



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA
PERSONA CON SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN FASE AGUDA
BASADO EN LA TEORÍA DE LA MAREA.

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARÍA DEL PILAR MOEDANO SÁNCHEZ.

NO. DE CUENTA: 410135055

DIRECTORA: MTRA. MARÍA ELENA GARCÍA SÁNCHEZ.

MEXICO. D.F. FEBRERO DEL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCION

II.-JUSTIFICACION

III.- OBJETIVOS

3.1.- General

3.2.- Específicos.

IV.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO

V.- MARCO TEÓRICO.

5.1.- Enfermería.

5.1.1.- Enfermería como profesión.

5.1.2.- Características de la profesión de enfermería.

5.1.3.- Funciones del profesional

5.1.4.- Metas de la enfermería.

5.2.-El cuidado de enfermería.

5.2.1.-Antecedentes.

5.2.2.-clasificacion.

5.3.-Fenomenologia.

5.4.-Teoria de la Marea.

5.4.1.-Aspectos bibliográficos.

5.4.2.-Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.

5.4.3.-Pruebas empíricas utilizadas en el desarrollo de la teoría.

5.4.4.-Conceptos principales y definiciones.

5.4.5.-Meta paradigmas.

5.4.6.-Afirmaciones teóricas.

5.4.7.-Forma lógica.

5.4.8.-Principios.

5.4.9.-Valores esenciales de la teoría de la marea.

5.4.10.-Bases teóricas.

5.4.11.-Dimensiones.

5.4.12.-Preguntas.

5.4.13.-Cuidado continuo.

5.5.-Etapa de desarrollo de la persona.

5.5.1.-Crecimiento y desarrollo físico.

5.5.2.-Desarrollo sensorial y motor.

5.5.3.-Características del adulto joven.

5.5.4.-Desarrollo sistémico.

5.5.5.-Desarrollo cognitivo.

5.5.6.-Desarrollo psicosocial.

5.5.7.-Desarrollo moral

5.5.8.-Desarrollo afectivo

5.5.9.-Desarrollo laboral.

5.5.10.-Desarrollo intelectual.

5.5.11.-Modelos de etapas normativas

5.6.-Esquizofrenia.

5.6.1.-Antecedentes.

5.6.2.- Epidemiología.

5.6.3.-Grupos de riesgo.

5.6.4.-Manifestaciones.

5.6.5.- Subtipos.

5.6.6.- Faces.

5.6.7.- Criterios diagnósticos.

5.6.8.- Factores asociados a la enfermedad.

5.6.9.-Tratamiento.

5.6.10.-Promoción y prevención.

5.6.11.-Rehabilitación y reinserción social.

5.6.12.-Normatividad y legislación.

VI.-PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

6.1.-Ficha de identificación

6.2.-Presentación del caso

6.3.-Valoración de enfermería.

6.3.1.- Examen mental.

6.3.2.-Instrumento de recolección de datos.

6.4.-Objetivos del plan de cuidado de enfermería

6.4.1.-objetivo general.

6.4.2.-objetivos específicos.

6.5.- Plan de cuidados de la Teoría de la Marea en la recuperación de la salud mental, del Teórico Phill Barker.

6.6.- Plan de Alta.

VII.- CONCLUSIONES.

VIII.- SUGERENCIAS.

IX.-GLOSARIO

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

I.- INTRODUCCION.

El proceso de enfermería es considerado una metodología, ya que proporciona las herramientas necesarias para que el profesional de enfermería brinde cuidado a la persona a través de sus cinco etapas las cuales le permiten valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar sus intervenciones de enfermería basándose en las respuestas humanas de la persona ante los problemas de salud, reales o potenciales que esté viviendo en el momento de requerir de cuidado.

Cuando se establece la relación interpersonal enfermera-persona, enfermera-familia, o enfermera- comunidad se da inicio al proceso de cuidado, el profesional de enfermería realiza el análisis de la situación identifica la naturaleza de las necesidades o de los problemas de salud reales y potenciales que requieren de su intervención, y proporciona el cuidado ya sean los cuidados del care o de costumbre o bien los cuidados del cure o de curación. Así el proceso de cuidados significa una forma de pensar con relación al ser humano, a la salud, al entorno y al cuidado.

Las intervenciones de enfermería en este proceso se llevaron a cabo basándose: en la teoría de la marea en una relación enfermera-persona tomando en cuenta la historia de vida de la persona, encontrando aquellos aspectos que la conduzcan a querer recuperarse, resignificar por cuenta propia sus experiencias vividas y aprender a reescribir su historia desde su propia narrativa.

El cambio es un proceso constante. Uno de los principales objetivos de las intervenciones utilizadas en el modelo es ayudar a la persona a desarrollar una concienciación de los pequeños cambios que, en última instancia tendrá un gran efecto en su vida permitiéndole integrarse a su entorno y continuar su viaje de vida.

También se trabajó con base en los diez compromisos propuestos por esta teoría. Estos compromisos orientan el actuar enfermero durante el cuidado de la persona

con sufrimiento psíquico hacia el camino de su recuperación, acompañándolo en todo momento en su interacción familiar, grupal y con la comunidad.

En el marco general de las enfermedades mentales la esquizofrenia constituye el paradigma de éstas afecta: al pensamiento, el lenguaje, el afecto, la sensopercepción y la vida cotidiana de la persona y de su familia en su dinámica interna, en su economía, y en sus relaciones sociales, principalmente, debido a la necesidad de asistencia de la persona.

La esquizofrenia es una enfermedad devastadora cuya inatención produce severa incapacidad en la edad más productiva del ser humano.

La persona con esquizofrenia se caracteriza por su poca sociabilidad, episodios psicóticos y un deterioro gradual de su persona, en el ámbito familiar, escolar y laboral. En los países desarrollados ha sido considerada como un problema de salud pública; en México se estima que aproximadamente existen entre 500 mil y 700 mil personas con esta enfermedad. (Dr. Wascar Verduzco Fragoso, publicado en la revista salud y medicinas 2013).¹ La mayor parte de las personas inician su padecimiento entre los 15 y los 35 años de edad. Es una enfermedad crónica, incurable, pero controlable cuyo pronóstico varía en relación con la asistencia, el tratamiento oportuno, el abordaje multidisciplinario y los esfuerzos que se hagan en el campo de la rehabilitación psicosocial.

El personal de los servicios de salud mental en los ámbitos clínico y asistencial, de investigación y académico tienen que realizar un trabajo coordinado y sistemático a través de la prevención, la detección temprana, el manejo oportuno y la psi coeducación, base de la rehabilitación integral, para mejorar y fortalecer las condiciones de vida de las personas, de su familia y de la población en general.

¹ Revista *salud y medicinas*. por el Dr. Wascar Verduzco Fragoso, coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital Psiquiátrico Héctor Hernán Tovar Acosta, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y localizado en la capital de la República.

II.- JUSTIFICACIÓN

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realiza a una persona con sufrimiento psíquico en fase aguda causada por esquizofrenia paranoide con la finalidad de brindar cuidado de enfermería de calidad, a través de promoción, apoyo, conservación, educación y restablecimiento de la salud tanto a la persona como a la familia.

Con base a mi experiencia profesional y estadísticamente en la institución de salud mental en la que me encuentro laborando hospital psiquiátrico Villa Ocaranza las personas con diagnóstico médico de esquizofrenia en fase aguda son una de las principales causas de ingreso a la sala de urgencias psiquiátricas, por tal motivo me es de gran interés desarrollar un proceso de enfermería para estas personas que presentan alteración de sus necesidades y necesitan un cuidado integral durante su hospitalización y posteriormente en su domicilio.

Desarrollar el proceso de enfermería basándome en la teoría de "la marea" en la recuperación de la salud mental del teórico Phill Barker, destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, basadas principalmente en una relación enfermero-persona, es una visión específica del mundo. Ayuda a la enfermera a empezar a comprender que puede significar la salud mental para una persona en concreto desde su propia narrativa y como se puede ayudar a la persona para iniciar el complejo viaje a la recuperación.

El modelo de la marea se centra en lo imprescindible de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua y de los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, y es de gran utilidad como guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de la salud mental.

Gracias a los diez compromisos esenciales de la marea permite un trabajo en colaboración, desarrolla una relación terapéutica, establece la enfermería como elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria y la búsqueda de soluciones, resolución de problemas y promoción de la salud mental a través de intervenciones narrativas.

Las personas con sufrimiento psíquico experimentan una amenaza que los hace vulnerables. Sin embargo con una adecuada orientación, educación y cuidado durante las diferentes fases de su enfermedad es posible que la persona actúe por si misma se haga responsable de su autocuidado dándole un sentido positivo a su vida al descubrir que la recuperación es posible que como persona cuenta con los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación.

III.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería con base en la teoría de la marea a una persona con sufrimiento psíquico del hospital psiquiátrico Villa Ocaranza con la finalidad de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Proporcionar atención individualizada con calidad y humanismo.
- Llevar a cabo el proceso de enfermería, aplicando sus 5 etapas en forma sistematizada, los diez compromisos de la teoría de la marea y los principios en que se basa.
- Establecer prioridades para los cuidados de los problemas diagnosticados.
- Jerarquizar las actuaciones de enfermería.
- Desarrollar el Plan de Intervención de Enfermería
- Evaluar las Intervenciones de Enfermería.

IV.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El desarrollo de este Proceso de Enfermería se llevó a cabo con una persona hospitalizada en el área de atención a pacientes en fase aguda en el Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza”, durante 7 días para lo cual se ejecutaron las 5 etapas del Proceso de Enfermería.

En la etapa de Valoración se hizo la recolección, selección y organización de datos sobre el estado de salud de la persona teniendo como fuente primaria de información a la persona a los padres de la persona y el expediente clínico en segundo término, los medios para la recolección de datos fueron la entrevista, la observación y la exploración física obteniendo datos objetivos y subjetivos. Lo que permite una valoración general.

Además Se consultó y se siguió la metodología de la teoría intermedia de Phil Barker y su modelo de la marea el cual se centra en lo imprescindible de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua y de los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, y es de gran utilidad como guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de la salud mental.

Se utilizaron los tres dominios propuestos por Barker para el cuidado de la persona: YO, EL MUNDO Y LOS DEMAS.

En la etapa de Diagnóstico se identificaron las respuestas humanas ante los problemas de salud reales o potenciales que presenta el usuario, siguiendo la metodología de la teoría de la marea de una forma humanizada que permitió desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un

trabajo en colaboración, y aplicar la relación interpersonal, profesional- persona, para plasmar los diagnósticos identificados.

En la etapa de Planeación se realizó el establecimiento de necesidades alteradas por prioridades, se establecieron los objetivos a corto y largo plazo y se determinaron las intervenciones de enfermería y el registro del plan.

La planeación de los cuidados se centró principalmente en el modelo de la marea como un método filosófico para la recuperación de la salud mental.

En la etapa de Ejecución, se llevaron a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería planeadas, permitiendo priorizar las tareas dar seguimiento y replantear las intervenciones. Así como el registro del cuidado. Siguiendo la metodología de la teoría de la marea se desarrolló el conocimiento de la persona a través de un trabajo en colaboración con el personal de enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria para la búsqueda de la resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de métodos narrativos.

Las intervenciones estarán centradas en los 10 compromisos de la teoría de la marea los cuales reflejan una filosofía de como esperaríamos que nos trataran si nos encontráramos con un malestar o dificultad en nuestras vidas.

Así mismo se llevaron a cabo las intervenciones tomando en cuenta los principios del modelo de la marea.

Se siguió la metodología de los cuidados agudos, de desarrollo y transicionales

Se educó a la persona y a la familia con la finalidad de que comprenda que la vida no es un problema que deba solucionarse, la vida es algo que debe vivirse, de forma tan inteligente, competente y bien como podamos todos los días. Centrado en la escucha, educación y apego al tratamiento.

La etapa de Evaluación, me permitió evaluar el logro de las metas u objetivos y la verificación de la satisfacción de las necesidades de la persona con la alteración física, mental y emocional. Así mismo se evaluaron los logros obtenidos tomando en cuenta que la naturaleza humana es imprevisible y limitada de las conductas y

las experiencias humanas, comparado con el flujo constante de las mareas que van y vienen mostrando patrones no repetitivos con parámetros delimitados.

V.- MARCO TEORICO.

5.1.- ENFERMERIA.

La disciplina de enfermería se define como "el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana."(Kérouac, S., 1994) Esta comprende las teorías que describen, explican y prescriben sobre el fenómeno central de su interés, el cuidado, así como los resultados de las investigaciones que se relacionan con este fenómeno. Del mismo modo, teoristas como Jean Watson y Patricia Benner mencionan que la esencia de enfermería es el cuidado, y el foco está dado en la comprensión de enfermería como fenómeno.

La enfermería es una ciencia y un arte destinada al cuidado de la humanidad, promueve y mantiene la salud así como desarrolla intervenciones para prevenir enfermedades, asistir y rehabilitar a las personas que lo requieran, contribuye a la adecuada interacción del hombre con su medio ambiente para que estos desarrollen su máximo potencial de salud y se mantengan en un adecuado equilibrio.

La enfermería es una profesión con una base sólida de conocimientos científicos y filosóficos, cuyo objetivo es el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidad de una manera holística, autónoma, con identidad propia y delimitada de otras disciplinas del área de salud.

Es una ciencia y Arte. Posee una base de conocimientos científicos y filosóficos relacionados entre sí, que identifican a la enfermería como una disciplina del saber y como una profesión.

Sus intervenciones se basan en un amplio sistema de teorías, principios científicos y bases éticas que se aplican a través del proceso de atención de

enfermería.² (Según Florence Nightingale hace casi 150 años) - “ La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible” (Según define en términos de funciones Virginia Henderson en 1966) - “Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones” (Según la ANA [American Nurses Association] en 2003) - “Es la ciencia y el arte de cuidar de la salud de individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano”.

Su práctica se puede observar en todas partes principalmente en hospitales, empresas, escuelas, centros deportivos y recreativos, trabajo en la comunidad, con intervenciones asistenciales de gestión, investigación, docencia.

Su finalidad es proporcionar cuidados profesionales de manera holística en base a las necesidades de las personas que los requieren, en sus diferentes etapas de vida estos cuidados se proporcionan de forma individual, familiar o en comunidad. Su meta principal es mantener y conservar la vida de la persona para garantizar la preservación de la especie.

5.1.1.- Enfermería como profesión.

² Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorias en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance

Es una actividad social organizada y remunerada cuyo quehacer está dirigido a la sociedad, con herramientas necesarias y una preparación académica universitaria que es base fundamental para hacer frente a los problemas de la sociedad de una manera eficiente y con visión a futuro.(Marriner&Alligood 2007) afirma que la enfermería como profesión y disciplina³ viene ejerciéndose desde hace más de un siglo y es a Florence Nigtingale a quien a nivel internacional se le atribuye el inicio de la profesionalización de la enfermería.

5.1.2.-características. (Villalobos 2001)

- ⁴Conocimientos intelectuales propios con bases científicas, representados y sustentados por teorías y modelos que sustentan el quehacer profesional.
- Aplicación de metodología científica la cual define las intervenciones de enfermería con base en el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas.
- Tiene formación en instituciones de nivel profesional, esta tiene como antecedentes a Florence Nigtingale la cual sirvió de modelo para la nueva formación de enfermeras en todo el mundo.
- Funcionar con autonomía, la cual asegura el derecho a la práctica profesional de una manera independiente, asumiendo responsabilidades y riesgos propios de sus cuidados en las personas y comunidad a quienes son destinados.
- Posee un código de ética profesional, el cual establece normas y valores de la actividad profesional de enfermería en su práctica diaria con el individuo, familias, comunidad y compañeros de trabajo.
- Reconocimiento de su quehacer profesional en la contribución a los problemas de salud de la sociedad. El compromiso que tiene el profesional

³ Profesión hace referencia a un campo especializado de la practica; esta creada sobre la estructura técnica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que lo acompañan. Disciplina es especifica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.(Marriner&Alligood,2007).

⁴ el conocimiento lleva implícito el proceso de conocer, que comienza con el mundo y formar parte de él y este proceso amerita la necesidad de describir e interpretar los fenómenos circundantes, incluyendo la predicción con cierto grado de exactitud.(Villalobos 2001)

de enfermería con la sociedad debe ser integral y de una manera responsable, humanitaria, con una relación de confianza para poder brindar cuidados específicos a problemas de salud que aquejan a la sociedad.

Esforzarse en su práctica buscando el bien de todo el gremio para lograr un campo más amplio de acción con autonomía y seguridad económica equitativa a las demás profesiones, tomando en cuenta que es una profesión que presta cuidados de gran calidad a nivel mundial, lo cual es la base para lograr el reconocimiento que merece y el acceso a oportunidades a nivel empresarial.

5.1.3.-⁵ Funciones profesionales. Mercedes Zamuner(2000)

- Tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y ponerlas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella.
- Promover, prevenir, mantener la salud, asistir y rehabilitar al individuo enfermo redirigirlo para una adecuada interacción con su entorno para así lograr el desarrollo del máximo potencial de salud.
- Proporciona cuidados de una manera filosófica y holística. Los cuales están orientados a la comprensión de los fenómenos humanos buscando la salud de las personas, su bienestar y su trascendencia durante sus diferentes etapas de vida y de situaciones propias de cada ser humano, interactuando de una forma humana y empática captando su esencia y sustancia. El holismo integra la estética del cuidado en el sentido de que da cuenta de la totalidad humana. Ahí expresa su comunicatividad, su corporeidad y su espiritualidad.

⁵ La Enfermería Ciencia y Arte del Cuidado, Lic. Hna, Mercedes Zamuner. revista, temas de enfermería actualizados(TEA)NO. 47 2000

- Desarrollar una infinita variedad de actividades dirigidas al cuidado de las personas con la finalidad de mantener y conservar la vida para permitir que esta se continúe y reproduzca.
- Si no es posible restablecer la salud de las personas las ayudara a morir con dignidad.

5.1.4.-⁶ Metas. Bethel College (2014)

- Seguir desarrollándose en la sociedad ya que dispone de las herramientas necesarias para enfrentar la globalización y los problemas de salud que aquejan a la sociedad en la actualidad y en un futuro de una manera profesional.
- Consolidación como disciplina profesional con autonomía e identidad propia, delimitada de otras disciplinas del área de salud.
- Conseguir el bienestar óptimo de la persona que está a su cuidado, mediante retención, logro o mantenimiento de su estabilidad.
- Promoción a la salud en las diferentes etapas de la vida de la persona, para asegurar su bienestar.
- Mantener y conservar la vida de las personas para garantizar la preservación de la especie.

5.2.-El cuidado de Enfermería.

5.2.1.-Antecedentes:El cuidado se ha brindado desde el inicio de la humanidad cuyo objetivo principal hasta nuestros tiempos es la de cubrir las necesidades de las personas para preservar la especie, en principio se dio de una manera empírica y bajo una forma dependiente de la disciplina médica, en la actualidad

⁶ María Mercedes Duran de Villalobos. Enfermería desarrollo teórico y practico, primera edición 1998, reimpresión 2001.universidad nacional de Colombia.

gracias al reconocimiento de la enfermería como una profesión, se brinda cuidado de una manera holística de forma autónoma y de manera creciente buscando equidad con otras profesiones. Desde el punto de vista de Leininger (2007), el cuidado es el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas. Afirma que el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos. El cuidado permitió a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, en donde el Cuidado es quien crea al hombre y lo protege. De esto se deriva que la acción de cuidar es, entonces, algo propio del ser humano y revela su íntima constitución Torralba (2000).

Según (Colliere, 1993) cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción. Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente, es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda, para asumir sus cuidados de vida. "Cuidar se sitúa en el cruce de lo que hace vivir y morir, es permitir nacer y renacer a la vida y de vivir la muerte..." Colliere, 1996.

"El Cuidado determina lo que puede ser percibido por una persona y se dirige hacia la respuesta individual determinada por su mundo veencial". Benner P. (2002)

Jean Watson considera el cuidar "como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total." (Watson, 1985; Watson, 1994; Watson, 1999; Watson, 2004).

5.2.2.-Clasificación:

Madeleine Leininger destaca que el cuidar depende en gran medida del contexto, lo cual crea ciertas dificultades para desarrollar una ciencia del cuidar. Se considera que el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan y que varían culturalmente, es así que en la

cultura anglosajona se distingue entre los términos de care y cure⁷, donde care (los de costumbre y habituales) es la acción de cuidar y se relacionan con la conservación y continuidad de la vida, están basados en hábitos, costumbres y creencias; cure (curación o tratamiento de la enfermedad) relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida, por ejemplo: el hambre.

Este tipo de cuidados tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas. Otros aspectos a considerar es establecer la diferencia que existe entre curación y cuidados en donde agrega: los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación. Las diferencias ontológicas entre las actividades de curar y las de cuidar, de acuerdo con Medina (1999), se basan en la discrepancia de la perspectiva epistemológica y filosófica de la que ambas parten. Los aspectos biomédicos y curativos se basan en una perspectiva analítica, empírica y experimental, reduciendo lo humano a lo biológico, es decir el ser humano es una enfermedad o un objeto de estudio. (Leininger, 1978).

⁸La estética del cuidado enfermero, está orientada a la comprensión de los fenómenos humanos, es una práctica bondadosa destinada a buscar la salud de las personas, su bienestar y su trascendencia durante sus diferentes etapas de vida y de situaciones propias de cada ser humano.

El profesional de enfermería centra los cuidados en la persona humana, identificándolo como un ser con singularidad propia e irrepetible, interactúa con el de una forma humana y empática, captando su esencia y sustancia, sus cuidados van dirigidos a recuperar su bienestar los cuales proporciona de una forma holística haciendo uso de sus habilidades intelectuales y prácticas.

El holismo integra la estética del cuidado en el sentido de que da cuenta de la totalidad humana. Ahí expresa su comunicatividad, su corporeidad y su espiritualidad. El cuidado de enfermería está llamado a una vocación integradora

⁷ Vocabulario inglés, To cure: cuidar de, ocuparse de. To care: curar, tratar, curar.

⁸ Colliere, M. (1993). Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. España: McGraw-Hill Interamericana.

para la comprensión e interpretación subjetiva de la persona. El arte del cuidado como una totalidad es el imperativo de conjugar las ancestrales dicotomías que en la práctica no consciente se ven expresadas como la salud en contraposición a la enfermedad; el cuerpo contra la mente o contra espíritu; la teoría contra la práctica.

El ser humano es un ser con totalidad en donde las diferentes dimensiones que lo constituyen como son la física, biológica, espiritual y social, están en constante interacción y no puede separarse una de otra por tal motivo el cuidado debe ser holístico, proporcionado tomando en cuenta la totalidad del ser humano, promoviendo su salud y su calidad de vida en una forma armónica, continua y equilibrada.

Como profesionales de enfermería tendremos la labor de crear estrategias constructivas que nos permitan brindar un cuidado con humanismo, comprendiendo el sufrimiento de la persona en las etapas de agonía, duelo y la muerte.

El cuidado estético tiene que ser integro para lograr un adecuada funcionalidad de la salud, física, mental y espiritual, tiene que poseer conocimiento reflexivo que permita un equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu del ser humano.

Dentro de mi área laboral el cuidado que se brinda a las personas, está destinado a cubrir las necesidades tanto físicas como psíquicas y espirituales , de una manera humanitaria , en conjunto con el equipo multidisciplinario ya que así lo requieren las personas a quienes brindamos el cuidado se busca mejorar su calidad de vida de las personas cubriendo sus necesidades de manera oportuna, vigilancia estrecha de un adecuado apego al tratamiento, participación e intervenciones en programas de prevención, promoción a la salud mental y de rehabilitación para favorecer su reinserción social y familiar.

5.3.- FENOMENOLOGÍA

⁹La Fenomenología, se define como una filosofía y un método de investigación que capta "la experiencia vivida", que explora y captura la experiencia subjetiva del individuo, cómo la está percibiendo y qué significado tiene para este. Es una ciencia cuyo propósito es describir un fenómeno en particular o la apariencia de las cosas.

La fenomenología fue pensada y descrita por Edmund Husserl como una filosofía. Esta palabra está compuesta por dos vocablos griegos: "fenomenon" y "logos". "Fenomenon" deriva de "faineszai" que significa mostrarse, sacar a la luz del día, hacer patente y visible en sí mismo. El significado de "logos" significa discurso, ciencia. Es así como se puede entender la fenomenología como la ciencia de lo no visible o no evidente.

La función fundamental de la fenomenología es la reflexión interpretativa de las experiencias vividas, intentando explicar la "vivencia" y clarificar las "cosas mismas" partiendo de la conciencia.

La fenomenología se aproxima a lo propiamente humano, y la disciplina de enfermería es humana; por lo que este tipo de aproximación produce conocimiento científico que fortalece la práctica de enfermería, y por tanto, contribuye al desarrollo disciplinar. Por lo tanto, la disciplina de enfermería precisa de la fenomenología para poder otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos de interés, que este caso sería la experiencia de cuidado desde la perspectiva de la persona que la vivencia, permitiendo conocer la importancia de los cuidados en las situaciones de salud-enfermedad y favoreciendo, a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos, un análisis crítico y reflexivo del cuidado de enfermería entregado a las personas.

⁹ Solano, M.C. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. Cultura de los cuidados. 2006; 10(19): 5-6

El propósito de la fenomenología, es describir las experiencias tal como son vividas, lo que permite conocer la experiencia de cuidado humano, desde la perspectiva de la persona que la vivencia. El conocimiento en profundidad de la experiencia de cuidado brindará al profesional de enfermería la oportunidad de entregar cuidados integrales y centrados en las necesidades de cada persona.

Debido al contacto permanente con la persona, el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno etiopatogenico .La investigación pone su interés y compromiso en develar la vivencia del otro, tal como es vivida.

5.3.1.-Cultura de los Cuidados fenomenológicos.

¹⁰Este nuevo conocimiento se refleja en la calidad de la atención que ofrecemos a nuestros pacientes, una vez que aprendemos a “ver” las personas más allá de la enfermedad, además de los síntomas y signos, permitiendo que sus necesidades reales sean reveladas y, por tanto, posibles de satisfacción. Una comprensión fenomenológica, ¿que busca el ser en la enfermedad? y su más rica experiencia permite el diseño de las acciones que están destinadas al paciente y no a la enfermedad misma (Merighi, Fernández, 2007).

Nuestro caminar en la investigación fenomenológica ha puesto de manifiesto una gran variedad de sentimientos, porque nos damos cuenta de que cada persona enfrenta la enfermedad a su modo, presentando diferentes necesidades de atención o cuidados. El enfermero debe tener en su capacitación académica, los conocimientos teóricos y prácticos para satisfacer las necesidades expresadas por los pacientes que experimentan la enfermedad, sin embargo, las necesidades no manifestadas requieren una atención que va más allá de los patrones ya establecidos.

Observamos que los pacientes son seres únicos, algunos tardan más tiempo en darse cuenta de sus enfermedades; otros buscan tratamientos y hacen inversiones en sí mismos sin descanso. Esos resultados iluminan nuestra práctica y reducen la posibilidad de alejarse de la esencia humana y de nuestro objeto real de trabajo: el cuidado dispensado a los seres humanos. Aprendemos con la

¹⁰ Consuelo Vélez. Álvarez. José Hoover Venegas. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica, octubre 2011.

fenomenología que las historias y los relatos contados por las personas enriquecen nuestro conocimiento para la investigación y para la mejoría de la calidad de los cuidados de enfermería. Considerando que el ser humano sólo existe en la verdad, sólo cuando nos fijamos en los pacientes y en su propia existencia, es que conseguimos entrar en el mundo vivido por ellos y podemos compartir sus sentimientos, dolores, angustias y ansiedades. Acercarse a la otra persona en su esencia puede representar la oportunidad de que el otro sea él mismo auténticamente, y seguir

Viviendo por los caminos que revelan una existencia sufrida, pero única llena de significados.

5.4.-TEORIA DE LA MAREA.

5.4.1.- ASPECTOS BIOGRÁFICOS

Nació en el año de 1932 en Escocia, cerca del mar; su lema principal el cual atribuye a su padre y abuelo “El calor de la educación y la disciplina de los límites”, al igual que ellos llegó a ser filósofo. Barker se formó como pintor y escultor a mediados de la década de 1960; y en 1974 ya era enfermero de psiquiatría. Barker atribuye a la escuela de arte su introducción en el “aprendizaje de la realidad” que fue el centro de sus investigaciones filosóficas; su visión de la enfermería se enfoca en “el arte de cuidar”

En el año 1970 tomó un nuevo rumbo ocupando un cargo de “auxiliar en el manicomio local” lo que lo hizo trasladar su interés por las artes y las humanidades a la enfermería. Se sumergió en esencia en la enfermería cuando empezó a estudiar y practicar varias psicoterapias, como la terapia conductual cognitiva y la terapia familiar y de grupo; su investigación doctoral se caracteriza por un trabajo conductual cognitivo con un grupo de mujeres que vivían con depresión. Su curiosidad sobre la vida le sugirió cuestiones sobre las personas con las que trabajaba y su capacidad de adaptación e integridad; reaparecieron en las cuestiones sobre:

- *¿Qué es ser una persona?*
- *¿Cuál es el objetivo adecuado de la enfermería?*
- *¿Para qué son necesarias las enfermeras?*

Estas cuestiones conformaron su agenda de investigación y culminaron el desarrollo del modelo de la marea.

Durante su carrera de enfermería Barker se ha preguntado por el objetivo adecuado de la enfermería psiquiátrica y el papel del cuidado, la compasión, la comprensión y el respaldo para ayudar a personas que sufren un estrés extremo o una pérdida del “yo” o en crisis espirituales(Barker 1999b). El modelo de la marea se desarrolló en este contexto e historia. La base narrativa de conocimientos del modelo de la marea, aunque particular, no es exclusiva y deja espacio al desarrollo y a otros puntos de vista. Baker es autor de 14 libros, de más de 50 capítulos de libros y más de 150 artículos académicos.

5.4.2.-FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

El modelo de la marea se centra en los procesos fundamentales de los cuidados de la enfermería; es aplicable a nivel universal y es una guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de salud mental .La teoría es radical en su re conceptualización de los problemas de salud mental y las necesidades, además de inequívocamente humana, más que psicológica, social o física.

El modelo de la marea “destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo; establecería la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria” y la búsqueda de resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de métodos narrativos.

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación de la salud mental; es una visión específica del mundo. Ayuda a la enfermera a empezar a comprender que puede significar la salud mental para una persona en concreto y como se puede ayudar a la persona para iniciar el complejo viaje de recuperación. El modelo no es prescriptivo, sino más bien un grupo de principios que son la brújula metafórica para el profesional; emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar para representar los aspectos conocidos del estrés humano. El agua es “la metáfora central de la experiencia vivida de la persona y el sistema de cuidados que auto modela la persona con la ayuda de las enfermeras“

En la década de 1980 Barker desarrollo el concepto de “cuidar” personas aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más “mutua” que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau (1969).

Baker cree que “todo lo que soy es historia: todo lo que podre ser alguna vez es historia”. Cuando las personas intentan explicar a los demás “quienes “son, explican historias sobre sí mismos y su mundo de experiencias, repasando, corrigiendo y reescribiendo estas historias atraves del dialogo con los demás.

Tres bases teóricas sustentan el modelo de la marea:

1. La teoría de relaciones interpersonales de Peplau (1952,1969)
2. La teoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental derivada de la necesidad de estudios de enfermería.
3. La delegación de poder en las relaciones interpersonales.

La base firme del modelo de la marea destaca la investigación y los resultados, y la identificación de recursos. La teoría integra la necesidad de estudios de enfermería, de colaboración, de delegación de poder; de relaciones interpersonales, de narrativa, de métodos basados en la fuerza y orientados a soluciones y es sistémica.

Los valores del modelo de la marea reflejan una filosofía de como esperaríamos que nos trataran si nos encontramos con un malestar o dificultad en nuestras vidas. Los diez compromisos destilan la esencia del valor base del modelo de la marea. Estos 10 compromisos tienen que estar bien ubicados en cualquier equipo o profesional individual que quiera decir que está desarrollando la práctica del modelo de la marea.

1. Valorar la voz
2. Respetar el lenguaje
3. Desarrollar la curiosidad genuina
4. Llegar a ser el aprendiz
5. Utilizar el equipo de herramientas disponible
6. Trabajar un paso más allá
7. Dar el don del tiempo
8. Revelar la sabiduría personal
9. Saber que el cambio es constante

10. Ser transparente

5.4.3.- PRUEBAS EMPÍRICAS UTILIZADAS EN EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

En cinco años, desde 1995 el equipo de investigación de Newcastle y North Tyneside analizo lo que pueden necesitar de las enfermeras las personas con problemas de experiencias vividas. Empezaron a utilizar sus primeros hallazgos en 1997 como base para el desarrollo del modelo de la marea.

El poder de la relación enfermera-paciente demostrado a través de las primeras investigaciones de Altschul a principios de la década de 1960 y el paradigma de Peplau de las relaciones interpersonales contribuyen a la base empírica del modelo de la marea.

Dos de los estudios que generaron la teoría de Barker aportan una base empírica para el modelo de la marea. Los estudios de “necesidad de la enfermería” examinaron las percepciones del servicio por parte de los usuarios, de los miembros de los equipos multidisciplinarios y de las enfermeras, y pretendían clarificar los roles y funciones propias de la enfermería en la asistencia multidisciplinaria y el proceso de tratamiento y aprender que valoran las personas de las enfermeras.

El segundo estudio se centró en la naturaleza de la delegación de poder y como se representa en la relación entre enfermeras y personas cuidadas.

Desarrollo los supuestos de Peplau sobre la importancia de las transacciones interpersonales específicas y proporciono una guía y estrategias para las enfermeras en las relaciones cooperativas enfermera-persona. Las estrategias incluyen:

- Ser respetuoso con el conocimiento y la experiencia de las personas sobre su propia salud y enfermedad
- Situarse a la persona como eje director de la interacción
- Buscar el permiso para examinar la experiencia de la persona
- Valorar la contribución de la persona
- Tener interés como una forma de validar la experiencia de la persona

- Hallar un lenguaje común para describir la situación
- Evaluar la situación
- Revisar en colaboración y alentar la esperanza a través del diseño de un futuro realista conjuntamente

5.4.4.-CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

1. Bases Teóricas del Modelo de la Marea

- a. El principal objetivo terapéutico en el cuidado de la salud mental está en la comunidad.
- b. El cambio es un proceso constante, continuo.
- c. La delegación de poder está en el centro del proceso de cuidar.
- d. La enfermera y la persona están unidas (aunque de forma transitoria) igual que los bailarines en un baile

2. Los Tres Dominios: un modelo de la persona: En el modelo de la marea la persona está representada por tres dominios personales: yo, el mundo y los demás.

- a. El dominio del yo: es el lugar privado donde vive la persona. Aquí la persona tiene pensamientos, sentimientos, creencias, valores, ideas que solo ella conoce
- b. El dominio del mundo: Cuando las personas hablan con los demás sobre sus pensamientos, sentimientos, creencias u otras experiencias privadas que solo ellas conocen van a este dominio
- c. El dominio de los demás: Es el lugar donde la persona representa la vida diaria con otras personas (familia, amigos, vecinos.etc.)

3. Agua: Una Metáfora: El modelo de la marea se centra en lo imprescindible de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua

4. Principios:

- a. Una creencia en virtud de la curiosidad: la persona es la autoridad mundial de su vida y sus problemas
- b. Reconocimiento del poder de los recursos
- c. Respeto por los deseos de la persona más que ser paternalista

- d. Aceptación de la paradoja de crisis como oportunidad
- e. Aceptar que todos los objetivos deben evidentemente pertenecer a la persona
- f. La virtud de perseguir la elegancia

4. Lanzarse a nadar creencias de compromiso: Cuando las personas tienen un malestar grave, con frecuencia sienten como si se estuvieran ahogando. En estas circunstancias necesitan un salvavidas. Desde luego los salvavidas tienen que comprometerse con la persona

5. Filosofía terapéutica:

- ¿Porque, Porque ahora?
- ¿Qué funciona?
- ¿Qué es la teoría personal de la persona?
- ¿Cómo limitar las restricciones?

6. Cuidado continuo: A medida que fluyen las necesidades de las personas a través de límites artificiales, el cuidado es perfecto, siempre que se dé la intención de la persona de volver a su océano de experiencia en su propia comunidad.

5.4.5.- METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORIA

PERSONA

Su visión se basa en la experiencia vivida por la persona e igualmente por su historia y su narrativa. Allí las personas desarrollan una explicación para el mundo y el papel que desarrolla en él. Las personas dan su propia historia teniendo como pilar que su vida es un constante cambio, esta vida se toma como un océano de experiencias en donde la persona se desarrolla y se califica por el tipo de relación que entable como por ejemplo: madre, padre, abuela, prima, etc.

CUIDADO O ENFERMERIA

La enfermería va cambiando en respuesta a las necesidades y al cambio en las estructuras sociales, es por esto que la enfermería se toma como un producto social más que profesional, la enfermería de esta manera debe promover condiciones que promuevan el crecimiento y el desarrollo.

Por otra parte se habla de enfermería psiquiátrica cuando el enfermero busca el malestar en la persona pero así mismo busca herramientas necesarias para solucionar este. Pero cuando se toma aparte de esto el medio social en donde se vive y le da herramientas para mejorar su calidad de vida se está tomando una enfermería para la salud mental.

SALUD

La salud es el resultado de la autonomía de la persona pero sin dejar de lado el impacto social en el mismo, moldeado por una cultura. Allí se toma la persona para medir su capacidad de adaptación para cada uno de los entornos cambiantes, y así mismo la curación cuando existe un daño.

Así mismo es la misma persona la que regula sus actividades diarias y entran en juego aquí lo que se conozca de sí mismo y de cómo se maneja esto, en este punto la persona debe entender que la enfermedad, el dolor y la muerte también son una parte fundamental de vida.

Es por esto que la enfermera no debe conocer la persona solo en su parte personal y social sino también en como la persona ve la enfermedad o la muerte.

ENTORNO

Es el contexto en el que las personas viven su océano de experiencias y son las enfermeras las que crean un espacio para un crecimiento y un desarrollo. Se debe tener en cuenta la relación de persona-entorno y de cómo esta relación se debe entender como un conjunto y no estudiar cada una de sus partes. Es allí en donde el papel de la enfermera hace que la persona vea este entorno y esa persona sean seguros, haciendo que se tenga una dinámica de buenos resultados con la relación

5.4.6.- AFIRMACIONES TEORICAS

El modelo de la marea se basa en la creación de 4 premisas desarrolladas por Phill Barker a mediados de 1990:

1.- La enfermedad psiquiátrica es una actividad del desarrollo humano, que se basa más en el desarrollo futuro de la persona que por los orígenes o las causas del malestar psíquico.

2.- La experiencia del malestar psíquico se representa con alteraciones evidentes o por causas internas conocidas únicamente por la persona.

3.- Las enfermeras y la persona establecen una relación de mutua influencia.

4.- La experiencia de enfermedad mental se traduce en alteraciones de la vida diaria y la respuesta humana a los problemas cotidianos.

*Barker contempla el malestar psíquico como el todo de lo que es la persona no como algo separado de lo que se considera como normal en esta *El modelo de la marea supone y afirma que las personas saben cuáles son sus necesidades o si pueden recibir ayuda para identificarlas a través del tiempo.

* Las personas que sufren una enfermedad mental o un problema de salud mental sufren una amenaza que los hace humanamente vulnerables, pero hay personas que están lo suficientemente sanas que pueden actuar sobre sí mismas e influir para un bien en su propia vida.

5.4.7.- FORMA LÓGICA

La teoría de la marea tiene una estructura muy bien establecida igualmente sus conceptos y es lógicamente adecuado. Esta contiene ideas muy amplias estudia situaciones vividas por la persona y sigue el proceso natural de las experiencias aplicando la práctica en base de datos científicos. Se ha creado una meta teoría de la enfermedad psiquiátrica y la salud mental. Los problemas vitales de la persona y la enfermería se basaron en una investigación sistémica. Pues mediante la investigación que la teoría va tomando un modelo.

El modelo de la marea va desde una perspectiva filosófica y así mismo una visión del mundo aportando así creencias sobre personas y enfermería.

El centro de la práctica de la teoría es no solo el conocer sino también el conocerme. La teoría obtiene su conocimiento de la observación clínica, la práctica, la investigación y la filosofía.

Las historias generadas en el cuidado se obtienen del mismo paciente y de lo que este describe, así que cuando la persona sufre una enfermedad que lo

deja discapacitado la enfermera debe mantener el ánimo de buscar en el mismo los recursos para un fortalecimiento y sobre qué debe hacerse.

Para planificar la asistencia se debe tener una colaboración para desarrollar estrategias de cambios para así generar soluciones. Destacando los recursos de cada persona y no dejando de lado el hecho de que el cambio es constante

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación en salud mental. No es un método de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental. El modelo de la marea es una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles. La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber, y Barker invita a las enfermeras a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre.

Una característica clave de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas. Desarrolló un interés por el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau.

El modelo de la marea es un grupo de 10 compromisos que son la brújula metafórica para el profesional. La experiencia del distrés mental siempre se describe en términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar, para representar los aspectos conocidos del distrés humano. El agua es “la

metáfora central de la experiencia vivida de la persona...y el sistema de cuidados que se automodela la persona con la ayuda de la enfermera”.

La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano, incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad, comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo de experiencias. En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir tempestades o piratería. El barco puede empezar a hacer agua, y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse en su distrés o estrellarse entre las rocas. Es como si hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana. Es como si hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben. Todas las personas en estas circunstancias necesitan, en primer lugar, un refugio seguro, de forma que puedan retirarse para empezar el trabajo de reparación necesario en el barco de sus vidas. Cuando se han acostumbrado de nuevo al movimiento del barco y han recuperado su confianza para volver a navegar en el océano de su experiencia, las personas tienen que empezar la completa y desafiante tarea de trazar el mapa de sus recuperaciones. Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil.

Tempestades es una metáfora para los problemas de la vida; *piratería* evoca la experiencia de una violación o asalto del yo que puede producir un distrés grave. Muchos usuarios describen la naturaleza arrolladora de la experiencia del distrés como algo parecido a ahogarse y, con frecuencia, acaba en un naufragio metafórico en las costas de una unidad psiquiátrica de pacientes agudos. Un rescate psiquiátrico adecuado debe parecerse a un salvavidas, y debería llevar a la persona a un puerto seguro donde pueda realizarse el trabajo de reparación humana necesario.

La enfermedad mental desautoriza, y las personas que presentan cualquiera de las miles de amenazas a sus identidades personales o sociales, comúnmente denominadas enfermedad mental o problemas de salud mental, experimentan una

amenaza que los hace humanamente vulnerables. Sin embargo, muchas personas están lo bastante sanas como para poder actuar por sí mismas e influir constructivamente en el sentido de sus vidas. La recuperación es posible, y las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación.

El modelo de la marea destaca la importancia central de: desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo, establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria y la búsqueda de soluciones, resolución de problemas y promoción de la salud mental a través de intervenciones narrativas.

El trabajo de la enfermera comienza construyendo un puente entre la persona y ella, de forma creativa, para llegar a la persona cruzando las aguas turbias del estrés mental en el proceso. Y el potencial para recrear, reescribirlo o reconstruir la historia con personas asistidas radica en el diálogo. Disfrutando con las infinitas posibilidades del diálogo interpersonal, se descubren las experiencias de sus propias vidas, con fortalezas y recursos (no tanto centrado en los problemas), pero que pueden necesitar ser descubiertos. Entramos en la búsqueda de la historia personal y ayudamos a crear una narrativa coherente, respetuosa con el lenguaje diario, el lenguaje natural de la persona. La persona incluye quién es, cuál ha sido su experiencia, qué necesita la persona de la enfermera y cómo progresar a través de su historia y crear una historia de recuperación.

Una característica definitoria de este modelo es el énfasis en la narrativa de la persona a través de su propia voz.

También es una reestructuración significativa de la imagen de la persona cuidada y el verdadero objetivo de la enfermería. Requiere ánimo y creatividad para

desaprender nuestros modelos basados en el déficit y el concepto de la enfermera experta.

Los estudios demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. Que las enfermeras deben responder sensiblemente y con frecuencia a las fluctuantes necesidades humanas de las personas y sus familias.

Las estrategias incluyen ser respetuosos con el conocimiento y la experiencia de las personas sobre su propia salud y enfermedad, situando a la persona como eje director de la interacción, buscando permiso para explorar la experiencia de la persona, valorando la contribución de la persona, tener interés por la forma como válida la persona su experiencia, hallar un lenguaje común para describir la situación, evaluado y revisado conjuntamente, y alentando la esperanza a través del diseño de un futuro realista.

PARA LANZARSE A NADAR Y EMPEZAR EL PROCESO DE COMPROMISO TENEMOS QUE CREER QUE:

- La naturaleza total del ser humano está representada por el plano físico, emocional, intelectual, social y espiritual.
- La recuperación es posible.
- El cambio es inevitable; nada es duradero.
- En última instancia, las personas saben qué es lo mejor para ellas.
- Las personas poseen todos los recursos que necesitan para empezar el viaje de recuperación.
- La persona es el profesor, y nosotros, los ayudantes, los alumnos.
- Tenemos que ser creativamente curiosos, aprender qué debe hacerse para ayudar a la persona ahora.

5.4.8.-PRINCIPIOS:

Curiosidad: la persona es la autoridad principal en el mundo de su vida.

Recursos: centrarse y trabajar con los recursos de la persona: recursos individuales, recursos en la red interpersonal y social.

Crisis como oportunidad: señal natural de que debe hacerse algo; oportunidad para cambiar, tomar una nueva dirección en la vida, revisar la vida.

No pensar demasiado: los objetivos iniciales son pequeños y específicos (frente al punto final del proceso del cuidado).

Elegancia: la intervención más simple posible para que los cambios necesarios arranquen (frente a intervenciones muy complejas, a múltiples niveles).

5.4.9.-LOS 10 COMPROMISOS: VALORES ESENCIALES DEL MODELO DE LA MAREA

Valorar la voz: es la voz de la experiencia, en el relato está el distrés de la persona y la esperanza de la resolución. La historia del viaje de la recuperación y todos los planes de cuidados que lo apoyan, debería escribirse en la propia voz de la persona.

Respetar el lenguaje: no hay necesidad de colonizar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje con frecuencia arcaico, feo y raro de la psiquiatría, la jerga de la psicología popular o las ciencias sociales. Las personas ya tienen su propio lenguaje y es el más potente para describir, definir y articular su experiencia personal.

Desarrollar la curiosidad genuina: curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia no desplegada de la vida, ya que la persona escribe la historia de su vida, pero no debe confundirse con un libro abierto.

Llegar a ser el aprendiz: la persona es el experto mundial en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo del poder de esa historia, pero sólo si nos aplicamos con diligencia y respeto a la tarea de convertirnos en el aprendiz.

Revelar la sabiduría personal: una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona al escribir la historia de su vida, que se utilizará para respaldar a la persona y guiar el viaje a la recuperación.

Ser transparente: para ganar la confianza de la persona se ha de ser transparente en todo momento, ayudando a la persona a comprender qué se está haciendo y por qué. Así se consigue el tener ganas de hacerse confidencias.

Utilizar el equipo de herramientas disponible: la historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.

Trabajar un paso más allá: el cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, mostrando el poder del cambio y apuntando hacia el objetivo final de la recuperación.

Dar el don del tiempo: no hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona. La cuestión es cómo utilizar ese tiempo.

Saber que el cambio es constante: la tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la

persona deje de estar en peligro y sometido al distrés, y se oriente hacia la recuperación.

5.4.10.-BASES TEÓRICAS

1. El principal objetivo terapéutico en el cuidado de la salud mental está en la comunidad. Al final, el objetivo del cuidado de la salud mental es devolver a las personas a ese océano de experiencia para que puedan continuar en su viaje de vida.
2. El cambio es un proceso constante, continuo. Uno de los principales objetivos de las intervenciones utilizadas en el modelo es ayudar a las personas a desarrollar una concienciación de los pequeños cambios que, en última instancia, tendrán un gran efecto en sus vidas.
3. La delegación de poder está en el centro del proceso de cuidar. Las enfermeras ayudan a identificar cómo hacerse responsables de sus vidas, y de todas sus experiencias relacionadas.
4. La enfermera y la persona están unidas (aunque de forma transitoria) igual que los bailarines en un baile. Esto tiene implicaciones no sólo sobre lo que sucede en la relación, sino también por el tipo de apoyo que las enfermeras pueden necesitar de otros para mantener la integridad del proceso asistencial.

5.4.11.-PERSONA EN TRES DIMENSIONES

El mundo, el yo y los demás:

El dominio del mundo se centra en la necesidad de las personas de ser comprendidas y de tener validadas sus percepciones. Se realiza una valoración centrada en la experiencia de la persona, que ofrece la oportunidad de conocer los problemas o necesidades actuales de ésta. Así sabemos qué recursos en la vida

de la persona ayudarán a resolver problemas o cubrir las necesidades y qué necesidades deben cubrirse para que se produzca un cambio.

En este dominio la persona habla con los demás sobre sus pensamientos, sentimientos, creencias u otras experiencias que solo ellas conocen.

El dominio del yo: se centra en la necesidad de la persona de seguridad emocional y física. Una valoración estudia esta necesidad de seguridad, y se traduce en un plan que identifica el apoyo necesario para garantizar la seguridad personal y disminuir el riesgo de daño al yo o a los demás.

Es el lugar privado en donde vive la persona. Aquí la persona tiene pensamientos, sentimientos, creencias, valores ideas que solo ella conoce.

El dominio de los demás estudia el tipo de apoyo y los servicios que la persona necesita para vivir una vida normal. El equipo de trabajo interdisciplinario destaca en esta dimensión, ya que se incluyen intervenciones específicas médicas, sociales o psicológicas, al igual que elementos necesarios para la vida diaria: economía, vivienda y otros determinantes de la salud. La familia, los amigos y otros seres importantes también ocupan un lugar en esta dimensión.}

Es el lugar donde la persona representa la vida diaria con otras personas (familia, amigos, vecinos, etc).

5.4.12.- ESTE MÉTODO, CENTRADO EN LA PERSONA, COMPORTA HACER LAS SIGUIENTES CUATRO PREGUNTAS:

1. ¿Por qué? ¿Por qué ahora? ¿Por qué la persona presenta esta dificultad concreta ahora y qué debe hacerse para estudiar el problema?
2. ¿Qué funciona? El objetivo del modelo de la marea es descubrir qué ha funcionado antes en la persona y qué puede funcionar en un futuro inmediato.

3. ¿Qué es la teoría personal? ¿Cómo comprende o explica la persona su problema actual?
4. ¿Cómo limitar las restricciones? ¿Qué puede hacer la enfermera y cuánto puede hacer la persona para que se produzca el cambio terapéutico, utilizando las intervenciones menos restrictivas?

5.4.13.-CUIDADO CONTINUÓ.

Mediante el cuidado, las personas pueden necesitar cuidados agudos o inmediatos, transicionales o de desarrollo.

El cuidado práctico, inmediato, se centra en buscar soluciones a los problemas de la persona a corto plazo, y se centra en qué necesidades deben cubrirse ahora. Las personas entran en cuidado continuo cuando presentan una crisis inicial de la salud mental, entrando en el sistema, o cuando se produce una crisis en personas ya familiarizadas con el sistema.

El cuidado transicional se centra en el desplazamiento de la persona de un entorno a otro, en forma de cuidado. Aquí son muy importante las relaciones de enfermería con los colegas y asegurar la participación de la persona en dicha transferencia.

El objetivo del cuidado del desarrollo es una intervención terapéutica o un apoyo más intenso y a más largo plazo.

5.5.-ETAPA DE DESARROLLO DE LA PERSONA .¹¹

La etapa del adulto joven comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.

Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida. La crisis experiencial o de realismo es la que se da entre la adultez joven y la adultez media, la cual una vez superada da paso a la adultez media.

En la adultez joven hay que tomar muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.). El rol activo que se asume es el término de la moratoria psicosocial (según Erikson, 2012). Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos.

5.5.1.-Crecimiento y desarrollo físico.

Los hombres crecen hasta los 21 años y las mujeres hasta los 17-18 años, una de cada 10 mujeres crecen hasta los 21 años.

5.5.2.- Desarrollo sensorial y motor.

En el adulto joven las capacidades físicas alcanzan el máximo de efectividad, existe destreza manual y una mayor agudeza visual. Los hombres y mujeres alcanzan su Mayor plenitud, han logrado el más elevado punto de coordinación, equilibrio, agilidad, fuerza y resistencia.

Entre los 25 y los 30 años el hombre tiene máxima fuerza muscular, siempre y cuando la desarrolle.

5.5.3.-Características del Adulto Joven

- *es la etapa en que el ser humano toma las decisiones más fundamentales de su vida.*
- El periodo del galanteo y de la vida familiar.

¹¹ Cal.G.Eric Erikson. Modelos de etapas normativas 2012 vol.2

- El adulto joven debe buscar su auto-definición, independizándose gradualmente de sus padres.
- Desarrolla sus propios valores y toma sus propias decisiones.
- Alcanza su identidad.
- Asume responsabilidades.
- Acepta las consecuencias de sus decisiones.
- Capacidad de vivir íntimamente con una persona del sexo opuesto
- Piensa en la formación de una familia.
- Elección de profesión y/o trabajo.

5.5.4.-desarrollo sistémico

Los sistemas tienen en esta edad una notable capacidad compensatoria, así el adulto joven es capaz de conservar la salud en forma casi continua, por esta razón presentan poca o ninguna preocupación por su salud. A pesar de que en esta etapa las características físicas alcanzan su plenitud, se debe considerar que alrededor de los 30 años empiezan a declinar algunas capacidades.

5.5.5.-Desarrollo cognitivo.

Es importante saber que la vida para los adultos jóvenes, pierde su carácter provisional, lo cual significa que sabe que lo que hace hoy tendrá consecuencias mañana y que debe proyectarse a lo largo de la vida y no a 2 o 3 años.

El desarrollo del pensamiento alcanza un paso más, el adulto pasa del pensamiento formal según Piaget, al pensamiento post formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta.

5.5.6.-Desarrollo psicosocial.

Según E. Erickson el adulto joven enfrenta la intimidad versus el aislamiento en donde la gran tarea es: ser capaz de comprometerse con otro.

Según Schwartz las personas solteras pueden tener seis estilos de vida:

- La profesional: que tienen planificada toda su vida y se dedican al trabajo y al estudio.
- La social: que se dedican a las relaciones interpersonales, individualista que se concentra en sí mismo.
- La activista: los cuales se dedican a la política.
- El pasivo: que tiene una visión negativa de la vida.
- Los asistenciales: a los cuales les gusta servir a otros.

5.5.7.-Desarrollo moral.

Kohlberg define moral, como un sentido de justicia, el cual depende de un desarrollo cognitivo que implica una superación del pensamiento egocéntrico y una capacidad creciente de pensar de una manera abstracta.

El adulto joven posee, según este autor, una moral Post-convencional, que marca el logro de la verdadera moralidad, la persona conoce las posibilidades de conflicto entre dos estándares socialmente aceptados y tratan de decidir entre ellos.

Se debe de destacar que en periodo post-convencional se presenta: la “moral” de contrato de los derechos individuales y la ley aceptada democráticamente, es decir el adulto piensa en términos racionales, valorando la voluntad de las mayorías y el bienestar social, aceptando el obedecimiento a la ley impuesta por la sociedad y la “moral de principios éticos universales” en la cual el adulto hace lo que considera correcto a pesar de las restricciones legales o de lo que los demás opinen.

El desarrollo moral del adulto se basa en experiencias, el adulto vive y aprende, a través de las emociones que le permite reevaluar lo correcto y lo justo. Estas experiencias hacen que pueda ver mejor, moral y socialmente el punto de vista de los demás. Así también la confrontación de valores en conflicto fuera del hogar (como el trabajo, los estudios, etc) ayuda al desarrollo de la moral.

5.5.8.-Desarrollo afectivo.

El adulto joven comienza a superar el egocentrismo de la etapa anterior y logra colocarse en el lugar del otro, compartir experiencias y comportarse de una manera altruista, que le permite establecer una relación de pareja responsable y

asumir una posible paternidad. Al encontrar su identidad permite la fusión con otro, ya sea laboral o afectivamente ya posee la capacidad de adaptarse y de afiliarse.

Walter plantea que pueden existir en las parejas dos tipos de amor:

Apasionado: Se caracteriza por una confusión de estados emocionales, hay ternura, pasión y alegría sin embargo, genera mucha ansiedad y dependiendo de la estructura de personalidad se manifiestan sentimientos. Es característico de la juventud.

Compartido: Es un amor más profundo, donde hay compromiso, se comparte, se toman decisiones en conjunto con el otro en cuanto a la relación afectiva y existe conciencia de la relación afectiva que se tiene. Se espera que en el adulto joven temprano desarrolle un amor compartido, donde se sabe administrar la relación de pareja.

Alrededor de los 30 años hay un cuestionamiento de la vida pasada, de la elección de pareja, de la carrera, se hacen nuevas elecciones y profundizan o se cambian compromisos. El adulto siente la necesidad urgente de dar un carácter real y comprometido a su vida con el objeto de lograr la estabilidad, por lo tanto, reconstruye y reorganiza. Luego de esta transición se establece con la familia, el hogar y logra un sentido de pertenencia y llega a ser un miembro valorado por la sociedad.

5.5.9.-Desarrollo laboral.

En el ámbito laboral, el adulto joven se enfrenta con la tarea de establecer una identidad laboral adulta. La transición desde el aprendizaje y el juego al campo laboral puede ser gradual o abrupta, pero en algún momento del segundo decenio de la vida, el trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y progresión intrapsíquica. Sentirse productivo y competente es parte importante del auto-concepto y de la identidad psicosocial.

5.5.10.- Desarrollo Intelectual en el Adulto Joven.

Una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado pensamiento dialéctico, en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis. El pensamiento dialéctico consiste en la capacidad de considerar puntos de vista opuestos en forma simultánea, aceptando la existencia de

contradicciones. Este tipo de pensamiento permite la integración entre las creencias y experiencias con las inconsistencias y contradicciones descubiertas, favoreciendo así la evolución de nuevos puntos de vista, los cuales necesitan ser actualizados constantemente. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que éstos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo.

Los adultos que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracterizan porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas.

Otros teóricos se han referido a este mismo período, como el del pensamiento pos formal, una etapa que va más allá de las operaciones formales planteadas por Piaget. Este pensamiento pos formal tiene tres elementos básicos: relativismo, contradicción y síntesis. El adulto que alcanza el pensamiento pos formal es capaz de sintetizar pensamientos contradictorios, emociones y experiencias dentro de un contexto más amplio. No necesita elegir entre alternativas porque es capaz de integrarlas. (Hoffman, 1996. Pág. 123).

Shaie plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica cinco etapas por las que pasa la gente para adquirir conocimiento, luego lo aplica a su vida. Este modelo incluye las siguientes etapas: etapa de adquisición (de la infancia a la adolescencia), etapa de logro (desde el final de la adolescencia a los 30 años), etapa de responsabilidad (final de los 30 hasta inicio de los 60), etapa ejecutiva (también tiene lugar durante los 30 a 40 años), etapa re integrativa (vejez). Según el modelo de Shaie el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva.

- Etapa de logro: el individuo reconoce la necesidad de aplicar el conocimiento adquirido durante la etapa anterior para alcanzar metas a largo plazo.

- Etapa de responsabilidad: el individuo utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad.
- Etapa ejecutiva: desarrollan la habilidad de aplicar el conocimiento complejo en distintos niveles, por ejemplo: Instituciones Académicas, Iglesia, Gobierno, entre otras.

5.5.11.-Modelos de etapas normativas.

Carl G. Jung: individuación y trascendencia.

Sostenía que el desarrollo saludable de la madurez requiere la individuación, es decir, el surgimiento del verdadero yo a través del equilibrio o integración de las partes en conflicto de la personalidad, incluyendo aquellas que fueron previamente descuidadas. Jung decía que aproximadamente hasta los 40 años, los adultos se concentran en las obligaciones con la familia y la sociedad y desarrollan aquellos aspectos de la personalidad que los ayudarán a alcanzar metas externas. En la madurez la gente cambia su preocupación a su yo interno y espiritual. Dos tareas necesarias pero difíciles de la madurez son renunciar a la imagen de juventud y reconocer la mortalidad. Una búsqueda de significado dentro del yo. Las personas que evitan esta transición y no reorientan de manera apropiada sus ideas pierden la oportunidad de experimentar un crecimiento psicológico.

Erik Erikson: generatividad frente a estancamiento.

La madurez, Erikson la describía como un viraje al exterior. Consideraba que los años alrededor de los 40 son la época en que la gente ingresa en la séptima etapa normativa de generatividad frente a estancamiento. La generatividad como Erikson la describía, es la preocupación de los adultos maduros por establecer y orientar a la siguiente generación, perpetuándose a través de la influencia de los seguidores. La gente que no encuentra una salida a la generatividad se torna ensimismada, indulgente consigo misma o estancada.

5.6.-ESQUIZOFRENIA.

5.6.1.-Antecedentes.

El concepto de esquizofrenia, aún sin ser nombrada como tal, se remonta al siglo XIX, y quizá el primer caso documentado de ello es el de Conolly en 1849 cuando describe: “No es raro encontrar personas jóvenes que caen en un estado que se asemeja al de la melancolía, sin que se pueda comprobar que les haya sucedido algo que pudiese causar una aflicción o pesadumbre; estos jóvenes se vuelven indolentes y desempeñan sus diversas ocupaciones mecánicamente y sin interés, el intelecto, los afectos, las pasiones, todo parece inactivo, muerto y los enfermos completamente apáticos”.

El término de demencia precoz fue utilizado por primera vez en 1860 por Morel, psiquiatra belga. Fue el resultado de un caso clínico. “El sujeto en cuestión era un muchacho de estatura baja. Se pensó que el sentimiento que le producía su falta de crecimiento ocasionó que el paciente evitara la compañía de otros y que por ello tuviese una regresión que lo hizo volverse introspectivo, taciturno y tímido. Sus facultades psíquicas quedaron estancadas, su memoria de hechos recientes se tornó deficiente. Prácticamente olvidó lo que antes había aprendido. Antes del padecimiento aquel niño había sido el primero en su clase. Tenía el antecedente de una madre que había presentado cuadros psicóticos”. Morel que defendía la teoría de la degeneración concibió la afección del muchacho como una consecuencia heredo biológica degenerativa y llamó al estado del paciente como demencia precoz. Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse, junto con la debilidad mental, entre las variantes de la degeneración intelectual, física y moral que resultan de factores hereditarios.

En 1871 Hecker describió la hebefrenia, distinguiéndola de la demencia precoz por la necedad de los Hebe frénicos por lo que en algún tiempo se le denominó demencia necia¹².

¹² Demencia precoz necia (tonta o abobada) Es la hebefrenia de Hecker.

de aparición rápida, aguda, con incoherencia del pensamiento, sentimiento y acción. Otras veces, el comienzo puede ser más lento o sub-agudo. Se inicia en la edad temprana. Los pacientes tienen alucinaciones visuales, auditivas, del gusto y del olfato. Oyen sus propios pensamientos.

Presentan estados de depresión e ideas hipocondríaca.; el paciente a veces se torna amenazante, violento, pero por sobre todo es pueril. Su conducta en general y en totalidad se torna sin sentido, incoherente y tonta.

En algunos casos aparecen manierismo y negativismo. Por regla general llegan al empobrecimiento afectivo y a la demencia final.

Hecker describió ampliamente esta entidad hablando de su etiología, sintomatología, curso y pronóstico. Los rasgos característicos de la hebefrenia son: su aparición ligada a la pubertad, su aparición cambiante (melancolía, manía, confusión), la rápida evolución del padecimiento que

Termina en un debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final.

En 1874 Kahlbaum aisló o describió la catatonia, estableciendo tres síntomas que describían la enfermedad: la melancolía, que representa la última consecuencia de un contacto prolongado con circunstancias penosas, la manía que de ordinario sigue a la melancolía y es transitoria y el estado estuporoso asociado a flexibilidad cérea. "Estado en el cual el paciente se sienta tranquilamente o mudo por completo, inmóvil, sin que nada lo haga cambiar de posición, con el aspecto de estar absorto en la contemplación de un objeto, con los ojos fijos en un punto distante y sin ninguna volición aparente, ni reacción ante los estímulos sensoriales. Kahlbaum supuso que la catatonia era el síntoma de una enfermedad de la estructura cerebral. Contemporáneo a Kraepelín y eclipsado por éste, Clouston propuso la teoría de las alteraciones del neurodesarrollo como parte de la explicación del padecimiento, teoría que en la actualidad es la que está apuntando con mayor fuerza. Documentó una historia familiar en el 65% de los casos. Así el padecimiento que describía no era el de una demencia, sino una alteración en el desarrollo, con un componente hereditario fuera de toda duda.

Kraepelin en 1899 agrupa, bajo el rubro de *dementia praecox* los tres desórdenes que habían aparecido aislados: la hebefrenia, la catatonia, y la paranoide.

Estos tres desórdenes, pensó, tenían una causa única, por sus características en común: aparición en un periodo temprano de la vida y un desarrollo progresivo de la afección hasta llegar a alcanzar un estado demencial. Tuvo entonces que diferenciar su demencia precoz de otro tipo de demencias y de la enfermedad maníaco-depresiva, como se denominaba al trastorno bipolar.

En 1906 Meyer, a quien se le considera como el puente entre la psiquiatría europea y americana, propuso que la demencia precoz no era una entidad patológica, sino una reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como

resultado de una dificultad progresiva para adaptarse, "el cúmulo de hábitos defectuosos de reacción conduce a un deterioro de dichos hábitos".

En 1911 Bleuler basándose en este marco teórico acuñó el término de esquizofrenia; dentro de este concepto designó todos los casos de trastorno mental funcional, con excepción de las psicosis maníaco depresivo. Consideró que el trastorno de base era un desplazamiento de la personalidad y un trastorno del pensamiento. Difirió de Kraepelin sobre la edad de inicio y la evolución del padecimiento al mencionar que este proceso podría detenerse en cualquier momento y desaparecer en gran parte. De hecho consideró que era un error la definición de demencia, ya que las reacciones psicológicas del enfermo eran muy complejas, para siquiera compararlas con los retrasados mentales o los pacientes demenciados. Pensó que la enfermedad era un estado inarmónico y una división de la mente. Clasificó los síntomas de la esquizofrenia en primarios (autismo, alteración de las asociaciones del pensamiento, ambivalencia y aplanamiento afectivo) y secundarios (alucinaciones e ideas delirantes). Planteó que los síntomas primarios se relacionaban con causas orgánicas, mientras que los síntomas secundarios eran atribuidos a las alteraciones psicológicas. Los síntomas secundarios, las alucinaciones e ideas delirantes, eran los intentos del paciente por adaptarse a su problema orgánico primario. Por lo tanto, convencido del papel de los aspectos psicológicos en la evolución del padecimiento propuso el abordaje psicoterapéutico, que aún en nuestros días genera controversia.

Debió pasar un tiempo de intentos de clasificación por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1918, la APA da a conocer un listado de 22 padecimientos con el intento de organizar la especialidad. Para 1935 se produjo la "Standart Classification", en la que surgieron tres nuevas clasificaciones que compitieron con la anterior. Para 1948 la OMS publicó el ICD-6 pero de acuerdo a la poco satisfactoria sección de padecimientos psiquiátricos, la APA propuso su clasificación, originándose en 1952 el DSM-I, donde se pudo observar la influencia de la psicobiología de Meyer al describir los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores sociales y biológicos. Varios síndromes, incluyendo la

esquizofrenia, se presentaron de manera vaga a diferencia de la tendencia europea que definía claramente entidades nosológicas.

En 1968 el DSM-II, sustituyó el término “reacción” por el de “neurosis”, influenciado por la ideología psicoanalítica. Las entidades nosológicas continuaban con descripciones vagas y límites poco definidos.

En 1980 apareció el DSM-III y con ello el sistema multiaxial, donde se regresa al énfasis de Kraepelín sobre la presencia de síntomas específicos para la realización de un diagnóstico.

En la actualidad, la mayoría de servicios psiquiátricos en el mundo entero encuentran más práctico el auxilio diagnóstico del DSM-IV 1999), ahora en su versión revisada (DSM-IV-TR criterios diagnósticos, 2002), por considerarlo un sistema descriptivo y más objetivo, sin olvidar que los reportes internacionales continúan refiriéndose en los términos del manual de la OMS, el CIE-10.

Otro avance fundamental en el conocimiento de la enfermedad fue la división de dos síndromes dentro de la esquizofrenia, así desde 1975 Strauss expuso que existían dos tipos diferentes, los que presentaban sintomatología positiva (ideas delirantes y alucinaciones) y los que presentaban sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, abulia, etc).

En 1980 Crow organizó la información y propuso los tipos I y II de la esquizofrenia, donde el tipo I presenta predominio de los síntomas positivos, mientras que el tipo II predominio de los síntomas negativos. Años más tarde Andreasen propuso el tipo III, que mezclaba los tipos anteriores, por considerar que era la condición más frecuente que se observaba en la práctica. La división en dos subtipos ha sido muy provechosa, principalmente en las áreas de investigación, atención y tratamiento; sin embargo, es importante recordar que con fines de casuística, el registro corresponde a los Tipos Clínicos Kraepelinianos que se mencionaron anteriormente. Otro factor que ha influido en el concepto de esquizofrenia es la introducción de los psicofármacos, específicamente los antipsicóticos.

En los años cincuenta la introducción de la clorpromazina por Delay y Deniker fue fundamental para el nuevo enfoque que se le dio al concepto y con ello al tratamiento. Unos años más tarde apareció el antipsicótico más utilizado hasta

nuestros días, el haloperidol, medicamento que junto con las fenotiacinas ha cambiado el curso histórico del concepto de esquizofrenia y en general de la psiquiatría. Asimismo, los hallazgos realizados por Carlsson y Lindqvist en cuanto al mecanismo de acción de los neurolepticos, abrieron las puertas de la investigación sobre la esquizofrenia y su tratamiento. Desde ese entonces a la fecha la investigación sobre esquizofrenia ha dado pasos gigantescos.

Hoy en día la actitud ante la esquizofrenia es diferente, la posibilidad de identificar factores asociados a la enfermedad sugiere la realización de prevención primaria y detección temprana, asimismo el gran avance psicofarmacológico con medicamentos cada día más eficaces y con menos efectos secundarios ofrece una mejor calidad de vida del paciente esquizofrénico y de sus familiares.

En la cuarta edición del Manual Diagnostico de la APA (DSM.IV 2002), se describe a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye síntomas de fase activa de cuando menos un mes, caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o conductual, síntomas catatónicos y síntomas negativos. Para el CIE –10, la esquizofrenia presenta uno o dos de los nueve grupos de síntomas propuestos, cuya duración sea mayor a un mes. La esquizofrenia es una desorganización de un nivel previo de funcionamiento que implica múltiples procesos cognoscitivos, características psicóticas durante episodios determinados y tendencia hacia la cronicidad.

5.6.2.-Epidemiología: A partir del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS, iniciado en 1968 y reportado de 1973 en adelante, se acepta que la frecuencia de la esquizofrenia es de 1 % de la población. Esto quedó confirmado con investigaciones ulteriores como la del Condado de Monroe, en el estado de Nueva York, USA y la investigación binacional USA/UK, realizada en Estados Unidos y la Gran Bretaña. Sin embargo un estudio más reciente (1992), el National Comorbidity Survey, en Estados Unidos, confirmó la impresión generalizada de que la esquizofrenia podía haber sido sobre diagnosticada y que se esperaba una cifra un poco menor: entre 0.5 y 0.7 % de la población entre los 15 y 54 años de edad.

En México son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema de las enfermedades mentales; en 1996 apareció un estudio realizado por Caraveo y col. (1996) donde se encontró un 0.7% de prevalencia de esquizofrenia en la población urbana adulta, al igual que el National Comorbidity Survey. Por lo que de esta manera se ha calculado que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas en México. Las cifras internacionales de nuevos casos oscilan entre 2.4 a 5.2. Por cada 1,000 habitantes, esto es, cada año aumenta la cifra de enfermos entre 0.24 y 0.52 %. Por otro lado la esquizofrenia es la enfermedad más incapacitante dentro de los trastornos mentales. Caraveo (1995) reportó que alrededor del 32% de los pacientes hospitalizados en un cierto tiempo en los hospitales de México, tenían el diagnóstico de esquizofrenia.

Cabe destacar que en los diferentes estudios que se revisaron, incluyendo los realizados en México, no hay una diferencia significativa en la prevalencia por género; sin embargo, un hallazgo frecuente en los estudios de surgimiento, inclusive reportado por Kraepelin en 1909, es que el inicio de la enfermedad es más temprana en hombres que en mujeres. La edad de inicio del padecimiento en hombres es de 15 a 25 años, mientras que en las mujeres se observa entre los 25 y los 35 años. Es consenso general que el hombre tiene una peor evolución con tendencia a mayor número de episodios psicóticos.

Hace unos años existía la impresión de que la esquizofrenia se distribuía en forma homogénea en países desarrollados y subdesarrollados, sin embargo, se observa en la actualidad una declinación de la enfermedad en los países industrializados en las últimas dos décadas. En estas naciones, la esquizofrenia se observa más comúnmente en los grupos de nivel socioeconómico bajo. Desde 1939

Faris y Dunham) se encontró que la mayor prevalencia de la enfermedad se observaba en las áreas marginadas de los Estados Unidos. Así, de 7 a 9 por 1,000 (0.9 %) en distritos marginados, la prevalencia disminuía a 2.5 por 1,000 (.25%) en las áreas más prósperas. Estos resultados se replicaron en

la mayoría de los estudios, incluyendo el ya referido de la OMS. Por otro lado, la mayoría de los estudios concuerdan en que la prevalencia de la esquizofrenia es mayor en las zonas urbanas que en las regiones rurales.

La prevalencia de la esquizofrenia en el mundo es alta aproximadamente del 1%, debido a que se trata de una enfermedad crónica, la incidencia es notablemente menor a la prevalencia aproximadamente 1 por 10.000 habitantes de población en riesgo (15 a 54 años de edad) al año.

Con morbilidad, Con enfermedades físicas. La mayoría de los estudios concluyen que el paciente con esquizofrenia tiene una morbi-mortalidad más alta que la población en general, quizá por inatención médica, al aumento de abuso de sustancias, principalmente tabaco y alcohol, que condicionan a padecimientos cardiovasculares, cerebrovasculares, oncológicos, hepáticos, gastrointestinales, neumológicos y a enfermedades sistémicas como la Diabetes mellitus.

Con enfermedades psiquiátricas. Presentan una alta comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión, el abuso de sustancias y el suicidio.

Un 25% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia presentan síntomas obsesivos compulsivos y un 10% de ellos reúne criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), dato que ha sido corroborado en nuestro país, lo que representa una mayor problemática en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

Un nuevo concepto que se ha manejado en los últimos años es la depresión pos psicótica, que se reporta hasta en un 10% de los pacientes esquizofrénicos posterior a presentar un episodio psicótico, observándose, principalmente, en pacientes con nivel sociocultural elevado.

Por otro lado el diagnóstico de depresión en un paciente con esquizofrenia no es fácil. La depresión se enmascara con los síntomas negativos, tanto primarios como secundarios, los que frecuentemente se presentan como parte del componente sintomatológico de la enfermedad. La depresión en el

paciente con esquizofrenia se puede presentar en cualquier fase de la enfermedad.

Suicidio. De acuerdo a investigaciones recientes, se ha calculado que el 25% de los pacientes esquizofrénicos tienen intentos de suicidio y el 10% lo consuma. Si el seguimiento se prolonga a 20 años esta cifra crece al 15%. Los factores de riesgo del paciente esquizofrénico que se han asociado a intentos suicidas son el sexo masculino, edad inferior a los 30 años, presencia de síntomas depresivos, desempleo y hospitalización reciente.

Adicción. La comorbilidad con abuso de sustancias en el paciente con esquizofrenia es muy alta, sin tomar en cuenta el tabaquismo, en el que aproximadamente un 50% de los pacientes lo experimenta; el abuso de alcohol se presenta en más de la tercera parte de los pacientes, la marihuana se reporta hasta en un 20%, mientras que del 10 al 15% consume cocaína. Esta comorbilidad afecta directamente sobre el curso de la enfermedad de base, además de que ocasiona mayor refractar edad hacia los medicamentos en el episodio psicótico, con el riesgo que conlleva para el propio paciente y sus familiares.

Un estudio realizado en México en pacientes con primer episodio psicótico encontró una comorbilidad del 35% con abuso de sustancias, principalmente alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y solventes.

5.6.3.-Grupos de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar esquizofrenia, el factor de mayor peso es el genético; aunque se desconoce el mecanismo de transmisión, la mayoría de los expertos en la materia han señalado a la esquizofrenia como un modelo poli génico y multifactorial. De ahí que los parientes de primero y segundo grado tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, que se incrementa si presentan uno o más de los factores ambientales señalados anteriormente.

Por lo tanto, los grupos de mayor riesgo para presentar esquizofrenia son los familiares de pacientes con esquizofrenia y que tuvieron alteraciones pre y

perinatales. Adicionalmente existen estudios que sugieren que los habitantes de las comunidades urbanas con nivel socioeconómico bajo y los hijos de inmigrantes pueden ser un grupo de riesgo para desarrollar el padecimiento.

El género no es un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, pero diversos estudios han señalado que el hombre presenta un inicio más temprano del padecimiento y un peor pronóstico. Los factores sociales no se han asociado como causa de esquizofrenia, pero sí como desencadenante de un primer episodio y de las recaídas.

5.6.4.-Manifestaciones

Dentro de la clínica de esquizofrenia tenemos que identificar en primer lugar a los individuos que tienen mayor riesgo de desarrollar el padecimiento, los síntomas característicos de la enfermedad, los subtipos de esquizofrenia y los diferentes tipos de evolución del padecimiento que están en relación con el pronóstico.

Síntomas característicos de la esquizofrenia.

Actualmente se han dividido los síntomas observados en la esquizofrenia en dos grupos, los síntomas positivos, que son los que aparecen principalmente en la fase denominada episodio; y los síntomas negativos, que aparecen tanto en la fase aguda, como en la fase crónica (inter episodio). Ambos tienen una fisiopatología específica y por tanto la respuesta al tratamiento es diferente.

Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones mentales, mientras que los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de estas mismas funciones.

Síntomas positivos: Son comportamientos psicóticos que no se observan en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente pierden contacto con la realidad. Los síntomas positivos incluyen:

- Las **alucinaciones:** Las voces son el tipo de alucinación más común Relacionado con la esquizofrenia. Estas voces pueden hablarles acerca de su Comportamiento, ordenarles hacer algo o advertirlas de algún peligro. Otras

alucinaciones frecuentes pueden ser ver objetos que realmente no existen, oler aromas, o sentir que alguien ajeno a ellos les toca.

- Los **delirios**: Son creencias falsas que no forman parte de la cultura de la Persona y se mantienen firmes. Ellos no creen a las personas que les dicen que esas creencias son falsas, piensan que tienen la verdad. Estas personas también pueden tener delirios paranoicos y creer que los demás intentan hacerles daño. Estas creencias se denominan delirios de persecución.

- Los **trastornos del pensamiento**: son maneras inusuales de pensar. Una forma De este trastorno es el pensamiento desorganizado, que se da cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o conectarlos en una secuencia lógica. En estos casos, a veces hablan de una manera confusa que es difícil de comprender. Otra forma es el bloqueo del pensamiento, que se da cuando una persona deja de hablar repentinamente en medio de una idea. También pueden inventar palabras nuevas o neologismos.

- Los **trastornos del movimiento** se pueden manifestar como movimientos Agitados del cuerpo. Una persona con este tipo de trastorno puede repetir ciertos Movimientos una y otra vez. En el otro extremo, una persona puede volverse catatónica.

Síntomas negativos: Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con los de la depresión u otras condiciones. Estos síntomas incluyen:

- Afecto plano: la persona no mueve el rostro o habla con una voz desanimada y monótona.
- Falta de satisfacción en la vida diaria
- Falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas
- Falta de comunicación.

Síntomas cognitivos: son más sutiles. Al igual que los síntomas negativos, estos Síntomas son difíciles de reconocer como parte de este trastorno. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Estos síntomas incluyen:

- Dificultad para comprender información y utilizarla para tomar decisiones.
- Problemas para concentrarse o prestar atención.
- Problemas para utilizar información inmediatamente después de haberla aprendido.

Por lo general, los síntomas cognitivos hacen que sea difícil llevar una vida normal.

Además, pueden causar gran angustia emocional.

5.6.5.- Subtipos.

Tipo paranoide: Presencia de delirios sistematizados. Estas ideas, sistemas, percepciones y ocurrencias delirantes pueden ser de distintos tipos:

- . Tipo persecutorio: por organizaciones o grupos conocidos (más o menos importantes) o desconocidos como gobiernos, policía, etc.
- Tipo grandioso: Creencia de poseer capacidades como predecir el futuro, Descubrimiento de cosas, etc.
- Tipo somático: ideas delirantes acerca del cuerpo.
- Tipo religioso-místico: Ideas relacionadas con Dios, el diablo, etc.
- Tipo sexual: Ideas delirantes de naturaleza sexual.
- Tipo nihilista: Cree que ni el mundo ni lo que hay en él existe, o que todo es Mentira.

En general este subtipo clínico tiene un comienzo más tardío (20-25 años), con una personalidad más madura y mantenida, que es más estable y permite que el delirio se mantenga durante mucho tiempo o cambie muy poco después de instalarse.

Se da muchas veces la doble contabilidad como una alteración de la unidad del yo, donde el sujeto puede vivir el mundo real, y al mismo tiempo sin que tome contacto alguno, puede vivir el mundo delirante.

Este tipo de esquizofrenia puede llegar a ser tan grave que constituya por sí mismo un trastorno delirante.

Tipo Hebe frénico o desorganizado: Es un cuadro que comienza más tardíamente (14- 16 años), por lo tanto, la personalidad del sujeto empieza a estar formada y el pronóstico es más grave. Los pacientes hacen comentarios inadecuados y desubicados,

Con una conducta desinhibida. Hay fuertes alteraciones de la volición con pérdida del sentido de la vida y suelen tener períodos de inactividad laboral y social.

Los pacientes tienen alteraciones significativas del curso del pensamiento más que del contenido como el esquizofrénico paranoide, y rápidamente llegan a disgregarse.

Además se asocia a una afectividad fuertemente alterada, inapropiada, plana e incluso autista, con poco contacto con las personas y consigo mismo. El aspecto general frecuentemente es desgarrado y sucio.

Tipo catatónico: Este tipo de esquizofrenia se describe como una esquizofrenia Caracterizada por, al menos, dos de las siguientes características:

1. Inmovilidad motora evidenciada por catalepsia, o por lo contrario, agitación motora.
2. Negativismo o mutismo extremo.
3. Peculiaridades en los movimientos voluntarios (movimientos estereotipados, muecas, así como la adopción de posturas extrañas).
4. Ecolalia o ecopraxia. Es una perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite Involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su Presencia, a modo de eco.

Tipo indiferenciado: No se puede adscribir el cuadro clínico a ninguno de los Subtipos descritos, ya que presenta una mezcla mayor o menor de los diferentes tipos de esquizofrenia.

5.6.6.- Fases.

Fase aguda (o crisis). Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.

Fase de estabilización (o postcrisis). Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).

Fase estable (o de mantenimiento). Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda.

Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una recidiva, habitualmente se produce un período prodrómico en el que puede haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos. Este período prodrómico dura entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable; en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. La remisión completa no es frecuente en esta enfermedad.

En la fase inicial de la enfermedad, pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente en prodrómicas. Posteriormente, aparecen los síntomas positivos. Dado que estos síntomas positivos responden especialmente bien al tratamiento, es característico que disminuyan; sin embargo, persisten los síntomas negativos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden intensificarse en algunos individuos durante el curso de la enfermedad.

5.6.7.-. Criterios Diagnósticos

Criterios diagnósticos DSM-IV, 2002. Para el diagnóstico de esquizofrenia:

A.- Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente

Durante al menos un mes (o menos si ha sido tratado con éxito).

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado
- Comportamiento catatónico o desorganizado.
- Síntomas negativos (p. e. aplanamiento afectivo, alogia, abulia).

B.- Disfunción social/laboral: una o más áreas de actividad (estudios, trabajo, relaciones interpersonales, cuidado de sí mismo) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o fracaso en alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral si el inicio es en la infancia o adolescencia).

C.- Duración: Signos continuos durante por lo menos 6 meses que debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede agregar periodos de Síntomas prodrómicos o residuales.

D.- Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

E.- Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

F.- Si hay historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de Esquizofrenia se hará si los delirios y alucinaciones persisten por lo menos un mes.

5.6.8.-Factores asociados a la enfermedad.

La investigación del último medio siglo acerca del origen de la enfermedad coincide en señalar diversos factores genéticos y ambientales, biológicos y sociales, asociados a la esquizofrenia, como posibles responsables de su causa.

Los factores biológicos se dividen en genéticos y ambientales. Los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de sufrirla. El riesgo es progresivamente mayor entre más cercano es el parentesco. El riesgo aumenta desde el 1% esperado en la población general hasta el 35-48% en caso de tener un hermano gemelo mono cigoto o ser hijo de ambos padres esquizofrénicos. Esto queda confirmado por los estudios de adopción pues, independientemente de que la persona sea educada por padres no consanguíneos su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de su cercanía genética con sus padres biológicos.

El estudio de Gottesman, que es actualmente del consenso general, establece el riesgo de sufrir el padecimiento de acuerdo al parentesco que se tenga con un paciente esquizofrénico. A pesar de que la evidencia epidemiológica está a favor del factor genético como una de las causas de la esquizofrenia, aun no se ha detectado un cromosoma o gen responsable, ni un tipo de transmisión determinada. Por lo que se ha llegado a la conclusión que la esquizofrenia es una enfermedad poli genética y multifactorial.

De los diversos estudios que se han realizado al respecto, se sabe que existen factores biológicos - ambientales más frecuentemente observados en los pacientes con esquizofrenia que en las personas normales (controles); en primer lugar se propone al traumatismo obstétrico (TO) como uno de estos factores, de hecho, el que un niño presente TO eleva el riesgo de presentar esquizofrenia de 4 a 6 veces más.

El trauma obstétrico conlleva en la mayoría de los casos a la hipoxia neonatal, lo que ocasiona un daño en la formación del tálamo y el hipocampo, que años más tarde se manifestara con sintomatología característica de la esquizofrenia.

Otro factor biológico - ambiental que se ha relacionado con la esquizofrenia es la infección viral prenatal; los virus más involucrados son el de la influenza y el citomegalovirus; diversos estudios han señalado que la infección viral prenatal aumenta el riesgo de esquizofrenia al doble de lo que se observa en la población general.

Otros factores ambientales biológicos asociados, aunque menos estudiados y determinados, son la desnutrición prenatal, la incompatibilidad a RH o a grupo sanguíneo y la exposición a sustancias tóxicas en la etapa perinatal.

Factores psicosociales. La mayoría de los estudios al respecto coinciden en que si bien el estrés social puede desencadenar un episodio psicótico, el ambiente social ha sido descartado como etiología de la esquizofrenia.

Los estudios de adopción han sido uno de los modelos que han respaldado esta tesis. Por muchos años la idea de que el trato de la madre al producto era el responsable de la esquizofrenia ocasionó una mayor desintegración familiar, y llevó a pensar en el mecanismo de la madre como única responsable en lo referente al paciente con esquizofrenia. Actualmente esta idea ha quedado desechada. Hoy en día diversos estudios han destacado que las familias con niveles altos de emoción expresada (EE) aumentan el número de recaídas en los pacientes con esquizofrenia.

5.6.9.-. Tratamiento.

El tratamiento de la esquizofrenia consta de tratamiento farmacológico, tratamiento Psicológico, y terapia electro convulsiva en algunos casos.

1. Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de la Segunda mitad del siglo pasado, principalmente gracias al desarrollo de los fármacos antipsicóticos.

Las estrategias y formas de tratamiento de la esquizofrenia varían en función de la fase y la severidad de la enfermedad.

El tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico se basa en el empleo de los antipsicóticos o neurolépticos, que en virtud de sus características se clasifican en típicos y atípicos;

Antipsicóticos típicos:

Estos fármacos se introdujeron en su mayoría durante las décadas de los años Cincuenta y setenta. Se incluyen aquí los compuestos siguientes: Amisulprida, Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Levomepromazina, Loxapina, Perfenazina, Periciazina, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, Tiaprida, Tioproperazina, Trifluoperazina y Zuclopentixol.

La mayor parte de ellos son útiles en el tratamiento del brote psicótico agudo. Su Mecanismo de acción común se basa en el bloqueo pos sináptico de los receptores dopaminérgicos D2, lo que justifica su utilidad en el tratamiento de los síntomas positivos de la enfermedad. El uso continuado de estos compuestos

conduce a un descenso en el recambio de dopamina, lo que ha permitido postular una disminución de su eficacia antipsicótica con el tiempo de uso.

Puede producir efectos secundarios:

- Efectos extra piramidales agudos: distonia, discinesia, acatisia, parkinsonismo.
- Efectos extra piramidales tardíos: Discinesia, distonia.
- Alteraciones en el EEG: Síndrome neuroléptico maligno, crisis convulsivas, Confusión.
- Efectos cardiovascular: Hipotensión ortostática, alteraciones en el ECG, taquicardia, taquiarritmia.
- Efectos sobre el sistema nervioso autónomo, como sequedad de boca, estreñimiento y sialorrea.
- Reacciones alérgicas.

Antipsicóticos atípicos:

Tales como la Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, y Zomaril.

Estos fármacos constituyen una auténtica revolución en el tratamiento de la esquizofrenia. Presentan un bloqueo dopaminérgico selectivo, que justificaría su eficacia sobre los síntomas positivos con menor producción de síntomas Extra piramidales; al mismo tiempo también producen un bloqueo serotoninérgico, que explicaría su eficacia sobre los síntomas negativos y los trastornos anímicos.

Los efectos secundarios que pueden producir son: aumento de peso, cambios Hormonales, disfunción sexual, y disminución de la presión arterial.

En ocasiones se utilizan otros fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas

Residuales, tales como:

Benzodiacepinas: Se administran dosis elevadas para intentar disminuir la agitación y la ansiedad.

Beta bloqueadores: Una de sus acciones es el aumento de los niveles plasmáticos de los antipsicóticos.

Litio: Se ha utilizado para intentar reducir las conductas impulsivas y agresivas, la Hiperactividad o la excitación, así como para estabilizar el estado de ánimo

Anti convulsionantes: Utilizado para las crisis comiciales.

Antidepresivos: Los antidepresivos también se han utilizado, principalmente en

Aquellos pacientes que han desarrollado una depresión grave.

A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recidivas.

Duración del tratamiento farmacológico:

Los pacientes que cursan con primer episodio, o bien con recurrencia pero que alcanzan la remisión de sus síntomas, el tiempo de toma de medicamentos debe ser de 12 a 24 meses.

Los pacientes que han presentado varios episodios o no alcanzan la remisión, el uso del medicamento es para una mayor cantidad de tiempo, o de por vida.

2. Tratamiento psicológico:

Hay diferentes modalidades en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia:

Intervenciones psicoeducativas familiares, entrenamiento en habilidades sociales, y las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos.

Intervenciones familiares psicoeducativas:

Proporcionan una aproximación positiva con las familias, respetando sus necesidades y recursos de afrontamiento, y enseñándoles estrategias para abordar los problemas, como la sobrecarga que les supone cuidar del enfermo.

También se les proporciona estabilidad, y una mejora de la comunicación con el Familiar.

Entrenamiento en habilidades sociales:

La esquizofrenia, es una enfermedad que tiene como uno de los principales rasgos el déficit de funcionamiento social. Por ello, el entrenamiento en habilidades social se utiliza frecuentemente en estos pacientes. Se sabe que las habilidades sociales pueden ser enseñadas a personas con deterioro en este aspecto.

Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones

Dentro de este tratamiento, hay diversas modalidades terapéuticas, que disponen de diversos estudios experimentales que soportan su eficacia y validez.

Por un lado, hay autores que prefieren enfocar esta terapia a las técnicas de distracción, para ignorar las voces. Existen otros autores que no creen en su

efectividad, ya que sólo se produce un efecto transitorio, al no dirigirse al problema central. Por otro lado, hay autores que defienden la postura contraria: Hacer que el paciente dirija su atención a las alucinaciones, para que las pueda describir con detalles en la terapia.

Terapia electro convulsiva.

En la práctica clínica habitual el empleo exclusivo de la TEC para el tratamiento de la esquizofrenia está restringido a pocos casos. Más frecuentemente se asocia al tratamiento farmacológico observándose efectos sinérgicos, su combinación es más eficaz que los tratamientos por separado. Se ha demostrado que la inducción de convulsiones mediante TEC incrementa los efectos terapéuticos de la clozapina en pacientes psicóticos previamente resistentes al fármaco. Posiblemente esto se deba a la expansión de los espacios de la barrera hematoencefálica mediante la acción convulsiva con los que se permite el paso de las moléculas del fármaco.

Las indicaciones de la TEC en pacientes con esquizofrenia están definidas por consenso para:

- Un episodio depresivo con alto riesgo suicida del paciente esquizofrénico.
- Episodio catatónico.
- Episodio con predominio de síntomas positivos con refractariedad a tratamiento farmacológico.
- Pacientes con síndrome neuroléptico maligno.

Algunos autores indican la TEC en el primer episodio psicótico, independientemente de que se tenga el diagnóstico, ya que la evolución del cuadro clínico a lo largo de varios meses es finalmente la mejor forma de poder tener un diagnóstico certero. La mayoría de los estudios de la aplicación del TEC en episodio agudo de la esquizofrenia son positivos en su gran mayoría, con tasas de mejoría significativa y la observación repetida de que la combinación con neurolépticos es más eficaz que los

tratamientos por separado. En la mayoría de las instituciones donde se tratan pacientes con esquizofrenia la TEC es de mucha controversia, por el peso de la ideología social.

Dentro del cuadro básico de medicamentos que se proporcionan en las unidades de psiquiatría de la SSA durante la hospitalización del paciente como son : el haloperidol en solución oral, tabletas y solución inyectable, la olanzapina en tabletas de 5 y 10 mg. y la risperidona en tabletas de 2 mg.. El problema se presenta cuando el paciente es dado de alta y el medicamento ya no se lo suministra el hospital. En el caso de los antipsicóticos atípicos, su costo es muy alto y la mayoría de las familias no pueden absorber ese gasto, lo que provoca que el paciente recaiga y tenga que ser nuevamente hospitalizado. En las instituciones de seguridad social, como el IMSS y el ISSTE aparte de los psicóticos típicos, también se proporcionan atípicos, como la risperidona y la olanzapina de manera permanente.

5.6.10.-Promoción y prevención.

Es poco lo que se realiza actualmente acerca de la promoción y prevención de la esquizofrenia, ya que el concepto de factores de riesgo para desarrollar la esquizofrenia es muy reciente y no es del conocimiento de la comunidad psiquiátrica en su totalidad, mucho menos de la población general. La difusión que ha tenido la enfermedad a través de los diversos medios de comunicación es escasa y, cuando se llega a hablar de la esquizofrenia generalmente es a partir de información poco científica. Ello pone de manifiesto el desconocimiento que se tiene de la esquizofrenia no sólo a nivel de la población, sino de los profesionistas de la salud mental. La misma situación se observa en cuanto a la prevención de recaídas y del deterioro del paciente, lo que se refleja en la gran disfunción que genera el padecimiento en México, situación que ha disminuido de manera significativa en países que desde hace tiempo contemplan a la prevención de la recaída como el instrumento más importante de la rehabilitación del paciente con esquizofrenia. Si bien existen algunas asociaciones civiles de familiares y

amigos del paciente esquizofrénico, así como instituciones públicas y privadas en donde sus miembros observan una disminución de recaídas gracias a los programas ahí desarrollados, el beneficio de los mismos repercute en un número muy reducido de pacientes en comparación con las cifras de esquizofrénicos que existen en el país.

5.6.11.-REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL.

En algunos hospitales de la Secretaría de Salud, del IMSS, así como instituciones privadas y asociaciones civiles, se llevan al cabo programas de rehabilitación del paciente esquizofrénico; en ellas predominan las actividades de psicoducción, terapia ocupacional y talleres protegidos. El beneficio de estos lugares para el paciente es importante de echo se asocia de manera significativa con la disminución de recaídas y en menor grado con la disminución de los síntomas negativos.

El Modelo Hidalgo de la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, que se centra en el proceso de rehabilitación del paciente con enfermedad mental, tiene entre sus beneficiarios a pacientes esquizofrénicos. Este modelo, propone la utilización de villas, casas de medio camino, talleres protegidos y cooperativas mixtas, entre otras acciones de reinserción social del enfermo mental. Los resultados que se observan en este modelo dan una importante pauta en cuanto al trabajo que debe realizarse con el paciente esquizofrénico crónico que requiere de rehabilitación para reinsertarlo a la sociedad. Al igual que ocurre con la detección y el tratamiento de la esquizofrenia, en materia de rehabilitación no existe en la actualidad la promoción y la comunicación adecuada entre todas las instituciones dedicadas a ello, lo que ocasiona que el número de beneficiarios de estos sistemas esté por debajo del 20% del que se requiere. Los programas actuales sobre esquizofrenia en diferentes países del mundo, específicamente en Australia, Estados Unidos y Europa, han centrado sus trabajos en la prevención y la detección temprana, lo que resuelve el problema de la rehabilitación hasta en el 70% de los casos.

Entre las asociaciones civiles existen valiosas experiencias que dan cuenta del interés de la sociedad por fortalecer las acciones de las instituciones en beneficio de los pacientes con esquizofrenia.

Como son la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE), en el D.F. y en Tlaxcala; la Asociación de Ayuda a Enfermos de Esquizofrenia A.C. (APEEAC); la Asociación Mexicana de Apoyo a pacientes Esquizofrénicos (AMAPE) y la Asociación de Familiares y Amigos del Enfermo Psiquiátrico (AFAEP). Estas instituciones promueven diversas acciones para la atención, medicación, rehabilitación y reinserción social, en beneficio del paciente y su familia.

5.6.12.-NORMATIVIDAD Y LEGISLACION.

En materia de normatividad la Secretaría de Salud cuenta con la NOM-025-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica publicada en el Diario Oficial de la Federación, Tomo CDXCVII No. 5, México, D.F., martes 7 de febrero de 1995. Esta Norma está encaminada a regular las conductas institucionales sobre el manejo integral de la salud mental en el país. Está dirigida a la atención hospitalaria y aunque se ha realizado una amplia difusión sobre su contenido, se requiere que esta sea permanente y sostenida para asegurar que la norma sea conocida por todo el personal de salud y por la población en general para garantizar su aplicación a nivel nacional. Asimismo, es importante reconocer que la norma es perfectible y que es necesario considerar la posibilidad de actualizarla y ampliarla en conceptos acerca del manejo ambulatorio del paciente y la unificación de criterios en relación a las medidas terapéuticas, como sería el caso de la terapia electro convulsiva. Y programas de rehabilitación socioeconómica.

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA FAMILIA.

Cuando una familia se entera que su familiar padece de Esquizofrenia, sus emociones son comparables a las que sentiría ante la noticia de un accidente o una catástrofe.

El reconocimiento de estos sentimientos y el declararlos abiertamente en el diálogo familiar puede aliviar tensiones, evitar rupturas y clarificar los roles de cada uno de sus miembros, colaborando en la creación de un equipo eficiente que apoyará la labor de los terapeutas y el efecto de la medicación.

VI.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

6.1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: patricia piñón prado		Edad: años 21 años.	Talla: 157cm PESO: 49 kg
Fecha de nacimiento: no hay datos.			Sexo: femenino
Ocupación: empleada	Escolaridad: secundaria		Fecha de admisión: 12 agosto 2015
Hora: 10:00 a.m.	Procedencia: Temascalapa Hidalgo.		Fuente de información: directa mediante la observación y exploración.
Fiabilidad: (1-4) 3	Confiable.		
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE (F20)		
DIAGNOSTICO CONMORBILIDAD FISICA.	DE	DESHIDRATAACION.	
VALORACION DE SIGNOS VITALES			
PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	RESPIRACION	TEMPERATURA.
100/ 70	74X	18x	36.5°

6.2.- PRESENTACION DEL CASO.

El proceso de enfermería se llevó a cabo con la Persona P.P.P de 21 años de edad, hospitalizada en la sala para pacientes con sufrimiento psíquico en fase aguda del hospital psiquiátrico Villa Ocaranza, es referida por el servicio de consulta externa por manifestar síntomas de brote psicótico, fue traída en una ambulancia en compañía de sus padres proveniente de Temascalapa Hidalgo.

A su ingreso manifiesta desorientación, irritabilidad, gritos, llanto, tendencia a la agresividad, se observa aislada temerosa, hablando sola, malas condiciones de higiene y aliño, mucosas orales secas, vendaje en el brazo izquierdo. No coopera a la entrevista.

Mediante la historia clínica se recopila la información que fue proporcionada por su madre en donde refiere que su hija inicio su padecimiento mental a los 17 años, manifestada por cambios significativos en su conducta en donde presento aislamiento, desinterés por integrarse a las actividades, deserción escolar , descuido personal, insomnio, hablaba sola, manifestaba temor por salir a la calle sola o convivir con los demás, estuvo internada en el hospital psiquiátrico Navarro en la ciudad de México durante un mes, teniendo un adecuada evolución al tratamiento, diagnosticándole esquizofrenia paranoide (F20).

Dejaron de asistir a sus consultas programadas por la lejanía del hospital y falta de recursos económicos, aun así hacían el esfuerzo por que la paciente siguiera tomando su tratamiento.

La persona ha estado sin medicación indicada durante 6 meses, la hija empezó a negarse a tomar la medicación por los efectos secundarios que estos le

ocasionaban y ella considero que ya no era necesario seguir con el tratamiento ya que no había síntomas evidentes de la enfermedad.

El descontrol actual de su padecimiento mental lo inicio hace tres semanas en donde nuevamente mostro desinterés por sus actividades habituales, descuido personal, aislamiento, ideas de daño como dejar su trabajo como encargada de una tienda, manifestando que la gente se burlaba y reía de ella, que la dueña le controlaba el pensamiento y sentía que alguien la seguía de regreso a su casa, se aislado en su recamara, se ha negado a comer, mencionando que la comida está echada a perder, tiene gusanos y la quieren envenenar. Se mantiene la mayor parte del tiempo en su recamara hablando sola, presenta insomnio y agresividad en contra de sus hermanos y padres y agrediéndose a ella misma cortándose con una navaja en el brazo mencionando que tiene gusanos debajo de la piel y quiere sacárselos para que no se la coman.

6.3.-Valoración de enfermería.

6.3.1.- Examen mental		
PARAMETRO A VALORAR	DESCRIPCION	OBSERVACIONES.
ESTADO DE CONCIENCIA	Somnolencia, debido a la ministración por vía intramuscular de olanzapina y clonazepam tableta.	Al ingresar al servicio de hospitalización, fue muy necesario la contención química, para contener su estado de agitación psicomotriz.
<ul style="list-style-type: none"> • alerta • embotamiento • sopor • somnolencia • crepuscular • estupor • coma 		
COMPORTAMIENTO	Desconfiada, hostil, agresivo y alucinado.	Por el momento no permite acercamiento físico, se mantiene en conducta defensiva.
<ul style="list-style-type: none"> • cordial • aislado • desconfiado • expansivo • hostil • comunicativo • agresivo • alucinado 		
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	Nula conciencia de enfermedad.	Su madre refiere que cuando tuvo el primer brote psicótico, el médico les explico acerca de la esquizofrenia y las invito a participar en pláticas educativas, pero no tuvieron el tiempo ni el interés por acudir y la madre creyó que era una enfermedad que se curaba con el tratamiento que le indicaron y que jamás se le volvería a presentar los síntomas.
<ul style="list-style-type: none"> • nula conciencia • acepta su enfermedad pero desconoce su padecimiento • reconoce su enfermedad, tratamiento, curso y pronosticó. • reconoce su enfermedad, curso, pronóstico y actúa plenamente en el tratamiento. 	Menciona que ella no tiene ninguna enfermedad, que solo le quieren hacer daño.	
ACEPTA EL TRATAMIENTO	Se rehúsa a tomar el medicamento.	Su madre menciona que tiene seis meses sin tomar el medicamento, a pesar de que ella le insistía pues ella si comprende que son necesarios, pero su hija le menciona que no le son necesarios que ella ya se curó.
<ul style="list-style-type: none"> • lo acepta • se rehúsa a tomar el tratamiento 	La paciente lo escupe y se niega a tomárselo, menciona que la quieren envenenar porque quieren que se muera.	En el área de hospitalización es necesario contenerla físicamente para ministrarle los medicamentos por vía intramuscular y darle los sedantes triturados en una jeringa.

INTERES EN ACTIVIDADES OCUPACIONALES <ul style="list-style-type: none"> • tiene interés • no tiene interés 	No tiene ningún interés en actividades ocupacionales, ha presentado aislamiento y temor de convivir con los demás usuarios hospitalizados.	Menciona su madre que trabajaba en una tienda, pero se negó a seguir trabajando, mencionaba que la dueña de la tienda le controlaba el pensamiento y la gente se burlaba de ella.
FUNCIONES MENTALES SUPERIORES		
MEMORIA <ul style="list-style-type: none"> • a corto plazo • a largo plazo 	A corto plazo conservada, Solo recuerda hechos recientes, menciona que nunca ha estado en esta situación anteriormente, que nunca le había pasado y que nunca ha tomado ningún tratamiento, porque ella no está enferma de nada.	Al interrogarla menciona hechos recientes, no recuerda por el momento que anteriormente ha estado en las mismas circunstancias.
ORIENTACION <ul style="list-style-type: none"> • tiempo • espacio • persona • circunstancia 	Orientada en espacio, persona. Desorientada en tiempo y circunstancia.	Al interrogatorio menciona su nombre completo, sabe que es un hospital, pero no que es para la atención a pacientes con enfermedad mental, No sabe qué día ni fecha es.
ATENCION <ul style="list-style-type: none"> • activa • pasiva 	Pasiva, debido al contenido de sus delirios y el efecto de los psicofármacos.	Le cuesta trabajo mantenerse despierta para contestar el interrogatorio.
CONCENTRACION <ul style="list-style-type: none"> • aumentada • disminuida • normal 	Disminuida, debido al contenido de sus delirios y el efecto de los psicofármacos.	Por lapsos presenta hipersomnia lo cual le impide concentrarse en alguna actividad asignada.
ABSTRACCION <ul style="list-style-type: none"> • comprende a que se refieren los refranes 	Su abstracción es nula, no comprende lo que se le está mencionando.	Se niega a responder a las preguntas, menciona que son preguntas confusas que no saben a qué se refieren.
CALCULO <ul style="list-style-type: none"> • intacto • alterado 	alterado	No es capaz de resolver ecuaciones sencillas.
AFECTO <ul style="list-style-type: none"> • apropiado • inapropiado • constricción • embotado • Aplanado • lábil • expansivo 	Inapropiado, lábil, expansivo	Pasa de un estado de humor a otro, tiende al llanto y por momentos se desespera, grita y menciona que la dejen tranquila.
ANIMO <ul style="list-style-type: none"> • Eutimio • Disforico • Lábil • Ansioso • Anticipación • Depresivo • Hipertimico 	Ansioso,	Se muestra renuente a la entrevista, se le tiene que insistir para que coopere. Se sienta y para de la silla constantemente intentando retirarse.

<ul style="list-style-type: none"> • alexitimico 		
JUICIO <ul style="list-style-type: none"> • autocritico • eterocritico 	Eterocritico, culpa a los demás de la situación en la que se encuentra.	Menciona que sus padres son los que están mal, que no era necesario que la internaran, que ella no tiene ninguna enfermedad, que en realidad es la demás gente que le quiere hacer daño incluyendo al personal de salud porque al forzarla a tomar la medicación y la quieren matar.
PENSAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> • RECURRENTE • OBSESIVA • DELIRANTE • POBREZA • MIXTO 	Delirante. Ideas de daño constantes.	Menciona que ya no quiere estar hospitalizada que la dejen en paz ya no quiere que nadie le haga daño, le controlan el pensamiento todo el tiempo y se burlan de lo que le está pasando.
IDEAS <ul style="list-style-type: none"> • De daño • Persecución • Robo del pensamiento • Control del pensamiento • Erotomanía • Grandeza • Celotipias • Hipocondriacas • Culpa • Ruina • Nihilistas • muerte 	Ideas de daño, control del pensamiento y muerte. Debido a su cuadro psicótico, manifiesta constantemente este tipo de ideas.	Manifiesta que la dueña de la tienda en donde trabajaba le controla el pensamiento y le da órdenes de hacerse daño, y que el personal médico también se quiere apoderar de su pensamiento para hacerle daño.
CURSO DEL PENSAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> • tangencial • perseverante • descarrilamiento • fuga de ideas • bloqueo • normal 	Descarrilamiento y fuga de ideas.	Su lenguaje es incoherente e incongruente con lo que se le pregunta.
RITMO DEL PENSAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> • elevado • disminuido • normal 	Disminuido, tarda tiempo en comprender que es lo que se le está preguntando.	Sus pensamientos son delirantes, se le tiene que repetir la pregunta para que conteste lo que se le solicita.
PERSEPCIONES <ul style="list-style-type: none"> • iluciones • alucinaciones 	Alucinaciones, auditivas, visuales y gustativas	Escucha la voz de la dueña de la tienda, ve gusanos en la comida y los alimentos tienen un olor nauciabundo.
ALUCINACIONES <ul style="list-style-type: none"> • auditivas • visuales • olfatorias • gustativas • táctiles 	Alucinaciones, auditivas, visuales y gustativas	Menciona que una voz de mujer le habla constantemente, ofendiéndola y dándole órdenes. Que su mama la quería envenenar, dándole de comer gusanos para matarla y que lo mismo quiere hacer en el hospital con la comida que vuela y sabe a excremento
LENGUAJE (VELOCIDAD Y	Velocidad y volumen	Es difícil entender lo que está diciendo

VOLUMEN) <ul style="list-style-type: none"> • aumentado • disminuido • normal • pobreza del lenguaje • pobreza del contenido 	disminuido, Habla con dificultad y en un tono de voz baja.	ya que habla en voz baja, menciona que no quiere que los demás la escuchen, Además se le dificulta hablar en una velocidad normal por los efectos secundarios de los neurolépticos, como es la rigidez de la mandíbula y la presencia de aumento de salivación.
Sueño <ul style="list-style-type: none"> • hipersomnia • insomnio 	Hipersomnia. Pasa la mayor parte del tiempo recostada con periodos de sueño profundo.	Le cuesta trabajo mantenerse alerta, menciona que quiere recostarse y dormirse porque le da mucho sueño.

6.3.2.-INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, METODO FENOMENOLOGICO. (OCHO CARAS DE LA ESTRUCTURA DE TODO EVENTO HUMANO)

¿A quién le está ocurriendo el fenómeno?	Se trata de un adulto joven de sexo femenino de 21 años de edad, perteneciente una familia de cinco integrantes, proveniente de la comunidad de Temascalapa Hidalgo.
--	--

¿Por qué le ocurrió?	<p>Por un nuevo episodio psicótico debido a la enfermedad de la esquizofrenia, la cual es una enfermedad incapacitante, debido a una desorganización de un nivel previo de funcionamiento que implica múltiples procesos cognoscitivos, características psicóticas durante episodios determinados y tendencia hacia la cronicidad.</p> <p>También fue un factor determinante el mal apego al tratamiento el cual dejo de tomar desde hace 6 meses.</p>
¿Quién es parte de este evento?	La paciente, las voces que escucha, los gusanos que ve, su familia, los vecinos de su comunidad, y en este momento el personal de salud que está a cargo de su cuidado.
¿A qué nivel está afectando su vida personal, familiar y social?	<p>Su vida personal está demasiado afectada ya que tuvo que abandonar la escuela no tendrá la oportunidad de concluir su formación académica, con su familia no tiene una adecuada relación ya que constantemente está aislada y no se integra a ninguna actividad.</p> <p>Socialmente no es aceptada, sus vecinos la critican y le tienen miedo porque han presenciado sus brotes psicóticos incluso han solicitado a su madre que la internen permanentemente para evitar que algún día les pueda hacer algún daño.</p> <p>Su familia no comprende aspectos importantes sobre la enfermedad de la esquizofrenia, sus hermanos Menores se avergüenzan de ella y no quieren que salga a la calle con ellos, además le tienen miedo y quisieran que se quede internada para tener tranquilidad.</p>
¿Cómo es que le ocurrió?	Inicio su padecimiento mental a los 17 años, manifestada por cambios significativos en su conducta en donde presento aislamiento, desinterés por las actividades de la vida diaria, deserción escolar, descuido personal, insomnio, hablaba sola, manifestaba temor por salir a la calle sola o convivir con los demás.
¿Dónde ocurrió?	En la escuela a la que asistía, en su casa y actualmente en el consultorio de urgencias psiquiátricas.
¿Cuándo le ocurrió?	El primer episodio ocurrió a los 17 años de edad, el segundo a los 19 años y actualmente presenta otro brote psicótico a los 21 años.
¿Qué le ocurrió?	Le diagnosticaron la enfermedad de esquizofrenia de tipo paranoide a los 17 años. El descontrol actual de su padecimiento mental lo inicio hace tres semanas en donde nuevamente mostro desinterés por sus actividades habituales, descuido personal, aislamiento, ideas de daño como dejar su trabajo como encargada de una tienda, manifestando que la gente se burlaba y reía de ella, que la dueña le controlaba el pensamiento y sentía que alguien la seguía de regreso a su casa, se aislado en su recamara, se ha negado a comer, mencionando que la comida está echada a perder, tiene gusanos y la quieren envenenar y que una voz de mujer le pide que se corte la piel de las manos para sacarse los gusanos.

6.4.-OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS.

6.4.1.-General:

Conocer las necesidades de la persona que se encuentran alteradas, a través de una adecuada relación terapéutica que permita a la enfermera conocer la historia de vida de la persona, encontrar aquellos aspectos que la conduzcan a querer recuperarse, resignificar por cuenta propia sus experiencias vividas y aprender a reescribir su historia desde su propia narrativa.

6.4.2.-Específicos:

- Valorar lo que la persona expresa a través de su voz.
- Comprender el significado que tiene la historia de vida de la persona cuidada.
- Respetar la tarea de convertirnos en aprendiz de la persona cuidada.
- Guiar el viaje a la recuperación.
- Mantener en todo momento una adecuada relación enfermera – persona.

También se incluirán intervenciones dirigidas a la persona en sus tres dimensiones.

El mundo, el yo y los demás.

La dimensión del mundo: se centra en la necesidad de las personas de ser comprendidas y de tener validadas sus percepciones. Se realiza una valoración centrada en la experiencia de la persona, que ofrece la oportunidad de conocer los problemas o necesidades actuales de ésta. Así sabemos qué recursos en la vida de la persona ayudaran a resolver problemas o cubrir las necesidades para que se produzca un cambio.

La dimensión del yo: se centra en la necesidad de la persona de seguridad emocional y física, se traduce en un plan que identifique el apoyo necesario para garantizar la seguridad personal y disminuir el riesgo de daño al yo o a los demás.

La dimensión de los demás: estudia el tipo de apoyo y los servicios que la persona necesita para vivir una vida normal. El equipo de trabajo interdisciplinario destaca en esta dimensión, ya que se incluyen intervenciones específicas, médicas, sociales y psicológicas, al igual que elementos necesarios para la vida diaria, la familia, los amigos y otros seres importantes también ocupan un lugar en esta dimensión.

IDENTIFICACION DE LA CONDUCTA O PROBLEMA

PLAN DE CUIDADOS PRIMER DIA

Agresividad, agitación psicomotriz, la persona insulta y ofende al médico y la enfermera, se niega a quedarse internada, sale del consultorio aventando a su papá, se niega a seguir en consulta ,le grita a su mamá, que ya se vayan, que se apure, presenta facies de enojo, confusión, sierra los puños constantemente, mandíbula contraída, rubor facial, se le pide que regrese al consultorio, pero ella se niega a hacerlo, es necesario solicitar ayuda al auxiliar terapéutico para que el la conduzca nuevamente al consultorio.

No quiere permanecer sentada, camina de un lado a otro, tapándose con las manos los conductos auditivos, y meneando la cabeza, negando que ella no necesita ayuda, que no tiene ninguna enfermedad y que no se tomara el medicamento porque es veneno, para matarla.

¿Por qué?	¿Por qué ahora?	¿Qué FUNCIONA?
<p>Presenta un Episodio psicótico.</p> <p>Medicamento.</p> <p>La risperidona es un antipsicótico que le ayuda a controlar sus síntomas. Si se deja de tomar súbitamente, los síntomas se vuelven a presentar y la enfermedad es más difícil de tratar, ya que debe transcurrir mínimo una semana para que el medicamento nuevamente empiece a tener adecuada interacción con la dopamina del cerebro y se alcance el efecto deseado para controlar las alucinaciones y delirios de la persona.</p>	<p>Presenta un Episodio psicótico.</p> <p>Debido a la falta de apego al tratamiento.</p> <p>Ha dejado de tomar su medicamento durante seis meses y esta es la principal causa de un nuevo brote psicótico.</p>	<p>Que la persona está ubicada en tiempo y persona</p> <p>Memoria a corto plazo conservada</p>

¿COMO INTERPRETA LA PERSONA ESTA SITUACION O PROBLEMA?

No existe conciencia de enfermedad. Ya que presenta:

Disminución de su capacidad de autocontrol, grita, amenaza a sus padres, mencionándoles que si la dejan internada los va a matar y a sus hermanos también, al personal desafia verbalmente, mencionando que no se atrevan a molestarla ni tocarla porque se van a arrepentir, que ella es una persona muy influyente y que si la tocan va, hacer que corran a todos.

Manifiesta quejas, insultos, intimidaciones, provocaciones, intenta golpear al personal de salud y familiares que la acompañan.

Se niega a permanecer tranquila, no deja que la inyecten y escupe la pastilla, avienta el vaso con agua.

.Camina de un lado a otro de la sala, buscando la salida y golpeando la puerta con los puños de forma constante.

Por momentos habla sola en voz baja y se ríe, mira al personal con desconfianza y con facies de temor

¿Cómo limitar las restricciones?	Intervenciones de enfermería que promueven el cambio en la persona con sufrimiento psíquico.	Respuesta.
<p>a) contención psíquica: la primera pauta de actuación que debe intentarse. Basada en el establecimiento de una relación terapéutica y de confianza con la persona. Se interviene hablándole por su nombre, con voz baja pero firme, se le pide se calme que lo que se intenta es ayudarlo con su</p>	<p><u>CUIDADOS AGUDOS:</u></p> <p>a) actuar con actitud tranquilizadora.</p> <p>- mantener la calma, no expresar temor, no dirigirse a ella con tono de voz alta. Ya que podría incrementar la escala de agresividad de la persona.</p> <p>No contradecir las ideas de precepciones.</p> <p>-Explicarle que el problema no está en el exterior si no en su interior y le voy a ayudar a encontrar los recursos necesarios</p>	<p>La persona es contenida sin sufrir ninguna lesión o traumatismo.</p> <p>No aumenta su rango de agresividad.</p> <p>La persona por las circunstancias que está pasando no puede aceptar límites.</p> <p>El tono de voz de la enfermera le permitió no incrementar sus niveles de excitación.</p> <p>Por el estado en que está la persona no se logra establecer comunicación solo se</p>

<p>enfermedad que de ninguna forma se le hará daño, que lo mejor es que coopere para que no sea necesario utilizar otras medidas de contención física para evitarle daños causados por la autoagresión.</p> <p>b) contención química. Con ministración de fármacos sedantes por vía intramuscular</p> <p>olanzapina 10 mg 1.M , y clonazepam tabletas de 2 mg. Por vía oral.</p> <p>c) contención física. Contempla la técnica de la sujeción mecánica y solo se debe realizar cuando fracasan las otras dos anteriores o no ha sido posible llevar a cabo la contención química. Y se valore como imprescindible para la seguridad y recuperación de la persona.</p>	<p>para afrontar la situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - establecer la comunicación verbal, escuchar al paciente con atención y facilitar que exprese sus sentimientos. -no entrar en discusiones, utilizar mensajes cortos y claros. -construir un entorno terapéutico a través de: <ul style="list-style-type: none"> Reducir los estímulos ambientales, como son las luces, ruido y espectadores, proporcionar un ambiente ordenado y tranquilo. -retirar los objetos que se pueden utilizar como instrumentos para agredir. No dejar sola a la persona. <p>FAMILIARES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tranquilizar a los familiares para que faciliten la recuperación del control de la situación. -explicarles la importancia de establecer límites con la persona, aclararles los posibles motivos del comportamiento del paciente por ejemplo que se trata de síntomas propios de su enfermedad. <p>Ministración de fármacos sedantes.</p> <p>b) Se le llama por su nombre indicándole que es necesario que se le aplique una inyección con medicamento para que se relaje, se le solicita que lo acepte que solo se le está ayudando, que no es necesario que se le aplique el medicamento en contra de su voluntad, que lo mejor es que coopere en su manejo.</p> <p>c) se le llama a la persona por su nombre y se le informa que se le va a restringir físicamente en tanto el medicamento hace su efecto. Para evitar haga daño a los demás y así mismo.</p> <p>Al ser una situación de gran vulnerabilidad la persona es objeto de gran cantidad de cuidados específicos como:</p> <p>Vigilar que no se vea comprometida la circulación de los miembros pélvicos, y la compresión torácica.</p> <p>Monitoreo de los signos vitales cada hora.</p> <p>Vigilancia de síntomas que indiquen una sedación excesiva que comprometa la vida de la persona.</p> <p>Permanencia del personal de enfermería las 24 horas.</p>	<p>explica lo que le paso.</p> <p>El ambiente terapéutico adecuado, le permitió dormir, estar tranquila y disminuir su percepción de que los demás se burlan de ella.</p> <p>Se mantuvo la seguridad de la persona.</p> <p>Disminuye su renuencia a aceptar los cuidados.</p> <p>Al retirarse los padres permitió que la persona se tranquilizara y no se incrementara el estado psicótico.</p> <p>Los familiares aceptaron retirarse y disminuyeron su preocupación con la explicación.</p> <p>b) Posterior a la aplicación del medicamento la persona permanece a la defensiva y suspicaz.</p> <p>C) En transcurso de veinte minutos se queda dormida profundamente y es posible disminuir la presión de la sujeción y retirarle el reloj y los zapatos.</p> <p>Después de tres horas se retira la sujeción, la persona establece la comunicación. Con las personas que la rodean de forma más adecuada.</p> <p>Signos vitales se mantienen estables.</p> <p>No presenta sedación excesiva.</p> <p>La agresividad a desaparecido.</p> <p>Acepta levantarse para que se pueda bañar en regadera. Y cambiar de ropa, con la ayuda del personal de enfermería.</p> <p>Con la compañía del personal de enfermería muestra una mejor capacidad de controlar su impulso.</p>
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS SEGUNDO DIA.

IDENTIFICACION DE LA CONDUCTA O PROBLEMA

Presenta pensamiento desorganizado, ilógico, conducta regresiva, retraída, habla constantemente sin parar. Se coloca en posición fetal encima de su cama y se voltea hacia la pared no la dejan que la toquen, se retira si se le intenta tomar del hombro, facies de miedo y desconfianza. No sabe en donde se encuentra, ni porque motivo se encuentra internada.

¿Por qué?	¿Por qué ahora?	¿Qué FUNCIONA?
Es una conducta característica de pacientes con esquizofrenia paranoide, se les dificulta entablar comunicación verbal con las demás personas, debido a su pensamiento desorganizado	<p>Presenta descontrol de su cuadro mental (brote psicótico) debido a la falta de apego al tratamiento.</p> <p>Ha dejado de tomar su risperdal desde hace 6 meses ya que ella considero que ya no era necesario porque se sentía bien.</p> <p>No asistió a sus consultas programadas con psicología y psiquiatría tal como lo tenía indicado.</p>	<p>Que la persona está ubicada en tiempo y persona</p> <p>Memoria a corto plazo conservada</p>

¿COMO INTERPRETA LA PERSONA ESTA SITUACION O PROBLEMA?

Habla sola constantemente, no pone interés ni atención sobre lo que se le pide.

Se mantiene aislada en su cama, asustada, no tolera el contacto físico, menciona que la suelten que no la toquen, que solo quieren hacerle daño.

No se integra a ninguna actividad.

¿Cómo limitar las restricciones?	Intervenciones de enfermería que promueven el cambio en la persona con sufrimiento psíquico.	Respuesta.
<p>Mantener a la persona en un ambiente de seguridad.</p> <p>Entablar comunicación y crear confianza.</p> <p>Restaurar y verificar que ingiera el medicamento en la dosis y horarios indicados, para lograr que alcance el beneficio del control de su</p>	<p>CUIDADOS AGUDOS</p> <p>Designarle el cubículo en donde permanecerá durante su fase de estabilización, cerca de la central de enfermería.</p> <p>Estimular la realización de su aseo personal.</p> <p>No permitir el acceso de otras personas que se encuentren en hospitalización, con la finalidad de disminuir su estrés y temor.</p> <p>Establecer y conservar una rutina cotidiana de las diferentes actividades que se llevaran a cabo durante su hospitalización. Como son:</p> <p>La hora del baño, toma de medicamentos, hora del desayuno, terapias, descanso.</p> <p>Pasar el tiempo necesario con la persona aun cuando esta no pueda responder. Verbalmente o lo haga en forma incoherente.</p> <p>Dirigir nuestro interés y cuidado.</p> <p>-comenzar con interacciones una a una y después hacer avances para que la persona pueda integrarse a pequeños grupos según su tolerancia.</p> <p>-reorientar diariamente y las veces que sea necesario a la persona, llamándola por su nombre, mencionándole el lugar en el que se encuentra proporcionarle la fecha y hora.</p> <p>Proporcionar el medicamento en los horarios indicados, verificando que los degluta.</p> <p>Permanecer cerca de ella, para evitar los escupa o esconda en la</p>	<p>Al darse cuenta que permanecemos cerca de ella se muestra menos temerosa y acepta el contacto físico.</p> <p>Acepta bañarse y cambiarse de ropa pero se niega a peinarse.</p> <p>Al no permitir el acceso de otras personas hospitalizadas al área de la persona, disminuye su ansiedad y temor, se observa más tranquila.</p> <p>Por el momento no muestra interés en las actividades nuevamente se recuesta en su cama.</p> <p>Solicita agua a la enfermera que está bajo su cuidado.</p> <p>Realiza terapia manual solo por diez minutos, solicita retirarse a su cubículo.</p> <p>Reconoce el año cuando se le pregunta pero no el día ni la fecha, escucha la información que se le da sobre la institución en la que se encuentra y menciona que ya ha estado antes en un hospital como este. Al preguntarle nuevamente la fecha en la que estamos y el</p>

sintomatología y le permita retomar el control de sus capacidades, físicas y mentales.	boca.	día, responde correctamente. Acepto tomar sus medicamentos en dosis y horario indicado, solo que se le tiene que insistir y explicar para qué es que los toma.
--	-------	---

PLAN DE CUIDADOS TERCER DIA.

IDENTIFICACION DE LA CONDUCTA O PROBLEMA

Ideas delirantes de control y de daño, Sobre la calidad de la comida.

Expresa que no quieren que le controlen su mente y que no acepta la comida por tener miedo a que la envenenen.

¿Por qué?	¿Por qué ahora?	¿Qué FUNCIONA?
<p>Las ideas delirantes son creencias falsas y fijas que no tienen ninguna base en la realidad. La persona trata de llenar alguna necesidad a través de la idea delirante, como sería un aumento de su autoestima, apoyo, castigo, liberación de la ansiedad asociada a sentimientos de culpa o miedo.</p> <p>Las ideas delirantes no se encuentran bajo el control consciente de la persona.</p>	<p>Como parte de las manifestaciones clínicas de un brote psicótico debido a su enfermedad de esquizofrenia paranoide.</p> <p>Se le ofrecen alimentos durante el desayuno y se le solicita e insiste en que los acepte.</p>	<p>Por el momento su percepción no es adecuada y no tiene la capacidad de distinguir lo que es real e irreal..</p>

¿COMO INTERPRETA LA PERSONA ESTA SITUACION O PROBLEMA?

Rechaza los alimentos, intenta tirarlos.

Al insistirle en que coma algo escupe la comida y expresa que saben a podrido, que seguramente tiene veneno.

Menciona que le quieren obligar a hacer cosas que ella no quiere, que todos quieren hacerle daño que al igual que su patrona le quieren controlar su mente para que acepte el veneno que le dan en los alimentos y en las pastillas.

¿Cómo limitar las restricciones?	Intervenciones de enfermería que promueven el cambio en la persona con sufrimiento psíquico.	Respuesta.
<p>Animar a la persona a confiar en los miembros del equipo terapéutico.</p> <p>Respetar sus ideas delirantes.</p> <p>Aumentar el reconocimiento de las ideas delirantes y la capacidad del paciente para enfrentarlas.</p>	<p>CUIDADOS AGUDOS</p> <p>Ser sincero cuando se hable con la persona, mencionándole que nadie quiere hacerle daño que lo que piensa acerca del medicamento y los alimentos es parte de su padecimiento que lo único que se quiere es ayudar para que recobre su salud y regrese a su casa con su familia lo más pronto posible. Por tal motivo es necesario que acepte comer.</p> <p>Es necesario que el personal de enfermería pruebe los alimentos antes que la persona para que ella sienta la confianza de que no tienen algo que pueda hacerle daño.</p> <p>En cuanto la persona lo permita intentar explicar las ideas delirantes como un problema en la vida de la persona y como estas interfieren en su vida cotidiana.</p>	<p>La persona escucha lo que se le explica acerca de su padecimiento y permite le acerquen los platos de comida.</p> <p>La persona al darse cuenta que la enfermera prueba los alimentos, se disminuye su temor y acepta comer solo una pequeña cantidad.</p> <p>Después de explicarle la persona</p> <p>Reconoce que lo que piensa le ha traído dificultades con su familia porque no le creen y le dicen que está loca. Pide que le crían que es real que la comida le sabe feo.</p>

PLAN DE CUIDADOS TERCER DIA.

IDENTIFICACION DE LA CONDUCTA O PROBLEMA		
<p>Alucinaciones visuales, auditivas.</p> <p>La persona refiere escuchar constantemente una voz de mujer, es la de su patrona, tiene aproximadamente 40 años, que le habla en voz baja y escucha el eco de su voz constantemente.</p> <p>Menciona que los alimentos tienen aroma a echados a perder y se ven de color café.</p> <p>Menciona que las lesiones que se izó en el brazo un día anterior fueron para sacarse los gusanos que tenía bajo la piel y la estaban comiendo.</p>		
¿Por qué?	¿Por qué ahora?	¿Qué FUNCIONA?
<p>Las alucinaciones aparecen con mucha convicción de la realidad, para la persona quien puede percibir las como reales y anteponerlas a la realidad que tiene su ambiente externo.</p>	<p>Por la interrupción del tratamiento farmacológico.</p> <p>Principalmente el antipsicótico, risperdal.</p> <p>los antipsicóticos actúan interfiriendo la transmisión dopaminérgica cerebral, si se interrumpe su concentración, se presenta nuevamente síntomas positivos de la esquizofrenia que interfieren en la calidad de vida de la persona</p>	<p>Por el momento la persona no tiene elementos positivos que le ayuden a controlar las alucinaciones.</p>
¿COMO INTERPRETA LA PERSONA ESTA SITUACION O PROBLEMA?		
<p>Camina de un lado a otro sin control.</p> <p>No permite que la toquen.</p> <p>Se tapa los oídos y mueve la cabeza de un lado a otro.</p> <p>Presenta agresión hacia ella misma, se golpea la cabeza, diciendo “ya cállate, ya cállate”.</p> <p>Avienta las sillas del consultorio</p> <p>Menciona al médico que la voz que escucha es la de su patrona que no entiende lo que le dice porque habla en voz baja, que solo quiere controlarla que no quiere escucharla más que ya se calle.</p> <p>“es una mujer muy mala, una bruja, que no me deja trabajar en paz, me regaña y me ha mandado a seguir cuando salgo del trabajo, para saber en dónde vivo y venir por mí, me da mucho miedo porque tiene la cara de bruja, por las noches la he visto parada cerca de mi cama y me quiere tocar, se ríe muy fuerte y no me deja tranquila”</p> <p>“Son gusanos pequeñitos, que apenas se alcanzan a ver, de color negro, se le ven sus ojos y boca, y me producen dolor cada vez que se me entierran en la piel”.</p>		
¿Cómo limitar las restricciones?	Intervenciones de enfermería que promueven el cambio en la persona con sufrimiento psíquico.	Respuesta.
<p>Seguridad a la persona y a los demás.</p> <p>-disminuir los estímulos del medio ambiente.</p>	<p>CUIDADOS AGUDOS:</p> <p>Retirar objetos de su entorno, solo permanecerá lo mínimo indispensable para su atención.</p> <p>Se le pide que permanezca en su cubículo.</p> <p>Se pide a las demás personas que se retiren a sus actividades con el demás personal para mantener su seguridad.</p> <p>Se prende una luz tenue y se cierra la puerta del cubículo para que no escuche el ruido de las demás personas y el ruido de las máquinas de escribir.</p> <p>-si la persona lo permite utilizar medios táctiles, por ejemplo tocar su hombro o tomarla del brazo para ayudarla en su deambulación.</p>	<p>Al retirar los objetos que están a su alrededor se garantizó su seguridad.</p> <p>Acepta permanecer en su cubículo y se tranquiliza.</p> <p>Al ya no escuchar tanto ruido del entorno le permitió estar más tranquila y recostarse en su cama.</p> <p>No se opuso al contacto físico y acepto integrarse a terapia, pero dentro del cubículo.</p>

<p>-interrumpir el patrón de alucinaciones.</p> <p>-disminuir el miedo la ansiedad.</p>	<p>Se le propone integrarse a la terapia de pintura para distraerla de su alucinación.</p> <p>-permanecer cerca de la persona, alerta en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que la persona se lesione, lastime a otros o destruya objetos.</p>	<p>Menciona que los gusanos que le salen del brazo han desaparecido y coopera para que se le realice la curación.</p>
---	---	---

CUIDADO TRANSICIONAL.

Posterior al control de la fase aguda de la enfermedad la persona fue trasladada a la villa denominada terapia intermedia ya que constituye una etapa entre su tratamiento y su egreso del hospital.

La villa es llamada azucenas es una villa para 12 personas que cuenta con todos los servicios propios de un hogar en donde las personas se relacionan con otras personas que están en tratamiento y en poco tiempo egresaran del hospital.

La finalidad de esta etapa corresponde a personas que han logrado mejor control de su enfermedad y requieren intervenciones de rehabilitación psicosocial en la villa, en talleres y terapias individual, grupal y con sus familiares, para que egresen con los elementos educativos necesarios a su domicilio. La estancia hospitalaria en esta área fue de 7 días, posteriormente egreso a su domicilio.

La villa cuenta con el personal interdisciplinario suficiente para su atención permanente durante las 24 horas del día.

1 médico psiquiatra.

1 médico general.

1 enfermera.

1 trabajadora social.

1 cocinera.

1 nutrióloga.

1 psicólogo.

1 terapeuta físico.

1 afanadora.

El programa general de trabajo en la villa incluye los siguientes objetivos:

- supervisar el tratamiento psicofarmacológico y educar a la persona y familia en su manejo.
- continuar con el tratamiento psicoterapéutico.
- reactivar y fomentar las funciones psicomotoras.
- Mejorar las capacidades de atención, concentración y memoria.
- reforzar la autoconfianza y capacidades de logro.
- motivar las inquietudes de las personas respecto a sus preferencias hacia un oficio.
- fomentar la socialización.
- fomentar actividades de la vida diaria.
- Evaluar el grado de avance para la canalización de la siguiente etapa de rehabilitación.

Todas las intervenciones están enfocadas a favorecer la participación de las personas en las actividades de la vida diaria, así como la adecuada respuesta al

tratamiento farmacológico, el trabajo psicoterapéutico y las actividades socio recreativas, dando como resultado un ambiente terapéutico y rehabilitatorio.

Se realizan sesiones de orientación a las personas y familia para que expresen sus dudas respecto al tratamiento actual y el que tendrán que seguir en su domicilio.

6.6.- CUIDADO TRANSICIONAL Y DESARROLLO (Plan de Alta)

El Plan de Alta es una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma, consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer en forma oral y escrita a la persona y familia.

El cuidado transicional de acuerdo a la Teoría de la Marea, se centra en el desplazamiento de la persona de un entorno a otro. Aquí son muy importante las relaciones de enfermería con el equipo terapéutico y asegurar la participación de la persona en dicha transferencia.

El objetivo del cuidado de desarrollo es una intervención terapéutica o un apoyo terapéutico más intenso y a más largo plazo.

La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano, incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad, comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo de experiencias. En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir crisis o sabotear el tratamiento. La recuperación puede estancarse e inclusive tener retroceso y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de darse por vencida ante la enfermedad y en su distrés renunciar a la recuperación. Es como si hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana. Es como si hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben. Todas las personas en estas circunstancias necesitan, en primer lugar, un refugio seguro, de forma que puedan retirarse para empezar el trabajo de reparación necesario en el barco de sus vidas. Cuando se han

acostumbrado de nuevo al nuevo cauce de su vida y han recuperado su confianza para volver a retomar en el océano de su experiencia, la persona tiene que empezar la completa y desafiante tarea de trazar el mapa de su recuperación.

Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana y plena.

La psico-educación familiar es uno de los pilares fundamentales para el cuidado de la persona que padece esquizofrenia, a fin de lograr la menor tasa de recaídas, mantener el manejo ambulatorio, y permitir la reinserción familiar y social.

Las intervenciones tienen como objetivo desarrollar una alianza terapéutica positiva que sostenga a las personas en la comunidad, minimice las recaídas, disminuya la tensión en los familiares y mejore la calidad de vida de la persona y familiares.

El programa incluye información específica y concreta sobre la enfermedad y sugiere actitudes, conductas y técnicas para poder enfrentar los problemas que causan los síntomas en la convivencia y les permite la recuperación y la integración en lo social (recreación, estudio, trabajo).

La psico-educación intenta romper el círculo vicioso de la repetición de episodios, crisis e internaciones a partir de operar con estos principios:

- 1.- Crear una alianza que promueva el trabajo vincular entre los profesionales, la persona que padece esquizofrenia y la familia.
- 2.- Proveer información sobre la enfermedad y su manejo a la familia y la persona enferma.
- 3.- Establecer un medio social que apoye a la persona en la comunidad.
- 4.- Integrar gradualmente a la persona en los roles familiares, sociales y laborales.
5. Crear cuidados continuos en la familia y con la persona que padece esquizofrenia.

Las familias que reciben propuestas de la Psico-educación las aceptan porque comprenden que la persona con esquizofrenia necesita de su grupo familiar para recuperarse. Se sienten partícipes en el tratamiento, ya que ellas tienen la tarea del cuidado, contención, seguridad, motivación y vigilancia del tratamiento. Es una experiencia de aprendizaje que ayuda a las familias a sentirse mejor al comprender el padecimiento y al estar en contacto con otras familias que tienen los mismos problemas. Logran mayor tranquilidad en el hogar y se aseguran de que los familiares reciban los cuidados que necesitan.

La educación familiar facilita a que las personas con esquizofrenia tengan una vida lo menos estresante posible. La familia como socia en el tratamiento, asume el rol complementario que hace posible la compensación y rehabilitación.

La persona que padece esquizofrenia acepta mejor el tratamiento cuando la familia lo acompaña y se siente más seguro y confiado en su

recuperación. Aprender a cuidarlos desde la Psi coeducación en el hogar ayuda y evita que la familia se aleje, lo aíse, lo abandone, lo deposite y agrave su condición. La tarea de la Psi coeducación es aprender a convivir. Las personas con esquizofrenia tienen en su familia el referente conocido que puede ayudar a prevenir episodios de agresión, excitación, recaídas. El objetivo es la contención de la persona con esquizofrenia, quién al sentirse acompañado y comprendido, supera situaciones críticas con más facilidad.

6.6.1.- INFORMACION PARA LA PERSONA Y FAMILIARES.

La posibilidad de recuperación está directamente relacionada con la aceptación del tratamiento por la familia. Se demostró que las personas con mejor cumplimiento de las indicaciones médicas son aquellos cuyas familias aceptan la enfermedad y los apoyan. Un clima familiar propicio logra una mayor eficacia terapéutica. El acompañamiento familiar en el tratamiento aporta beneficios y requiere de un esfuerzo organizativo y ajustes cotidianos.

Se le proporcionó información a la persona y familia sobre el medicamento que está tomando como es:

- clonazepan (ansiolítico) El tratamiento debe ser continuo y regular, evitando suprimir dosis. Es conveniente respetar organizadamente los horarios, nunca modifique por su cuenta la dosis en más ni en menos, evitar siempre las bebidas alcohólicas.

- Risperidona (Antipsicótico), Disminuyen la abulia, aislamiento, depresión, falta de concentración (síntomas negativos). También mejoran alucinaciones.

Estos medicamentos tienen que guardarse en un lugar fresco, libre de humedad, protegerse de la luz, solo sacar de su empaque la pastilla que se tomara en ese momento.

Biperideno (corrector de efectos extra piramidales) está indicado como agente anti parkinsoniano. También está indicado en la prevención y corrección de los síntomas extra piramidales inducidos por neurolépticos.

Este medicamento debe protegerse de la luz, no aumentar la dosis indicada y guardarse en un lugar fresco y seco.

6.6.2.- MANEJO DE LA MEDICACIÓN

- Determinar los factores que puedan impedir que la persona deje de tomar los fármacos tal como se han prescrito.

Informarle que de ninguna manera suspenda nuevamente la medicación, aun cuando desaparezcan los síntomas, recordarle que su enfermedad no se cura que solo se controla con la medicación y que solo el médico tratante decidirá cuando es necesario ajustarle la dosis o retírale la medicación. Pedir que se haga cargo de su autocuidado.

- Determinar el conocimiento del usuario y/o familia sobre la medicación.

Durante su internamiento, se trabajó con la persona y la familia, proporcionándole información sobre los medicamentos que está tomando y cuáles son los efectos que tienen en su organismo para asegurar el control de su enfermedad, así mismo se les proporciono por escrito una guía para que siempre tengan presente la información.

El fármaco antipsicóticos que toma es risperdal, en tabletas de 2mg cada ocho horas, se solicita que estén alertas sobre efectos secundarios que pudiera presentar tales como:

- Estreñimiento: en este caso se aconseja, consumir una dieta rica en fibra y elevada ingesta de agua. Si aun así no es posible la evacuación intestinal se les informa que será necesario acudir con un médico general para que es prescriba Utilizar laxantes si es preciso.
- Sequedad de boca: se recomienda ingesta de líquidos constantemente, puede chupar algún caramelo para aumentar la salivación.
- Hipotensión o hipotensión ortostática: Recomendar levantarse de la cama o silla con lentitud. Debe sentarse en el borde de la cama durante un minuto si la hipotensión constituye un problema, debe medirse la presión arterial .antes de administrar cada dosis.es preciso, si no hay mejoría acudir nuevamente a consulta para que se le examine y ajuste el tratamiento.
- Ganancia de peso: en este caso se le proporciona una lista con alimentos que tiene que comer de acuerdo a su requerimiento calórico para evitar el sobrepeso, se le solicita realice actividad física, como caminata.
- Informar de inmediato signos de desinencia tardía: movimientos vermiculares (similares a gusanos) de lengua. Pedir a la persona y familia notifiquen este o cualquier otro síntoma.
- Informar que pueden ser necesarias varias semanas de tratamiento antes de que se observe el beneficio completo.

- Mencionar a la persona la importancia de no triturar las formas de liberación retardada, no triturar ni masticar.
- Enseñar síntomas de agranulocitosis, como: anginas, fiebre, malestar general, ictericia, dolor en hipocondrio derecho.
- Advertir sobre evitar la prolongada exposición a temperaturas extremas, los fármacos interfieren en la capacidad del organismo para regular la temperatura.
- Sugerir que evite el consumo de bebidas alcohólicas.
- Advertir que los antipsicóticos pueden alterar los niveles de glucosa sanguínea, por tal motivo es que tiene que acudir a su centro de salud mas cercana para que se la chequen periódicamente.
- Pedir no suspendan la terapia de forma brusca o sin consultar con el médico. Enseñar a mantener los fármacos fuera del alcance de los niños.
- Asesorar sobre métodos anticonceptivos, aconsejar el más apropiado. Los anti psicóticos pueden provocar pruebas de embarazo falsas-positivas.

6.6.3.-SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA:

Sedación

La sedación es un efecto secundario muy común de los antipsicóticos de primera generación. La sedación es más pronunciada en las fases iniciales del tratamiento, ya que con la administración continuada de estos fármacos la mayoría de Personas desarrolla cierta tolerancia a los efectos sedantes. En el caso de los pacientes agitados, La reducción de la dosis diaria, la consolidación de dosis

separadas en una dosis nocturna o el cambio a un fármaco antipsicótico menos sedante puede ser eficaz para reducir la gravedad de la sedación.

El parkinsonismo inducido por medicamentos, se caracteriza por la presencia de los síntomas de la enfermedad idiopática de Parkinson (rigidez, temblores, acinesia y bradicinesia) y es la forma más frecuente de manifestación de efectos adversos extra piramidales. Estos síntomas se originan durante los primeros días y semanas de la administración de medicamentos antipsicóticos.

La acinesia o la bradicinesia: son características del parkinsonismo inducido por medicación que afecta tanto a la función motora como a la cognitiva.

La distonía aguda se caracteriza por la contracción espástica de grupos musculares aislados, puede afectar a diversas regiones del cuerpo, pero aquejan con mayor frecuencia a los músculos del cuello, la laringe, los ojos y el torso; se utilizan los términos «torticolis», «laringoespasma», «crisis oculógira» y «opistótonos» para describir las reacciones distónicas de regiones corporales concretas. Estas reacciones tienen un inicio repentino y causan un gran malestar. Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o antihistamínica. La administración por vía parenteral tiene un inicio más rápido que la administración oral, posteriormente se puede mantener una pauta oral de medicación.

La acatisia. La persona no puede controlar los movimientos corporales, pero en formas más graves no deja de andar mientras está de pie y es incapaz de

permanecer sentado. Este efecto secundario es a menudo muy molesto y una causa frecuente de incumplimiento del tratamiento antipsicótico; si no se impide que persista, puede producir disforia. También puede contribuir al comportamiento Agresivo o suicida.

El síndrome neuroléptico maligno. Se caracteriza por una tríada de características: rigidez, hipertermia e inestabilidad autónoma, incluidas la hipertensión y la taquicardia. Se relaciona con una elevación de la concentración sérica de la creatinina, su inicio puede ser repentino.

6.6.4.- RECOMENDACIONES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE:

El ejercicio además puede ayudar a mejorar el estado de ánimo y la concentración, reducir la ansiedad y el estrés y ayudar a mejorar la autoestima y la motivación.

Hacer ejercicio en grupo, como en una clase de aeróbic o en un partido de fútbol, anima a la persona a conocer gente nueva, disminuyendo el aislamiento y mejorando las habilidades sociales. Las clases de meditación y yoga además favorecen la relajación y la autoestima.

El ejercicio debe ser llevadero y divertido, deberá comenzarse lentamente y con cuidado. Se debe estimular a la persona

A que adopte un estilo de vida saludable con hábitos como:

- Una alimentación sana y equilibrada, rica en fibra, verduras, fruta, evitar el consumo de cafeína, para mejorar su sensación de bienestar y controlar cualquier aumento de peso.
- Mantener alguna actividad recreativa puede realizar algún trabajo remunerado, integrarse a cursos o talleres con la finalidad de desarrollar un sentimiento de satisfacción y mejorar su bienestar.
- Cultivar amistades, que le eviten el aislamiento social, el contacto con otras personas puede producir mucho bienestar y los problemas pueden parecer más llevaderos.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas, ya que hace que no mejores y por el contrario, empeore tu situación. No solo puede desencadenar el brote psicótico sino que también interacciona con el tratamiento, propiciando recaídas.
- Dormir bien por la noche: dormir de 7 a 8 horas diarias, disminuir siestas durante el día, si presenta problemas para conciliar el sueño es necesario consultar al médico tratante para que ajuste el tratamiento.

Recomendaciones a la persona si escucha nuevamente las voces:

1. Deliberadamente alejar la atención de las voces y enfocarla hacia otras cosas puede ayudar a aliviar la tensión.
2. Hablar con otro puede hacer que las voces se detengan.

3. si es posible se integre a una rutina de ejercicios físicos para controlar las voces.

4. Las técnicas de relajación pueden ayudar a prevenir o eliminar las voces.

5. Las voces problemáticas pueden desaparecer espontáneamente cuando aumenta la autoestima y la autoconfianza de una persona.

6. Tararear, cantar, contar y leer en voz alta han sido acciones usadas exitosamente para controlar las voces.

7. Negociar con ellas es a veces una manera efectiva de controlarlas.

8. Llevar un registro escrito de la hora del día cuando se escuchan las voces, cuanto duran, y que dicen, puede reducir su frecuencia.

19. Enfocar la atención en algo agradable, puede ayudar a eliminar las voces persistentes.

10. Escuchar música con auriculares, o usar tapones para los oídos, puede lograr que las voces se detengan.

11.- También es de suma importancia recomendarle que continúe su tratamiento psicológico a través de la psicoterapia

12.- La psicoterapia es el tratamiento de los trastornos emocionales y mentales empleando medios verbales.

13.- Compartir las experiencias con una persona capacitada y empática y hablar de la situación del paciente con alguien externo puede ayudar a la persona que

sufre esquizofrenia a entenderse mejor a sí misma y a descubrir formas de tratar su afección

SÍNTOMAS DE ALARMA QUE INDIQUEN UNA RECAÍDA:

- 1.- No puede dormir o cambia los hábitos de sueño
- 2.- Está muy irritable, inquieta.
- 3.- se aísla y no quiere ver a los amigos
- 4.- No tiene apetito o come a deshoras
- 5.- disfruta menos de las cosas y no le interesan
- 6.- Está haciendo algo, de repente se para y parece como si estuviera oyendo algo
- 7.- No puede concentrarse y se preocupa en exceso por una o dos cosas
- 8.- cree que los demás hablan mal de él/ella –
- 9.- Cuando sale a la calle mira mucho a la gente, cree que le siguen
- 10.- Su mirada ha cambiado
- 11.- Sospecha que está tomando drogas
- 12.- Se retrae, - Está triste, - Siente desconfianza.
- 13.- se niega a tomar la medicación o acudir a sus consultas programadas.
- 14.-estallidos frecuentes de ira.

- 15.- amenazas de dañarse y dañar a terceros.
- 16.- conductas sexuales inapropiadas.
- 17.- deterioro de su higiene personal
- 18.- sensibilidad poco usual a los estímulos como el ruido y la luz.

RECOMENDACIONES A LOS FAMILIARES ANTE PRESENCIA DE SÍNTOMAS

PROPIOS DE SU ENFERMEDAD:

- Si observa que tiene presencia de delirios por ejemplo que pueden volar, que los persiguen, que se les implantó algo en la cabeza. En ese caso no deben acercarse a ella sin prevenirla y siempre de frente.
- Debemos darles un "espacio para respirar" y no tocarla. Salvo, si tiene la seguridad de que no se sienta amenazada.
- No la mire fijamente. No deje que imagine sus intenciones, explíqueselas, porque la imaginación le sugiere cosas negativas.
- Evite ser sobreprotector.
- No lo contradiga, ni se oponga a su delirio, ni trate de razonar lógicamente. Sólo intente, cambiar de tema. No es conveniente burlarse de sus delirios, ni pretender estar de acuerdo con ellos, deje claro que usted no piensa así, pero que acepta lo que ella siente y piensa.
- No la interrogue, las conductas agresivas suelen ser por miedo, por un miedo que lo lleva a la desesperación y al camino de la pelea.

- Trate de no moverse bruscamente. De no gritarle. Tampoco susurrar, ni pararse detrás ó arrinconarla, ni mirarlo con agresividad, o rodearla.
- Las señales previas a la agresión son sudor, puños cerrados, ojos sin fijar mirada, fruncir el entrecejo, fuerte reacción a los sonidos, a las voces fuertes, a las amenazas. Aléjese y dele más espacio.
- Hable con calma, asegúrese que sepa que usted no lo quiere dañar. Puede, delicadamente, preguntar por qué está molesta y siempre busque una solución fácil.
- Dígale lo que usted va a hacer, recuerde que puede estar escuchando voces.
- Muévase poco y tenga siempre las manos a la vista.
- Separe a la persona de un medio ruidoso.
- Evite discutir con ella o con otros en su presencia.
- Ser intolerante, burlón y/o demasiado exigente.

RECOMENDACIONES A LOS PADRES Y HERMANOS PARA QUE EXPRESEN SUS SENTIMIENTOS ANTE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR.

_ Si la familia encuentra difícil la convivencia con la persona enferme, es importante recordarle que no están solos en este proceso, aunque al principio parezca imposible, la mayoría de los familiares con el tiempo adquiere el conocimiento y las habilidades para enfrentar con eficacia la enfermedad, se descubren fortalezas que no se creía poseer y se logra enfrentar situaciones que nunca se anticiparon. Un buen comienzo para aprender es hablar con otras

familias que padecen el problema en donde puedan recibir consejos para afrontar el proceso, por lo que es fundamental que se integren a un grupo de terapia para familiares en la institución en la que se atiende a la persona o individualmente en la comunidad en donde residen.

Lo principal es que se den cuenta como familia:

- 1.- que la enfermedad de su familiar no se cura, solo se controla.
- 2.- nadie tiene la culpa.
- 3.- que es tan difícil aceptar el desorden mental para quien lo padece, como para los integrantes de la familia.
- 4.- que los delirios o alucinaciones que presenta la persona no se modifican con razonamientos.
- 5.- la enfermedad mental de la persona no es algo de que avergonzarse, los estigmas y prejuicios de los que lo rodean es producto del temor y la ignorancia.
- 6.- deben reconocer el coraje y el esfuerzo de la persona para lidiar con su enfermedad.
- 7.- el dolor que sienten es por la hija y hermana que tenían y perdieron.
- 8.- reconozcan que después de la negación, la tristeza y los problemas viene la aceptación y la comprensión.
- 9.- que expresen sus dudas sobre la enfermedad de la persona con el personal de salud que este a su cargo.
- 10 que comprendan que la conducta extraña es solo un síntoma de la enfermedad y no lo consideren como algo en contra de ellos.
- 11.- que no teman preguntarle si está pensando en hacerse daño ya que el suicidio es una realidad.

12.- que la responsabilidad de su cuidado debe de ser compartida entre los miembros de la familia y no solo un integrante debe hacerse cargo.

13.- que comprendan la importancia que las necesidades de la persona no siempre están primero, si ellos no se cuidan primero, no tendrán la capacidad de cuidar de otros.

14.- es importante poner límites claros. El hecho de que la persona tenga capacidades limitadas no significa que no tengan que esperar nada de ella.

15.- es natural y normal experimentar un caudal de emociones por tal motivo es importante compartir pensamientos y sentimientos en un grupo de autoayuda.

16.- es importante que los padres expliquen a los otros hijos los cambios que la enfermedad de la persona tendrá en la vida familiar.

17.- los hermanos necesitan que los padres los ayuden para ir entendiendo las modificaciones de conducta de su hermana.

18.- es importante que los padres sepan cuáles son los sentimientos de sus otros hijos lo más frecuente es que sientan culpa, por tener una vida mejor, miedo y angustia de llegar a sufrir la misma enfermedad o que les pase con sus propios hijos. Tristeza y dolor por lo que su hermana no logra hacer en la vida. Vergüenza ante sus amigos y la sociedad por el estigma y las conductas raras de esta enfermedad. Resentimiento por recibir menos atención de sus padres y por el quiebre de la estabilidad familiar. Preocupación por el futuro, ante la responsabilidad de cuidar de su hermana.

19.- los padres deben de tratar de establecer un delicado equilibrio para convivir con cada miembro de la familia.

Diez pautas de ternura y comprensión (Ion de Silvia. Traducción libre)

1. Téngalo en cuenta.
2. Haga que se sienta cómoda y a gusto.
3. Aliéntela en sus logros.
4. Escúchela con atención.
5. Comparta tiempo con ella.
6. Elógiela.
7. Entiéndala poniéndose en su lugar.
8. Sea su cómplice.
9. Estimúlela en sus proyectos.
10. Infúndale esperanzas.

INFORMACION SOBRE CENTRO DE SALUD CON MODULO DE SALUD MENTAL.

Informarles a la persona y familiares sobre los Centros de salud con Módulos de salud mental que se encuentran en el estado de Hidalgo, por si no pueden asistir a la institución a continuar con su tratamiento.

Son unidades del primer nivel de atención en las que se desarrollan acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad y su medio ambiente; los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El equipo de atención primaria proporciona:

- Promoción y educación en salud, para favorecer estilos de vida sanos, reforzar los factores protectores y disminuir los riesgos de enfermedad.
- Orientación y capacitación a la población para el cuidado de su salud, a través de formación de grupos.
- Detección de problemas de salud mental de manera oportuna.
- Referencia de personas a otros niveles de atención en caso de así requerirlo.

- Conocimiento del estado de salud mental individual, familiar y comunitaria.
- Control y vigilancia de personas con enfermedades mentales.
- Proporcionar tratamiento previa valoración por psiquiatra del módulo.
- Visitas domiciliarias.

Recuperación de personas que han abandonado el tratamiento.

VII.-CONCLUSIONES.

Enfermería a través de la historia ha tenido diversas orientaciones sobre el cuidado y por ende varias definiciones que le han otorgado diferentes formas de proyección e impacto profesional y social. Sin embargo es indiscutible que esta ha demostrado tener un importante valor en cuanto a dar respuesta a la demanda de salud y vida de la persona así como de los colectivos humanos. Lo anterior evidencia la importancia de reconocer y determinar cuál ha sido y es, la naturaleza de la enfermería, con el propósito de contribuir a la comprensión de su esencia, para reafirmar su importancia y trascendencia como ciencia del cuidado a las personas, familias y comunidades en condiciones de salud y enfermedad. El reconocimiento de dicha naturaleza, también constituye un elemento básico para alcanzar y reforzar la profesionalización, identidad y autonomía profesional en estudiantes y enfermeras(os) profesionales.

Como es de hacer notar las definiciones de enfermería han ido evolucionando en el tiempo a medida que se ha estudiado y reconocido el desarrollo de la enfermería no solo como profesión sino también como disciplina de cuidado indispensable para responder a la demanda social de salud y vida de la persona. Es claro que en la actualidad, la enfermería profesional implica el tener cualidades para crear y construir permanentemente la profesión, requiere por tanto de una

preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y para ayudar a suplir las necesidades del individuo como ser único, e incorporarlo a su entorno, familia y comunidad.

El cuidado ha significado desde el inicio de la humanidad un factor fundamental e indispensable para lograr la supervivencia y la conservación de la especie.

Al considerarse al hombre como un fin y un medio para proporcionarle cuidado, este debe ser de una forma humanística en donde la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significa su entorno, su sufrimiento espiritual y la percepción que tenga sobre la salud y la enfermedad.

Brindar un cuidado con humanismo es la ayuda que se le brinda a otro como si se tratara de uno mismo, con la conciencia de lo valioso que es la persona considerándolo como un ser individual, único e irrepetible y con respeto por su existencia y dignidad en todas sus etapas de vida.

El personal de enfermería cuya razón de ser como profesión es el de brindar cuidado, tiene la obligación de proporcionarlo de una forma humanística, con una actitud centrada en el interés por lo humano no solo de forma genérica, sino por la persona concreta que tiene un nombre y apellido, y en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual es decir de una manera holística. Tomando en cuenta que el hombre necesita para realizarse como persona un trato con respeto de su integridad y dignidad.

la importancia de las consideraciones metodológicas sobre el proceso de enfermería, es que la enfermera requiere de conocimientos y habilidades que le permitan comunicarse e interactuar con la persona, para poder desarrollar en sus

diferentes etapas el proceso de enfermería, tomando en cuenta las base éticas, que como profesionales de enfermería se requieren para una adecuada interacción en la acción de cuidar a la persona, la cual requiere del respeto de sus creencias, valores y sentimientos.

la relación que existe entre cada una de las cinco etapas del proceso de enfermería y como las respuestas físicas, emocionales y sociales que tiene la persona ante determinadas situaciones, están en constante cambio haciendo que el proceso de enfermería no sea estático y por lo contrario sea dinámico.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más perjuicios genera en la sociedad, está rodeada de muchos temores y mitos, esto habla de que en realidad la sociedad desconoce cómo se manifiesta, que implica para la persona que la padece y su familia y cuál es su tratamiento.

En México se calcula que alrededor del 1% de la población mayor de 15 años padece esquizofrenia, una enfermedad psiquiátrica devastadora y compleja que afecta el comportamiento, el pensamiento y las emociones de la persona.

Sin embargo, a pesar de ser una enfermedad crónica e incapacitante, si se atiende y hace un correcto diagnóstico a tiempo y con un tratamiento integral, la persona y familiares pueden mejorar su calidad de vida. El principal será el tratamiento farmacológico para estabilizar a la persona y la rehabilitación psicosocial le permitirá recuperar su vida social, familiar y laboral.

El modelo de la mera se centra en los procesos fundamentales de los cuidados de la enfermería, es aplicable a nivel universal y es una guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de salud mental.

Es un método filosófico para la recuperación de la salud mental; es una visión específica del mundo. Ayuda a la enfermera a empezar a comprender que puede significar la salud mental para la persona en concreto y como se puede ayudar a la persona para iniciar el complejo viaje de recuperación.

Destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación

terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo; establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria y la búsqueda de resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de métodos narrativos.

El agua es la metáfora central de la experiencia vivida de la persona y el sistema de cuidados que auto modela la persona con la ayuda de las enfermeras.

VIII.- SUGERENCIAS

Siguiendo un tratamiento farmacológico eficaz se pueden controlar los síntomas de la esquizofrenia y conseguir una adecuada calidad de vida. Para ello es muy importante que la persona con esquizofrenia entienda y acepte que la medicación es fundamental para evitar recaídas en su enfermedad, para que no se produzca un empeoramiento en su pronóstico y pueda tener una vida lo más normal posible. En la actualidad existen medicamentos muy eficaces para tratar muchos de los síntomas de la enfermedad. Es muy importante que conozca los diferentes tratamientos disponibles, así como que entienda las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, para que pueda intervenir conjuntamente con su equipo terapéutico y familia en la decisión del tratamiento más adecuado para su situación personal, garantizando con esto un adecuado apego al tratamiento.

La creación de nuevas estructuras de atención está basado en el respeto a los derechos de las personas, de recibir una atención integral médico-psiquiátrica con calidad y calidez, Como lo es el Modelo Hidalgo. El modelo ofrece una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social.

Yo como profesional de enfermería que trabajo dentro de este modelo de atención llamado Villa Ocaranza, sugiero que las personas que lean este trabajo y estén

interesadas en la atención de personas con sufrimiento psíquico, conozcan de forma personal los diferentes servicios con los que cuenta esta institución y de esta forma difundan la importancia que tiene la atención de forma personalizada y de manera integral para garantizar los reingresos hospitalarios y el adecuado apego al tratamiento. Está demostrado que gracias a estas nuevas estrategias de atención es obsoleto los hospitales psiquiátricos tradicionales que no solo perturban la inaceptable práctica del aislamiento y el asilo, si no que siguen absorbiendo la mayoría de los recursos financieros disponibles. Gracias a este nuevo modelo de Atención Mental en el Estado de Hidalgo, es posible que las personas con problemas de salud mental vivan en la comunidad, trabajen y tengan los mismos derechos que todos los ciudadanos.

VIX.-GLOSARIO.

Análisis: consiste en identificar los componentes de un todo, separarlos y examinarlos para lograr acceder a sus principios más elementales.

Acatisia: es un trastorno del movimiento caracterizado por un sentimiento de inquietud y una necesidad imperiosa de estar en constante movimiento, así como por acciones tales como balancearse mientras está de pie o sentado, levantar los pies como si estuviera marchando del lugar, y cruzar y descruzar las piernas mientras se está sentado. Las personas con acatisia son incapaces de permanecer sentadas o estar quietas, se quejan de inquietud, intranquilidad.

CUIDADO: etimología Del latín “cura”: cuidado, solicitud. Del latín “cogitare”: pensar, prestar atención, asistir (a alguien), poner solicitud (en algo).

Devastadora: adj; que destruye totalmente, que es rotundo.

Dinámica interna: es el libre uso que la persona hace de todos los recursos de su interior, aspecto racional, emocional y funciones psíquicas. La voluntad y la capacidad de autocontrol son factores que permiten que el ser humano pueda alcanzar armonía dentro de nuestro interno que contribuya al crecimiento, evolución y desarrollo como seres humanos.

Distonia: manifestación física que consiste en contracciones involuntarias permanentes de los músculos de una o más partes del cuerpo, debido a una disfunción del sistema nervioso.

Distres: es definido como una experiencia emocional displacentera de naturaleza, física, psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir con la habilidad para enfrentar de manera efectiva la vida diaria.

Dopamina: es una hormona y neurotransmisor que según su estructura química es feniletilamina y/o catecolamina que cumple funciones muy específicas en el sistema nervioso central. Maneja actividades importantes como el comportamiento, cognición, actividad motora, motivaciones, el sueño, el humor, atención y aprendizaje.

Esquizofrenia: el concepto de esquizofrenia tiene su origen en dos términos griegos: schizo(división, escisión) y phrenos (mente).quien padece este trastorno presenta en pocas palabras, una mente partida en dos: una porción que se

relaciona con la realidad y otra que interactúa, en mayor o menor grado con un mundo imaginario.

Antipsicóticos: es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, es usado para el tratamiento de la psicosis

Incapacidad: falta de capacidad para llevar a cabo una vida normal o para cumplir con una actividad normal como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Interacción: es una relación recíproca entre dos o más personas a través de la comunicación, que es la capacidad de las personas para obtener información respecto a su entorno y compartirla con el resto de la gente.

Metáfora: figura retórica de pensamiento por medio de la cual una realidad o concepto diferentes con lo que lo representado guarda relación de semejanza.

Metodología: ES un vocablo generado a partir de tres palabras de origen griego: Meta (mas allá), Odos(camino) y Logos(estudio) puede entenderse a la metodología como el conjunto de procedimientos que determinan una investigación de tipo científico.

Multidisciplinario: es la combinación de diferentes disciplinas que permiten estudiar los problemas presentados y brindarles una solución integral.

Psi coeducación: hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas, cursos de entrenamiento en donde se incluye la

persona enferma y la familia. La meta es que el paciente y la familia sean capaces de entender y manejar la enfermedad que se presenta, con la finalidad de evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar.

Psicosocial: se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales. El ser humano y su comportamiento en un contexto social es objeto de estudio de la psicología individual y de la sociología.

Psicótico: la psicosis ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad. La persona puede tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quien es (delirios). Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones).

Resignificar: quiere decir encontrar un nuevo significado o sentido a una situación, un síntoma, una conducta. Dar un nuevo sentido a algo del pasado en función de algo ocurrido en el presente.

Sensopercepcion: la sensación es aquello que experimenta una persona a partir de los estímulos que recibe mediante los sentidos: el gusto, el olfato, el tacto y la visión. La percepción, por su parte supone el registro y el reconocimiento de la realidad física a través de la organización de estas sensaciones.

Es la capacidad que tiene una persona de interactuar con el mundo externo.

Sistemático: es un adjetivo que sigue o se ajusta a un conjunto ordenado de normas y procedimientos,[persona] que realiza un trabajo o una tarea ordenadamente, siguiendo un método o sistema.

Sufrimiento psíquico: es una experiencia en la que se mezcla lo psíquico y lo somático, cercana al miedo y a la muerte. Este dolor mental provoca que la persona busque ayuda, aunque no pueda reconocerlo porque la sensación de daño es profunda. El estado emocional es difuso, malestar y displacer de límites

borrosos entre lo psicológico y lo biológico. Pontalis (1981) lo describe como la ruptura de la barrera protectora del Yo que tiende a la disgregación o desintegración. (Anzieu, 1985) la persona que sufre dolor psíquico se mantiene "ausente" del sufrimiento, aunque hable difusamente de él. La persona está sin estar, existe pero sin dejar apenas huella. La persona que sufre nos transmite su experiencia, percibimos la resonancia de los estados doloroso que atraviesa. Percibimos que "vive" su sufrimiento.

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Alexander, E. y Vélez, P. (2005). La enfermería, una profesión de servicio. Rev. Actualidades de enfermería, 8 (4), 19-21. • Balleneros, M. y Jiménez, L. (2003). La enfermería, una profesión de servicio a las personas. Metas de enfermería, 6 (59), 65-7

Alfaro, R. (1997). El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. España: Masson. • Colliere, M. (1993). Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. España: McGraw-Hill Interamericana.

Alfonso Chinchilla. Manual de urgencias psiquiátricas, formación continua en psiquiatría, 2002.

Cabildo H. M. (2002). Salud Mental. Enfoque preventivo. Editado por el autor. Imprenta Unión. 2ª edición. México.

Carl. G. Erikson, modelos de etapas normativas 2012 vol 2

Definiciones sobre enfermería de diferentes teóricas según Escuela de pensamiento

*Profesor del Sistema Escolarizado. e-mail: sootomayor1999@yahoo.com

Asesora Pedagógica: Sofía Rodríguez Jiménez

Durán de Villalobos, M. M. (2002). Teorías de rango medio: ¿Por qué para el cuidado? Importancia y utilidad para la práctica de enfermería. En El arte y la ciencia del cuidado. Grupo del Cuidado/Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Enfermería.

Juan J. López- Aliño. Criterios diagnósticos. Breviario. DSM-IV-TR 2002.

Juan Ramón de la Fuente. La enfermedad mental y su terapéutica.

Lluch C. M.T. (2005). La promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería. Extraído el 11 de mayo de 2010 desde <http://www.index-f.com/presencia/n2/19articulo.php>

Juan Ramón de la Fuente, Maria del Carmen Lara Muñoz, la Patología Mental y su terapéutica.1997.Fondo de Cultura Económica.

Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería (6ª ed.). Madrid: Elsevier Mosby

Mercedes Zamuner. La enfermería ciencia y arte del cuidado. Editorial publicado en la revista TEA no. 47, temas de enfermería actualizados.

Morales, C. M. de J. (2010). Modelos de atención para el tratamiento de las desviaciones de la Salud Mental. Manuscrito presentado para publicación.

Morales, C. M. de J. (2010). Rehabilitación Psicosocial: educación familiar, trabajo, motivación. Manuscrito presentado para publicación.

Morales, C. M. de J. (2010). Tratamientos de las desviaciones de la salud mental: Farmacoterapia y Psicoterapia. Manuscrito presentado para publicación.