enfermera) puede y desea prestar dicha ayuda. Consiste en una serie de acciones	Equipo interdisciplinario	

sonas, la enfermera y el paciente, que los conduce en la dirección de una mayor salud y felicidad. Es por necesidad una experiencia humana, individual y muy personal. Estamos convencidos de que una persona no puede ayudar a otra si no lo cuida lo suficiente para arriesgar su participación personal y su interés, y si no ha experimentado la ayuda en alguna forma.

La enfermera su relación con el paciente es un solo intercambio o un contacto probado, pero la relación casi siempre supone algo de una naturaleza altamente personal crítica e importante.

En cualquier interacción la enfermera satisface las necesidades del paciente y aumenta sus sentimientos de cordialidad, seguridad y bienestar, o no lo logrará. La forma en que se relaciona con el paciente, es pues útil o perjudicial, y constituye la base de su eficacia como enfermera. Una útil relación entre enfermera y paciente puede caracterizarse por su aceptación, honestidad, comprensión y fe.

No aumentar innecesariamente la ansiedad.

El uso inmediato de técnicas médicas y psiquiátricas ante el enfermo suele causar ansiedad. En el mismo sentido una conversación descuidada en lugares donde haya pacientes que puedan escucharla, podría despertar ansiedad.

Enfermera general
psiquiatra, psicólogo.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION
				<p>Nunca se llamará la atención de los enfermos psiquiátricos acerca de sus defectos, incapacidades, peculiaridades o insuficiencias. Si algún paciente los menciona, hay que aceptarlos con calma y sin crítica.</p> <p>Educar la atención sobre los puntos débiles del individuo, someterlo a análisis.</p> <p>En toda relación interpersonal, es mejor prevenirse concentrando sobre los aspectos positivos del individuo.</p> <p>La falta de sinceridad también despierta ansiedad, por cuanto hace que el paciente quede en un estado de duda respecto a lo que puede esperar y de incertidumbre en cuanto a su situación.</p> <p>Como los enfermos tienden a integrar los elementos de la experiencia que concuerdan con su opinión que de ellos mismos tienen, serán expuestos a interpretar la falta manifiesta de sinceridad como una tentativa de ocultar opiniones desagradables respecto a ellos.</p> <p>Las amenazas, las órdenes secas y la indiferencia a las reacciones del paciente no tienen lugar en la asistencia a los enfermos mentales, como, por lo demás, tampoco lo tienen para tratar a enfermos de ninguna clase o amenaza, órdenes bruscas o indiferencia son causas de ansiedad.</p>	Enfermera general Psiquiatra Psicólogo	
DISGRACIA - CION MENTAL	Alucinaciones	<p>Las alucinaciones son percepciones que ocurren cuando no existe estímulo creado por la estimulación de un receptor. No se sabe en qué medida no hay actividad de los receptores, ya que el observador causal no tiene medios de verificar esta suposición.</p> <p>Las alucinaciones pueden aparecer en las enfermedades asociadas a estados tóxicos u orgánicos. Aunque en estos casos hay, a vez una irritación en los centros especiales de asociaciones cerebrales con el estímulo alucinatorio, la naturaleza del material de la alucinación está influenciada por las experiencias previas del paciente.</p>	Ministrar medicamentos antipsi- cóticos: Haloperidol; antipsi- cóticos: Biperiden.	<p>Los neurolepticos también llamados antipsi- cóticos, se dividen en dos grupos: 1) los derivados de la fenotiazina; 2) los derivados de la butirofeno, de los cuales el más utilizado es el haloperidol. Sus cualidades principales son calmar el estado afectivo y atenuar los síntomas secundarios de las psicosis mayores (delirio y alucinaciones). Uno de sus efectos es que, cuando son usados a largo plazo y a dosis adecuadas, previenen recídas en pacientes que han tenido ya un primer psicótico.</p>	Enfermera general	<p>La evolución de J.P. durante su estancia en la sección fue satisfactoria, a la entrevista en el momento de su ingreso, y la evolución que siguió intrahospitalariamente, no mencionó escuchar voces que le indicaran qué hiciera o adoptara cierta conducta.</p>
MENTAL	Auditivas	<p>Las alucinaciones auditivas son la forma más frecuente de trastorno perceptual. A veces las alucinaciones tienen la forma de diversos ruidos, pero lo más frecuente es que sean palabras ordenadas u oraciones más o menos completas. Habitualmente estas oraciones son comentarios acerca del paciente o dirigidos a él. A veces los comentarios son de naturaleza placentera, pero lo más frecuente es que sean de saguantes, obscenas o del tipo de las acusaciones. Estos comentarios desagradables representan la proyección de los aspectos de deseos repugnantes de la personalidad inconsciente, las cuales no pueden ser aceptables en la conciencia (sup. su forma de disfrazada). Las alucinaciones que transmiten un mandato son comunes y a menudo, por lo que pueden conducir hacia la acción directa y peligrosa.</p>	Vigilar el efecto antipsi- cóticos.	<p>Los antipsi- cóticos modifican de modo afectivo los síntomas psíquicos y secundarios de las psicosis mayores: esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva y otros. Actúan sobre el sistema nervioso central, sin dañar la corteza cerebral, respetando las funciones intelectuales superiores. Tienen efecto depresivo sobre el hipotálamo, el lóbulo anterior de la hipófisis, el sistema simpático; alteran las funciones del sistema extrapiramidal.</p>	Enfermera general	<p>Una de las cualidades principales de los antipsi- cóticos son eliminar las alucinaciones, normalizar los síntomas, mejorar el estado de ánimo, normalizar el sueño, mejorar el apetito, mejorar el estado de ánimo, mejorar el estado de ánimo, mejorar el estado de ánimo.</p>
				<p>Los efectos secundarios intrasistémicos en el sistema nervioso central producen síntomas extrapiramidales, parkinsonismos, rigidez, temblores, y espasmos, mioclonías, distonias, disquinesias tardías, inquietud motora, ocasionalmente somnolencia y fatiga de tipo adinámico. En el sistema neurovegetativo: sequedad de la boca, congestión nasal, náusea, ambliopía y disfagia. En el aparato cardiovascular: hipotensión y taquicardia. En el respiratorio: asma ocasional. En el digestivo: aumento de apetito, estreñimiento y náuseas. En el urinario: poliuria y poliuria.</p> <p>En condiciones normales, el sistema extrapiramidal funciona adecuadamente debido a la interacción que existe entre dos sistemas dopaminérgicos antagonistas: uno, representado por el grupo de los acetabólicos y catecolaminas, y el otro, por el de la acetil e histamina.</p> <p>El parkinsonismo se presenta como consecuencia de una deficiencia de dopamina a nivel de los receptores D2 en los núcleos basales. La dopamina actúa como inhibidor del sistema extrapiramidal, mientras que la acetilcolina hace como excitador; por lo tanto, el tratamiento del parkinsonismo está orientado a restablecer el equilibrio de la dopamina, ya sea inhibiendo el sistema colinérgico o estimulando al dopa-</p>	Enfermera general	<p>Escuchar a J.P. fue importante ya que de esta manera nos permitió conocer lo que sentía al estar hospitalizado, el miedo que sentía al estar en un lugar que no conocía que posteriormente disminuyó considerablemente.</p>

<p>Vigilar al paciente</p>	<p>Observar las reacciones antiinflamatorias como la inflamación, el tromboflebitis y el absceso.</p> <p>Observar en cada caso y estar conscientes de una situación para luego interpretarla, en su sentido más amplio significa: ver, tocar, escuchar y oler.</p> <p>La observación es un medio indispensable para crear una relación óptima enfermera-paciente. Pero la enfermera debe saber lo que se necesita observar, la forma y el momento de hacerlo y los datos más importantes por señalar.</p>	<p>Enfermería general</p>
<p>Animar al paciente a que exprese sus sentimientos en la forma que le sea más cómoda, verbal y no verbal. Dejar que sepa su la escucha y se lo acepta en todo lo que trata de expresar.</p>	<p>La comunicación es el intercambio de información por medio del oído, la vista, el gusto, el olfato y el tacto. Todo lo que un individuo hace en definitiva representa un intento de comunicación: trabajar, aliento que inspira, ropas que viste, señales de manos, un guiño del ojo, una sonrisa, el aspecto de la cara o los gestos. La comunicación es esencial para poder establecer la relación óptima enfermera-paciente. Es interrumpida y surge en todo contacto que la enfermera tenga con el enfermo.</p> <p>La comunicación puede ser verbal o no verbal. La primera utiliza palabras e incluye el lenguaje, la escritura y la lectura.</p> <p>La comunicación no verbal se el intercambio de información sin el empleo de palabras, y es justamente la que no se expresa con ellas: Incluye la expresión facial, el movimiento corporal, el tono de voz, la gesticulación y otros elementos. También se considera el llanto, la risa y los quejidos, que no utilizan palabras u otros signos.</p> <p>Sin embargo, conviene señalar precauciones. Sería impudente suponer que todo lo que el paciente dice sea verdad, hay</p>	<p>Enfermería general Psiquiatría Psicología</p>

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION
----------	----------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------	------------

que tomarlo con recelo y suspicacia, y como justificación para investigar y hallar el verdadero significado. Mas bien la enfermera debe aceptar lo que el enfermo le señala, sin dejar de estar alerta a la posibilidad de que él quizá no tenga toda la capacidad o el deseo de expresar lo que siente realmente. Por esta razón conviene que la enfermera observe con mucho cuidado la comunicación no verbal y escuche con atención al paciente.

El silencio suele ser parte de la comunicación no verbal y los períodos en que reina puede tener muy diversos significados. Un enfermo puede utilizarlo como una forma de evasión; tal vez sienta temor de una explosión y permanezca callado para no expresar verbalmente su miedo.

Escuchar débilmente no sólo a oír sino a interpretar lo que se ha oído. Un buen interlocutor presta atención minuciosa a todo detalle de lo que se le dice. La persona debida olvidarse de sí misma y concentrarse en lo que la otra le dice.

Nunca se insistió demasiado en la importancia de saber escuchar a los enfermos. Durante un día ocupado es difícil pensar en todo lo que hay que hacer, y no prestar atención ni escuchar al paciente. De esta manera, pueden pasar inadvertidos muchos signos importantes del sujeto y también de lo que siente, porque la enfermera no escuchó atentamente lo que él le decía.

Muchas personas aprenden a detectar situaciones en que la otra pretende o quiere escuchar. Por lo regular pueden decir también si quien escucha está aburrido o impaciente para seguir con la plática.

Aceptar al paciente tal y como es

Antes que nada, la relación entre la enfermera y el paciente debe ser de aceptación. Eso significa que la enfermera debe ser capaz de aceptar al paciente, no imputar lo que diga o haga o de donde proceda, no simplemente porque es un paciente, sino porque es una persona de valor y dignidad esenciales, que merece su amor y su respeto. No significa que deba aprobar todo lo que él haga. Puede que ella tenga sentimientos de desaprobación, desagrado, o, a veces, por algunos de sus acciones. Pero es necesario que sea capaz de dominarse y expresar sus sentimientos en forma constructiva, para no rechazar, castigar o ignorar ni humillar al paciente. Al mismo tiempo, debe reconocer que es una conducta esperada, aceptable y aceptable de su parte, y no existe nada para aprender o compararse de tal modo.

Personal Interdisciplinario de salud.

Se relaciona con el paciente.

La relación entre la enfermera y el paciente debe ser honesta. Eso significa que la enfermera debe estar genuinamente interesada en el bienestar del paciente y debe de vez en cuando a hacer algo acerca de ello. Significa, además, que debe estar segura de que lo que dice y hace en relación con él concuerdan con dicho clase de interés humano y lo que

Enfermera general
Paliativa
Psicólogo

**TERMINO DE
OBJETIVO** Ingesta de medicamen-
tos autoadministrados
y auto-medicos

El suicidio, las tentativas de suicidio y las ideas suicidas, en general se caracterizan por ser episodios psicopatológicos, aunque a esto no siempre es válido. Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte y el suicidio, e incluso a su momento los pensamientos de auto-suicidio. Es obvio, la preocupación excesiva con pensamientos suicidas que se tornan y otra vez, es patológica.

Aunque muchos eventos precipitan el suicidio y muchas fuerzas lo motivan, todas las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación o conciencia de carencia de afecto y amor, y un profundo sentimiento de haber sido rechazadas como personas. La tentativa de suicidio es motivada por el deseo de vengarse, por la desesperanza, o por el anhelo de reunirse con una persona muerta.

De cualquier modo debemos reconocer que el gesto suicida, la idea de suicidio es siempre un grito de auxilio, que el personal debe responder al llamado.

Medidas preventivas para evitar el suicidio.

prevención - No hay lugar para la fatalidad.

Las medidas preventivas incluyen la lista de objetos que pueden servir para cometer suicidio y puestos fuera del alcance del sujeto. Se le quitan sus pertenencias y prendas de vestir distribuyéndolas en un cuarto aislado y bajo llave. Se le mantendrá recluido hasta que cese de expresar con palabras su intento. Todo esto se lleva a cabo por miembros del personal bajo vigilancia continua, constantemente en observación al enfermo sin ningún intento de iniciar diálogo con él. Esta forma de proceder por su carácter de castigo, favorece las tendencias autodestructivas del paciente, pues confirma el sentimiento de culpabilidad y necesidad de recibir una pena por lo que considera pensamientos o conducta "malos" como máximo, esta manera de mantener bajo control al sujeto ha de ser vista como medida temporal de prevención, ya que tan luego como disminuya la vigilancia se presentará un nuevo intento con o sin éxito, pues el conflicto básico no ha sido resuelto.

Mantener un ambiente sin peligro.

Enfermera general

Como J.F. intentó suicidarse con la ingesta de medicamentos porque usó "voces" se lo indicaron, durante su evolución intrahospitalaria se estuvo pendiente al presentarse alteraciones auditivas que pudieran indicarnos nuevamente que lo intentar, u otra forma de agresión.

Por tal motivo, se tomaron las precauciones debidas para evitar que se autogrediera.

Entre ellas, la principal fue que realmente logijera los medicamentos y así evitar que pudiera almacenarlos, otra de ellas fue la vigilancia estrecha para detectar alguna conducta sospechosa que nos indicara que intentaba autogredirse. Tales precauciones dieron resultado, ya que J.F. no tuvo ningún intento de suicidio, por el contrario se le observó relacionarse con los demás pacientes, jugar dominó, cartas, pingpong, fútbol y basketbol.

Enfermera general

PROBLEMA

MANIFESTACION DEL PROBLEMA

RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA

ACCIONES DE ENFERMERIA

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

RESPONSABLE DE LA ACCION

EVALUACION

Los pacientes inestables, al igual que todos los seres humanos, requieren tratamiento individual, si el objetivo es que se recuperen y sean capaces de retomar su papel en la comunidad, como miembros contribuyentes de la sociedad.

Todo enfermo se encuentra inseguro o inquieto cualquiera que sea su comportamiento manifiesto. En consecuencia hay que prestar atención a los problemas y ansiedades que contribuyen a la inseguridad del paciente. Una de las medidas más eficaces para fortalecer el sentimiento de seguridad es la estabilidad.

La estabilidad es útil en el comportamiento habitual, en las actividades y en las limitaciones que se imponen al enfermo. Establecer en el hospital psiquiátrico métodos estables de trabajo, sistemas estables e invariables, ayuda al enfermo, por cuanto reduce el número de decisiones que ha de tomar y le ofrece algo en que puede confiar. La estabilidad del personal ayuda en las actitudes del personal hacia el enfermo tiene profunda importancia para éste. En términos generales el paciente psiquiátrico no espera que las demás personas sean para él fuente de comodidad y consuelo. Es conveniente que el atender, a través de experiencias repetidas día tras día, lo que puede esperar. Resultará todavía más útil para él si permanece constante y continuamente expuesto a una atmósfera de tranquilidad, aceptación y ello nada tiene de particular, por cuanto sabemos que toda la gente se encuentra más cómoda con alguien que inevitablemente cometa con nosotros defectos; sus errores ocasionales serán perdonados, pero no calculados. La estabilidad en la actitud por parte de los elementos del personal tiene importancia, pero debe planearse en forma de hábitos de la estabilidad en las relaciones de persona a persona. Resulta así manifiesta la necesidad de trabajo de equipo.

Todo lo que el paciente diga o haga debe ser observado y registrado y comunicado a quienes dirigen el tratamiento. Además, para su propia información, que le permitirá planear el cuidado del enfermo, la enfermera debe apreciar el significado de las actitudes de aquél, las actitudes que se ha desarrollado en el mismo y aquellas que mantiene hacia sí.

Un medio ante terapéutico se refiere a todo a lo que favorece la salud del enfermo. Ante todo, cualquier medio ambiente terapéutico toma en consideración a la gente que mantiene contacto estrecho con el paciente. Como el trastorno y el tiempo en la sala y como no falta aquí nunca una enfermera, es ella quien contribuirá de manera más directa y más determinante a la terapéutica del medio ambiente.

Tal vez la primera y más relevante característica del medio ambiente terapéutico sea la recuperación y el interés por lo que ocurre a cada paciente y al grupo de enfermos en el lapso de 24 horas. Cuando parte del día se constituye un tiempo para el tratamiento. La sala es simplemente un lugar para que el paciente "mate el tiempo" o un lugar al que él se va de cuando en cuando, más bien es un lugar en que el personal se esfuerza por ayudar al paciente a recuperar la salud. Adelgatación gran parte es una hora que transcurre en la sala, cada contacto del personal con él y cada aspecto de la sala allí. Son igualmente importantes la comida, el sueño, el deporte con los demás, la medicación.

Brindarle seguridad al paciente.

Observar al paciente para conocer los motivos de su conducta.

Favorecer un medio ambiente terapéutico.

Enfermera general
Psiquiatra
Psicólogo

Enfermera general

La historia clínica de J.F. menciona la agresividad verbal e intento de agresividad física en contra de sus familiares, en su estancia en el hospital no agredió ni verbal ni físicamente al personal laborando y a los pacientes. Durante la visita que tienen los pacientes por parte de sus familiares tampoco se observó tal conducta.

Datos importantes que se observaron, porque dato nos puede decir que J.F. no se siente ignorado sino por el contrario, ha logrado llamar la atención de sus familiares, preocupándose por él. Por parte de los familiares se encontró apoyo ya que no autorizaron al hijo voluntario como lo había J.F. Esto permitió continuar con el tratamiento ambulatorio.

AGRESIVIDAD FISICA Y VERBAL

Baja tolerancia a la frustración.

La imposibilidad de satisfacer motivos es sólo una de muchas causas de ansiedad. En muchos casos, la ansiedad surge del conflicto de motivos. Los individuos difieren considerablemente en sus reacciones a la frustración y la tensión. Una persona da pasos constructivos para superar un obstáculo, mientras que otro simplemente se rinde de día en el camino. Un individuo se vuelve indiferente frente a la frustración mientras que otro reacciona con apatía. Algunos personas evidentemente tienen poca capacidad para superar sin lay más trágico de las frustraciones de la vida, mientras que otros parece que tienen una capacidad virtualmente ilimitada para superar todos los obstáculos.

El término tolerancia de la frustración se aplica al grado y la duración de la tensión que un individuo tolera sin sufrir desorganización de su personalidad o enfermedad mental. La investigación psicológica ha demostrado que las expectativas demasiado altas respecto de los individuos, para superar la tensión de la frustración. Factores como una vida familiar inestable y una historia de traumas negativos o acontecimientos, también participan en ello.

Cada uno de los muchos modos de reacción a la frustración puede clasificarse como "mal"

con respecto hacia la realidad o como "reacciones de aislamiento de defensa". Las reacciones orientadas según la realidad consisten en el modo de ajuste que representa niveles relativamente altos de tratar con el problema. Constituye intentos para modificar, cambiar o superar la situación de frustración. Existen tres tipos generales de reacciones orientadas hacia la realidad: 1) ataque y agresión; 2) huida y retirada y; 3) compensación y sustitución.

La atención es un modo adaptado en la realidad, de enfrentarse a la frustración, aunque puede conducir a consecuencias intelectuales.

satisfacción de las necesidades individuales y la preocupación por sus intereses. Un medio adecuado también tomó muy en cuenta la interacción entre los mismos pacientes y lo que estos enfrentan y el personal. Además, proporciona un lugar donde el paciente puede manifestar sus sentimientos y sus ambiciones, así como a asumir una conciencia colectiva que tal había quedado frustrado en el pasado. Y está ideado para brindar la oportunidad de experimentar y de afrontar situaciones de manera proactiva y constructiva. Así, adquiere un mayor conocimiento de sí, aumenta la propia seguridad y el aprecio a su persona, estimúlase y aumenta su capacidad de crecimiento.

Terapia ocupacional individual y de grupo.

El tratamiento de los trastornos mentales por técnicas psicológicas, recibe el nombre de "psicoterapia". Distinguiamos la psicoterapia de otros tipos de tratamiento tales como la administración de medicamentos, cirugía, cambio del medio ambiente, etc., aunque estos tratamientos con frecuencia son designados bajo el rubro general de "terapia". Podemos decir que, en general, toda psicoterapia tiene su finalidad más importante en el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado. Está designada para ayudar a mejorar su manera de relacionarse ante la vida diaria. La mayoría del modo de vida de una persona generalmente requiere un aumento de la comprensión de sus propios sentimientos y motivos, aumento de la autoestima y de la autoaceptación, mayor sentimiento de seguridad y de adecuación, la resolución de conflictos perturbadores y el desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales. Ayuda al in-

Psicólogo, Psiquiatra y Enfermera General.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVOLUCION
----------	----------------------------	---	------------------------	--	--------------------------	-----------

dividuo perturbado a alcanzar estas finalidades no es una tarea sencilla. Las personas con problemas emocionales graves con frecuencia están muchos años antes de que busquen la ayuda psiquiátrica de cualquier especie.

Con frecuencia, el estigma imaginario que se atribuye a la enfermedad mental evita que el individuo busque la ayuda del psiquiatra hasta que su vida se hace absolutamente intolerable. Y entonces, en algunos casos como resultado de experiencias sufridas por el contacto con médicos en problemas médicos generales, espera que el terapeuta diagnostique de un modo rápido sus dificultades y prescriba un tratamiento breve es decir, a corto plazo.

Con frecuencia los familiares de los enfermos mentales sirven de obstáculo al tratamiento en los hospitales mentales, porque esperan curas milagrosas en unos cuantos días. No consideran el hecho de que una personalidad que se ha desarrollado a veces durante años, no puede ser modificado por prescripción de píldoras, o con dos o tres sesiones de psicoterapia.

Existen muchos obstáculos para que la psicoterapia tenga éxito, aparte del tiempo que el individuo ha estado enfermo, y de los familiares que a veces no comprenden la situación.

Entre otras cosas la edad y la inteligencia del paciente son factores importantes. En general, mientras más joven y más inteligente sea el individuo, mejores oportunidades tendrá para su éxito la psicoterapia.

Las reacciones orgánicas, o los trastornos mentales producidos por causas físicas son generalmente más difíciles de tratar que aquellos en que no existe trastorno fisiológico. La mayoría de los individuos que sufren trastornos mentales son personas infelices, llenas de ansiedad y tensión, que están ávidos de participar en cualquier empresa que tenga la posibilidad de ayudarlos a un ajuste en su vida.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ACME** Momento más agudo de una enfermedad.
- ALUCINACIONES:** Percepción sin objeto en la que el enfermo cree firmemente contra toda evidencia. El enfermo tiene la convicción íntima de una sensación verdaderamente percibida, sin que ningún objeto adecuado para producir esta sensación haya excitado sus sentidos.
- ANFETAMINAS:** Medicamento del tipo efedrina, de acción es-
sobre el sistema nervioso.
- ALUCINOGENOS:** Sustancias capaces de provocar la aparición de alucinaciones.
- ANSIEDAD:** Experiencia tímica global y penosa, de una cualidad específica difícil de describir, constituida por la asociación de trastornos afectivos, intelectuales y dinámicos y consistente en la expectación dolorosa de un peligro, sin objeto real que lo justifique, que se acompaña de un sentimiento de inseguridad e incertidumbre.

- AMANERAMIENTO:** Falta de sencillez.
- AMBIVALENCIA:** Asociación de efectos y sentimientos contradictorios y opuestos. Este término fue creado por Bleuler para designar "la existencia de placer y displacer con respecto a una misma representación.
- APATIA:** Falta de reacción a los estímulos exteriores por desinterés o indiferencia. Las facies y el habitus del sujeto son inespecíficos.
- AUTISMO** Nombre acuñado por Bleuler para designar un estado de "alejamiento de la realidad acompañado de un predominio relativo o absoluto de la vida interior".
- AUTOMATISMO:** Expresión que designa las grandes formas de pensamientos y acciones que escapan a la conciencia, a la memoria y a la voluntad y que se constituye en virtud de fuerzas internas de la organización inconsciente.
- BANAL** Trivial

- BARBITURICOS:** Dícese de un radical químico, base de numerosos hipnóticos y sedantes del sistema nervioso.
- BORBORIGMO:** Ruido que producen los gases encerrados en el abdomen.
- CATALEPSIA:** Trastorno psicomotor que se traduce por una aptitud para la conservación; durante un tiempo variable pero prolongado, de actitudes pasivamente comunicadas al miembro del sujeto. Los segmentos de los miembros del enfermo dan la impresión, al movilizarlos, de ser de cera, razón por la que se habla de "flexibilidad cérea".
- CAUSTICOS:** Que quema y desorganiza, corrosivo, maligno, mordaz. Sinón. de Sarcástico.
- CAVILOSO:** Desconfiado, quisquilloso.
- COERCITIVO:** Que restringe.
- COGNICION:** Conocimiento

- CONFUSION MENTAL:** Estado caracterizado por desorientación tempospacial, oscurecimiento muy acentuado de la conciencia, incoherencia de las ideas y perplejidad.
- DEREISTICO:** Véase pensamiento dereístico: sinónimo de pensamiento autista: pensamiento que no busca adaptarse a la realidad sino que, por el contrario, se desvía de ella.
- DISCORDANCIA:** Nombre dado por P. Chaslin a una "disarmónica entre los síntomas, que hasta cierto punto parecen independientes los unos de los otros". La discordancia manifiesta en el plano clínico, la disarmonía del conjunto de operaciones, funciones y estados mentales que componen el ser psíquico.
- LUCUBRACION:** Extravagante
- EMBOTAMIENTO:** Debilitar, entorpecer
- EPILEPSIA:** Paroxismo neuropsíquico "producido por una descarga neuronal anormal, excesiva, en el interior del sistema nervioso central".

- ESTRAMBOTICO:** Extravagante
- FLATOS:** Acumulación de gases en el tubo digestivo.
- HIPNOTICOS:** Droga que somete el sistema nervioso "a una depresión tal que el individuo queda indiferente a las incitaciones exteriores y se abandona al sueño".
- IDEAS DELIRANTES:** Idea falsa en franca y evidente oposición con la realidad acompañada de una convicción inquebrantable por parte del enfermo. Traduce una alteración profunda del psiquismo y de la personalidad.
- IDEAS DE REFERENCIA:** El síntoma conocido como ideas de referencia surge cuando actúa el mecanismo de proyección. El individuo que utiliza este tipo de mecanismo protector cree, egocéntricamente, que es objeto de atención especial y animadversión de parte de los que las observaciones casuales de los otros se refieren a él, e interpreta que son acusadoras y envilecedoras.

- INDEMNE:** Libre de daño.
- INDOLENTES:** Perezoso, apático o desidioso.
- INDULGENCIA:** Facilidad en perdonar las culpas ajenas.
- INSIDIOSO:** Dícese de ciertas enfermedades graves a pesar de su apariencia benigna.
- NEOLOGISMO:** Palabra formada al modo de evolución normal de una lengua, a partir de sonidos, por deformación y fusión de trozos de palabras usuales o de seudopalabras.
- NEUROLEPTICOS:** Fármacos psicotropos anérgicos que producen un estado de indiferencia y desinterés psicoafectivo sin ocasionar un estado narcótico. Son eficaces en los estados de excitación y agitación y en la psicosis y producen efectos secundarios del tipo de los síndromes diencefálicos extrapiramidales.
- MALSANO:** Poco saludable.

- METAFISICA:** Conocimiento de los principios primeros y de las causas de las cosas.
- MNEMONICO:** Que tiene relación con la memoria.
- MISTICO:** Véase delirio místico: delirio crónico de contenido religioso que se acompaña casi constantemente de alucinaciones visuales (apariciones de Dios, de la Virgen y, de los santos). Las alucinaciones auditivas de tema persecutorio acompañan con frecuencia las visiones del demonio.
- NEUROSIS:** Enfermedad de la personalidad, sin sustrato anatómico conocido, caracterizado por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Se acompañan de una conciencia penosa del estado mórbido. Las neurosis no establecen entre las enfermedades y la sociedad, la escisión que producen las psicosis.
- PARALOGIA:** Véase pensamiento paralógico: pensamiento

fundado en la asociación de un razonamiento rigurosamente lógico con premisas falsas.

PERTURBACION: Desorden, turbación, especialmente en el cuerpo humano. Sinón. de trastorno.

PERCEPCION: Conocimiento por medio de los sentidos de objetos o sucesos exteriores que han dado lugar a sensaciones.

PSICOGENO: Que tiene causa psíquica

PSIQUICO: Que tiene relación con el espíritu, con la conciencia.

**PSICONEUROSI
OBSESIVA:** Cuadro intermedio entre la neurosis y las psicosis que responde a una de las dos eventualidades siguientes: o bien las variaciones u oscilaciones de la autocrítica condicionan el paso progresivo o episódico de la obsesión al delirio, o bien la intensidad y la repetición de los ritos conjuntorios con tales que, a pesar de que persista la con-

ciencia del carácter parasitario de las obsesiones, el enfermo llega a una desorientación equivalente a la de una psicosis.

PSICOPATA:

Sujeto afecto de trastornos mentales.