

22
2º



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
FERNANDO MANZANO FUENTES

ASESOR ACADEMICO: LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre:

***Con gratitud, cariño y en reconocimiento
a la confianza y el apoyo que siempre me
brinda.***

A mis hermanos:

***Siempre presentes en
los buenos y malos
momentos.***

A Tere:

***Quien con su amor me dio el
impulso necesario para terminar éste trabajo.***

A Mario y Tere:

***Por su amistad incondicional
y el interés que siempre demostraron hacia mí.***

***A mi Asesor:
Lic. Federico Sacristán Ruiz***

***Gracias por su valiosa y
acertada asesoría durante
la realización de esta
Investigación.***

INDICE GENERAL

Introducción

I. Justificación.....	1
Objetivos.....	2
Campo de investigación.....	2
Metodología del trabajo.....	2
II. Marco Teórico.....	7
III. La enfermera en la atención del paciente esquizofrénico.....	24
IV. Historia clínica de enfermería.....	30
V. Plan de atención.....	33
Evaluación.....	46
Conclusiones.....	47
Glosario de términos.....	48

Anexos

Bibliografía general.

INTRODUCCION

En el ciclo vital del crecimiento y desarrollo, el sujeto presenta múltiples factores que suscitan la aparición de problemas que repercuten en el logro de su autoidentidad. La influencia de la educación y el medio en el que se desarrolla el individuo, es muchas veces decisivo para desencadenar enfermedades mentales.

Algunos investigadores descubrieron que las personas emotivas que se ven obligadas a reprimir sus sentimientos tienden a desarrollar un comportamiento conflictivo con la misma gente que lo rodea.

Basándose en esto, la psiquiatría moderna ha dado gran importancia al estudio de ciertas estructuras nerviosas, que pueden determinar estas alteraciones del comportamiento. La emotividad acompaña al sistema nervioso autónomo, que es el que regula las funciones vitales.

Existen diferentes criterios diagnósticos de los síndromes esquizofrénicos. Los más citados en la literatura Psiquiátrica contemporánea son los de investigación de Feighner, en el DSM III y el criterio de la Organización Mundial de la Salud. En algunos casos, los síndromes esquizofrénicos tiene características clínicas parecidas a las de otras patologías orgánicas cuyas etiologías son diferentes. (1).

Contrariamente a lo que se ha pensado, los síndromes esquizofrénicos cursan en algunos casos con patologías estructurales tales como atrofia cortical, dilatación ventricular o anomalías del cuerpo caloso y del vermis cerebeloso. También se han reportado anomalías en los potenciales evocados auditivos y en los electrocardiogramas de algunos casos de esquizofrenia. Las anomalías reportadas en los electronistagmogramas de movimientos oculares de seguimiento suave, sugieren que hay alteraciones en las vías inhibitorias de la atención involuntaria central. Los estudios como Tomografía por emisión de positrones; también sugieren que hay alteraciones en el metabolismo de la glucosa de algunos pacientes.

(1) Garzo Treviño Enrique Sergio. Rev. Salud Mental, vol. 9; Junio 1986. Pag. 13.

La hipótesis de que la esquizofrenia pudiera deberse a la sobreactividad de los circuitos centrales dopaminérgicos, no ha podido demostrarse pues algunos estudios comprueban que hay un aumento en los receptores de dopamina, mientras que otros lo relacionan con un tratamiento prolongado por neurolépticos. Se han reportado alteraciones hormonales así como en el metabolismo de otros neurotransmisores centrales (serotonina, noradrenalina

etc.). Sin embargo, estos hallazgos han sido rebatidos o reportados como negativos por otros investigadores.(2)

Lo mismo sucede en los estudios de enzimas involucradas en procesos metabólicos del mismo sistema nervioso central (MAO; beta hidroxidasa de la dopamina, etc.). Hay otros estudios que reportan la existencia de inmunoglobulinas anormales y de linfocitos atípicos (estimulados) en los pacientes esquizofénicos. Es probable que un grupo de esquizofrénicos padezcan alteraciones inmunológicas y que incluso, produzcan anticuerpos contra las estructuras neuronales. También las anomalías inmunológicas pueden ser una respuesta a alguna invasión del sistema nervioso central por virus "lentos". Es probable que durante el desarrollo infantil los procesos psicológicos interactúen con las predisposiciones biológicas y posiblemente genéticas en ciertos individuos, lo que daría por resultado las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia.

Sería importante no diagnosticar a los pacientes psiquiátricos antes de explorar y eliminar otras patologías curables que pudieran ser responsables de la sintomatología.
(3)

El concepto nosológico de esquizofrenia no está claramente delimitado, y tampoco hay un acuerdo universal sobre lo que incluiría a un nivel descriptivo.(4)

El deterioro puede ser mínimo si la actividad no está influida por la producción delirante. El comienzo suele ser más tardío que en los otros tipos y sus características diferenciales son más estables en el tiempo. Algunas pruebas sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide, particularmente con respecto a la actividad laboral y la capacidad de autonomía, puede ser considerablemente mejor que para los otros tipos de esquizofrenia; motivo por el cual se escogió para nuestra investigación.

(2) Garza Treviño Enrique Sergio. Rev. Salud Mental, vol. 9, Junio 1986. Pag. 13.

(3) *Ibidem*;

(4) *Idem*;

ANTECEDENTES

La información epidemiológica disponible acerca de la atención de las enfermedades en México es fragmentaria tanto en los ámbitos explorados como en las épocas que se han hecho estudios de esta naturaleza.(5)

En 1995 se realizó una investigación acerca de las características psicosociales de los pacientes crónicos que albergan éste tipo de enfermos.(6)

Más de la mitad de los pacientes (58%) provenían de un medio socioeconómico bajo, y el 15% de un nivel medio. Se desconocían los antecedentes del 25% y no se tenían datos generales que permitieran determinar su nivel socioeconómico. El 46% era analfabeta.(7)

En cuanto a la ocupación, el 46% nunca habían desempeñado ningún oficio, el 11% habían desarrollado actividades no remuneradas, el 9.5% habían desempeñado labores domésticas y un 6.5% habían sido obreros y trabajadores de la construcción.(8)

El 56% de los pacientes provenían de familias desintegradas y un 27% de familias integradas.(9)

En cuanto a las características de salud de la población estudiada, el 19% padecía una invalidez que en mayor o menor grado le impedía participar en las actividades desarrolladas en los hospitales; el 14% mostraba invalidez parcial y un 5% total.(10)

(5) Caraveo A. Jorge J. Rev. Salud Mental, Vol.18, Diciembre 1995. Pag 2,3,4,5.

(6) *Ibidem*;

(7) *Idem*;

(8) *Idem*;

(9) *Idem*;

(10) *Idem*;

La distribución por diagnóstico mostró que de las principales categorías un 34% padecían esquizofrenia, un 24% epilepsia, un 21% retraso mental y un 12% alcoholismo y farmacodependencia.(11)

Ver apendice "A".

De las 31 unidades hospitalarias 29 respondieron a la encuesta, además 2 hospitales psiquiátricos privados del interior de la república también respondieron. Se recibieron en total 2746 cuestionarios, de los cuales se excluyeron 43 por estar incompletos. De un total de 2, 703, 495 correspondían a los obtenidos en las unidades en las que se utilizó el procedimiento de muestreo sistemático.(12)

(11) Caraveo A. Jorge J. Rev. Salud Mental. Vol. 18, Diciembre 1995. pag.2,3,4,5.

(12) Ibidem.

DINAMICA FAMILIAR Y ESQUIZOFRENIA

Son numerosos los autores que se han dedicado a investigar y teorizar respecto al tipo de relaciones que se establecen en ciertas familias y que llevan a uno o varios de sus miembros a la patología mental. (13)

Tal como lo señala Strachan, actualmente la intervención familiar es concreta y práctica en vez de analítica e interpretativa; la educación sobre la esquizofrenia se hace de una manera deliberada, los miembros de la familia son tratados con respeto y se les ayuda a desarrollar estrategias para enfrentarse a la enfermedad. (14)

El enfoque de la terapia se ha desplazado desde la "cura" de síntomas psicóticos del paciente, hasta ver que impacto puede tener la terapia familiar en su funcionamiento social y resistencial al estrés una vez que los neurolepticos han reducido los síntomas psicóticos agudos. (15)

"LAM" identifica siete componentes comunes de los enfoques familiares afectivos: aproximación positiva y genuina relación de trabajo entre el terapeuta y la familia; ofrecimiento de la terapia familiar en un formato estable y estructurado, si es necesario con contactos adicionales con los terapeutas, tratar de reducir el estrés y mejorar las estrategias de afrontamiento "en el aquí y ahora", más que lamentarse del pasado; favorecer el respeto de los límites interpersonales en la familia; informar acerca de la naturaleza biológica de la esquizofrenia y reducir el sentimiento de culpa de los familiares; el uso de técnicas conductuales, tales como metas fraccionadas en etapas manejables y el mejoramiento de la comunicación entre los miembros de la familia. (16)

(13) Blagini Alarcón Marcela, Rev. Salud Mental, Vol.17 Diciembre 1994, Pag. 12,13,14,15.

(14) *Ibidem*;

(15) *Idem*;

(16) *Idem*.

I. JUSTIFICACION

La realización de la presente investigación se justifica en primer lugar: porque nos presenta una opción para titulación como Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

En segundo lugar: porque nos permite poner en práctica "El Proceso de Atención de Enfermería". Para profundizar en la evolución de cualquier enfermedad, en este caso un padecimiento psiquiátrico, donde se investiga desde el origen o inicio de su etapa aguda y su pronóstico. La forma que incide en el huésped, la magnitud del daño y su interrelación del medio ambiente; pero principalmente para ayudar al paciente a lograr su potencial máximo de salud.

En tercer lugar: porque nos da a conocer más específicamente la evolución de la esquizofrenia paranoide, el impacto que trae a la familia y una adecuada orientación con respecto al manejo extrahospitalario del paciente.

La aplicación del proceso de atención de enfermería es un estudio clínico que permitirá analizar y organizar en una forma sistemática el conocimiento respecto a la patología del paciente, profundizar en la evolución clínica y proponer alternativas de atención que conlleven a la integración del individuo en sus áreas biológica, psíquica y social.

OBJETIVOS

-Conocer las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia paranoide, para brindar los cuidados específicos al paciente, de acuerdo a sus necesidades.

-Conocer el manejo del tratamiento psicofarmacológico, así como los efectos colaterales que puedan presentarse en el paciente.

-Establecer una relación terapéutica de confianza con el paciente, para estimularlo a que exprese sus inquietudes o temores, que puedan surgir con la patología.

CAMPO DE INVESTIGACION

LUGAR: Instituto Mexicano de Psiquiatria.

SERVICIO: Tratamientos IV "Hombres", paciente con diagnóstico definitivo de esquizofrenia paranoide.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

La metodología que se usara será el proceso de atención de enfermería el cual es un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el desarrollo y evolución del paciente y la enfermedad.

El proceso consta de cuatro fases:

Valoración inicial

Planeación

Realización

Valoración final (17)

(17) Roper, N./W.W. Logan Proceso de Atención en Enfermería Modelos de Aplicación. Ed. Interamericana, México D.F. 1983. Pag. 1, 2, 3, 4, 5.

VALORACION INICIAL

Las actividades de la vida (AV) pueden usarse como criterios para reunir datos de valoración.

- Hábitos anteriores.
- Lo que el paciente puede hacer por sí mismo.

- Lo que no puede hacer por sí mismo.
- Problemas (reales o potenciales) y mecanismos adaptativos previos.

PLANEACIÓN

La planeación es la intervención de enfermería para lograr los resultados previstos. Esta fase comprende los siguientes aspectos:

Recursos disponibles:

- Ambiente.
- Equipo.
- Personal.

Posibles alternativas para intervenciones de enfermería.

REALIZACIÓN

La tercera fase del proceso de enfermería es llevar a cabo el plan preparado. La información deberá conservarse porque formará parte del banco de datos que permiten hacer una investigación retrospectiva para llenar muchas de las carencias de nuestro conocimiento de enfermería.

VALORACIÓN FINAL

Los criterios que se usan son los resultados previos para el paciente; sin ellos, no puede realizarse cualquier valoración. (18)

- Elección del tema de investigación.

(18) Roper N./W.W.Logan. Et. al. Op.cit. pp. 1-5.

Esquizofrenia paranoide.

-Revisión bibliográfica del tema.

-Elaboración de fichas de trabajo para la estructuración del marco teórico.

-Marco teórico.

Antecedentes históricos.

Definición.

Características más importantes de la esquizofrenia.

Tipos de esquizofrenia.

Epidemiología.

Incidencia.

Prevalencia.

Riesgo de muerte.

Indices de reproducción.

Clase socioeconómica.

Etiología.

Hipótesis genérica.

Hipótesis ambiental.

Signos y síntomas.

Asociaciones libres.

Conducta extraña.

Convicciones delirantes.

Alteraciones del pensamiento.

Incoherencias.

Lenguaje encumbrado.

Deterioro del aspecto y de las maneras.

Anhedonia.

Emociones anormales.

Retraimiento social.

Síntomas negativos.

Personalidad prepsicótica.
Esquizofrenia paranoide.
Diagnóstico.
Diagnóstico diferencial.
pronóstico y curso.
Familia.
Deterioro.
Tratamiento.
Psicoterapia.
Terapia electroconvulsiva (TEC)

La enfermera en la atención del paciente esquizofrénico.

Elaboración de la historia clínica de enfermería, tomando en cuenta los siguientes puntos:

Ficha de identificación.
Motivo de consulta.
Problema o padecimiento actual.
Interrogatorio por aparatos y sistemas.
Situación familiar, laboral, social y económica.
Antecedentes personales.
Consumo de sustancias tóxicas y problemas relacionados.
Antecedentes familiares.
Examen del estado mental.
Temperamento y carácter.
Exámen físico general y neurológico.
Exámenes de laboratorio y gabinete que se ordenan.
Observaciones generales.
Tratamiento farmacológico.

Diagnóstico de enfermería.

Plan de Atención.

Objetivos.

Planeación.

Realización.

Evaluación.

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Elaboración de glosario de términos

II. MARCO TEORICO.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Antecedentes Históricos:

Los síntomas de lo que actualmente se denomina esquizofrenia han fascinado a los médicos y filósofos durante miles de años. Sin embargo, la búsqueda de las causas y curaciones de las manifestaciones esquizofrénicas estuvo dificultada por el hecho de que lo que hoy se conoce con el nombre de esquizofrenia no fué descrito como entidad patológica hasta 1986, fecha en que Emil Kraepelin reunió bajo los términos de demencia precoz, una diversidad de síndromes psicóticos que anteriormente se consideraban enfermedades separadas.

La descripción que hizo Kraepelin de la demencia precoz incluía el factor pronóstico de un deterioro final y ciertos fenómenos clínicos observables, como las alucinaciones, delirios, estereotipias y trastornos del afecto. Estos fenómenos constituían una contribución sustancial al diagnóstico; pero, para llegar a un diagnóstico definitivo, el médico tenía que esperar varios años para observar el resultado en la demencia, y para confirmar la presunta impresión diagnóstica de demencia precoz. (19)

En 1911, Eugen Bleuler rompió este callejón sin salida con su nueva conceptualización del problema y con la introducción del término "esquizofrenia" para sustituir al de "demencia precoz". Traducido literalmente, esquizofrenia significa mente dividida, y Bleuler consideró esta división de la personalidad, más que el resultado, como el rasgo central de la enfermedad.

Para él, la esquizofrenia era una entidad patológica como una ración psicopatológica, un síndrome. Por consiguiente, esperaba que algunos pacientes tendrían que empeorar y, otros, recuperarse con defecto a sin él. (20).

No se estableció anomalía anatómica o biológica patológica definida. No obstante, se reconocieron las inconfundibles alteraciones del pensamiento, la percepción y los sentimientos.

(19) Kaplan Harol Y., Sadock J. Benjamin. Compendio de psiquiatría. Ed. Salvat, segunda edición. México, D.F. 1992. Pag. 250, 256.

(20) Ibidem.

En el pasado, la esquizofrenia se dividió en dos patrones diferentes de instauración. El primero (reactivo) es el desarrollo de la enfermedad en una persona que ha mostrado un funcionamiento social satisfactorio, pero que a menudo presentaba un temperamento ansioso e inseguro. Este tipo de enfermedad se desencadena frecuentemente por un acontecimiento traumático

y tiene una instauración rápida. Los pacientes con el segundo patrón (tipo procesal) presentan una historia de funcionamiento social diferente, tienen pocos amigos y muestran hábitos ocasionales.

Se describen como aislados, tímidos y retraídos (esquizoides). No existe acontecimiento desencadenante; la enfermedad comienza con un curso cuesta abajo gradual hacia la retracción y el aislamiento. (21)

La contribución fundamental de Bleuler fue la introducción de una jerarquía de síntomas como sustitución a la mera descripción de fenómenos clínicos no evaluados. Kraepelin describió tres tipos básicos de demencia precoz: catatónica, hebefrénica y paranoide.

Bleuler describió un cuarto tipo: la esquizofrenia simple. Estos cuatro tipos siguen siendo aceptados generalmente en la actualidad como síndromes esquizofrénicos básicos, aunque ha habido discusión sobre si la esquizofrenia simple debía conservarse o no como entidad diagnóstica. Investigadores posteriores añadieron otros subtipos, como los de esquizofrenia esquizoafectiva, latente, límite, indiferenciada, residual y pseudoneurótica, entre otros. (22)

ESQUIZOFRENIA.

Es una desorganización muy grave de la personalidad en la que se manifiestan síntomas psicóticos. Se funda en defecto básico en la apreciación de la realidad.

Las características más importantes de la esquizofrenia son:

A) Distorsión de los procesos del pensamiento

- Ideas que carecen de lógica (incoherencia)
- Pensamientos raros y simbólicos que no se entienden

(21) Kaplan Harold Et. al. Op.cit. pp. 250-256.

(22) Ibidem.

- A veces la producción de ideas puede ser muy pobre y lenta
- En ocasiones estas alteraciones aparecen en forma de delirio que son ideas fijas, sobre las cuales no se puede influir si se trata de explicar o convencer con la razón.
- Presencia de alucinaciones, que hace la persona a través de los órganos de los sentidos, sin que exista un estímulo real.

B) Alteraciones en el afecto

Los afectos y sentimientos no concuerdan con su pensamiento. El enfermo esquizofrénico se aísla afectivamente de todas las personas y de todo lo que antes le interesaba, se muestra apático y retraído, pierde el interés por su arreglo y limpieza.

C) Alteraciones de la personalidad

El sujeto pierde el sentido de la propia identidad, experimenta sensaciones de vaguedad, irrealidad y de lejanía entre él y su medio ambiente.

D) dificultad en las relaciones interpersonales por sus impulsos internos de hostilidad, sexualidad, exhibicionismo y autoglorificación.

El enfermo deja de interesarse por las personas que lo rodean; muestra indiferencia hasta por los miembros de su familia. También se observa una especie de incapacidad para sentir placer, acompañada de temores, desconfianza e ideas de rechazo.

La esquizofrenia a su vez se divide en diferentes tipos de acuerdo a la forma en que se presenta edad, sexo, factores que la desencadenan y el tiempo que dura. (23)

ESQUIZOFRENIAS:

A) Desorganizada:

Los rasgos de éste tipo consisten en incoherencias, falta de delirios sistematizados y afecto embotado, inapropiado o perezoso. El cuadro clínico suele acompañarse de antecedentes de funcionamiento y adaptación pobres, iniciación temprana e

(23) Kolb C. Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. De. Prensa Medica Mexicana, sexta edición. México, D.F. 1988. Pag. 269-271.

insidiosa y evolución crónica sin remisiones importantes. La alteración social puede ser extrema.

B) Catatónica:

Los rasgos consisten en excitación a estupor y mutismo, negativismo, rigidez, y adaptación de posturas.

C) Paranoide:

Consiste en delirios de persecución y de grandeza, celos delirantes y alucinaciones de persecución o de grandiosidad. Los aspectos son de ira, violencia, disputas, temor, delirios de referencia y preocupaciones sobre la autonomía, la identidad de género y las preferencias sexuales.

La iniciación suele ocurrir en una etapa más tardía en comparación con las demás y los síntomas persisten más que los otros.

El funcionamiento se conserva también a un nivel más o menos constante y no se caracteriza por deterioro o recuperación. Los pacientes de este grupo pueden ser muy inteligentes y bien informados.

D) Indiferenciado:

Consiste en conducta francamente desorganizada alucinaciones, incoherencias o delirios prominentes.

E) Residual:

Esta categoría debe usarse cuando ha habido, como mínimo, un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación o admisión clínica no haya síntomas psicóticos predominantes, si bien persisten signos de la enfermedad. Son frecuentes el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y la pérdida de capacidad asociativa. Si hay ideas delirantes o alucinaciones, éstas no son predominantes ni se acompañan de una actividad intensa.

El curso de este tipo de esquizofrenia es crónico o subcrónico, ya que por definición la "exacerbación aguda" implica síntomas psicóticos predominantes, y "en remisión" implica síntomas de la enfermedad.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Este término se aplica a los trastornos psicóticos similares a la esquizofrenia que tiene una remisión satisfactoria. La duración es menor de seis meses.

ESQUIZOAFECTIVO

La categoría de trastorno esquizoafectivo ha sido utilizado de formas muy diversas desde su inicial clasificación como subtipo de la esquizofrenia y representa uno de los conceptos más confusos y controvertidos de la nosología de la psiquiatría. Esta categoría diagnóstica debe aplicarse a los casos que no cumplan los criterios para una esquizofrenia ni para un trastorno del estado de ánimo, pero que han presentado una alteración esquizofrénica junto con una alteración del estado de ánimo en algunos momentos y síntomas psicóticos sin síntomas de alteración anímica en otros. (24)

2.1. EPIDEMIOLOGIA.

Incidencia:

La verdadera incidencia de la esquizofrenia es difícil de establecer. Aparte la falta de métodos diagnósticos objetivos, que complica el proceso de identificación de los casos, la identificación completa supone la detección de cada persona que padece la enfermedad en una comunidad bien definida y la capacidad para determinar la fecha exacta del comienzo de ésta enfermedad. La edad de grupos investigados también varía y la mayoría de los estudios versa sobre sectores de la población con edades a partir de los 15 años.

La incidencia para la esquizofrenia a partir de los estudios que consideran todas las edades varían desde un índice bajo del 0.43 por 1000 habitantes, hasta 0.68 por 1000. Para las edades comprendidas entre los 15 años y más, los índices van desde el bajo de 0.30 por 1000 al 1.20 por 1000. En resumen, los estudios de población muestran una incidencia de 1 x 1000. (25)

(24) Kolb C. Lawrence. Op.cit. pp.269-271.

(25) Ibidem.

Prevalencia:

Las diferencias en las tasas de prevalencia encontradas en los distintos estudios efectuados en todo el mundo son mucho mayores que las halladas en las tasas de incidencia. Los investigadores europeos y los asiáticos registran la prevalencia a lo largo del curso de la vida mediante encuestas. Estos autores consideran los casos tratados y los no tratados y cuentan a todas las personas que han tenido algún episodio esquizofrénico, tanto si están bajo tratamiento activo, como si no lo están durante el periodo de investigación. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida en los estudios europeos oscilan entre cifras de 1.9 a 9.5 por 1000 habitantes; éste margen es mucho más pequeño en los estudios asiáticos y norteamericanos, en donde la prevalencia a lo largo de la vida se encuentra en límites bajos de 1.0 y 1.9 por cada 1000 habitantes. Otros estudios efectuados en Estados Unidos dan los índices de prevalencia durante los periodos en que los casos están recibiendo tratamiento y oscilan entre 2.3 y 3.6 por 1000.

Resumiendo los datos de prevalencia en los Estados Unidos, puede decirse que entre 0.23% de la población total tiene probabilidad de recibir tratamiento psiquiátrico por una alteración esquizofrénica durante cualquier periodo de su vida, contando con que las instituciones de salud mental adecuadas se

(25) Ibidem. Pag. Ant.

encuentran disponibles en todas las comunidades. Esto significa que un mínimo de 460.000 y un máximo de 940.000 personas necesitarían tratamiento anualmente para esta enfermedad.

Por éste 62% de cada grupo, el tratamiento supondrá por lo menos una hospitalización durante un año. Considerando la prevalencia a lo largo de la vida de 1 x 1000, cerca de 2 millones de americanos pueden sufrir una alteración mental que hoy sería clasificada como esquizofrenia. (26)

Riesgo de Muerte.

La mortalidad excesiva en los esquizofrénicos y otros enfermos mentales no es explicable facilmente. Los cuidados institucionales, que en el pasado eran uno de los mayores factores involucrados en los altos índices de mortalidad de los esquizofrénicos, no parecen hoy día ser uno de los factores contribuyentes más importantes para la muerte en esta población. (27)

(26) Idem

(27) Idem.

Indices de Reproducción.

Las tasas de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia se encuentran afectadas por los índices de mortalidad y reproducción de las poblaciones esquizofrénicas. Los índices de mortalidad afectan fundamentalmente a la prevalencia; los índices reproductivos influyen tanto en la incidencia como en la prevalencia. La probabilidad del ser esquizofrénico para los miembros de una familia aumentan si alguno de ellos ya sufre esquizofrenia. Con la introducción de los fármacos psicoactivos, la política de puertas abiertas, el énfasis en la rehabilitación y los cuidados comunitarios para los pacientes esquizofrénicos se han observado mayores índices de matrimonio y fertilidad. Un estudio comparó las pautas de matrimonio y reproducción de los esquizofrénicos ingresados en los hospitales públicos de Nueva York entre 1934-36 y 1954-56 en comparación con la muestra de 1934-36, encontrando que el índice de reproducción en pacientes esquizofrénicos, tanto varones como mujeres aumentó de 57 a 94 hijos por 100 habitantes.

En las mujeres esquizofrénicas, el aumento fué de 70 a 130 hijos por cada 100 mujeres. Las mujeres esquizofrénicas tuvieron más hijos que los varones. Los aumentos de los índices de reproducción y matrimonio entre esquizofrénicos fueron relativamente mayores que los de la población general. Incluso estos aumentos descritos pueden subestimar considerablemente los índices de matrimonio y reproducción entre esquizofrénicos. (28)

Clase Socioeconómica.

Uno de los hallazgos más consistentes en los estudios epidemiológicos efectuados en la esquizofrenia, es la existencia de un número desproporcionado de esquizofrénicos en las clases socioeconómicas inferiores. Se han propuesto dos hipótesis fundamentales para fijar la relación de la clase social con la esquizofrenia. La primera se conoce, en general con el nombre de hipótesis social, en donde se plantea que el estrés social y económico experimentado por las clases inferiores se encuentra etiológicamente relacionado con la enfermedad. La segunda se conoce como selección social ó hipótesis del desplazamiento, en ésta se afirma que los índices de pertenencia a clases sociales en la esquizofrenia son más una función de la enfermedad y que los pacientes esquizofrénicos tienden a descender en la escala social. Ninguna de éstas hipótesis ha sido probada definitivamente ni tampoco ha podido comprobarse en que medida ambas contribuyen en el surgimiento de la esquizofrenia. (29)

(28) Kolb C. Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. De. Prensa medica Mexicana, sexta edición. México, D.F.1988.Pag.269-271.

(29) Ibidem.

2.2. ETIOLOGIA.

Hipótesis Genética:

Los estudios de familias muestran, sobre la base de registros hospitalarios, que en la población general y entre hermanastros, el riesgo de morbilidad de esquizofrenia va de 0.3 a 2.8 %; en los padres de los esquizofrénicos, es del 0.2 al 12%; en los hermanos es del 3 al 14%; para las personas con un padre esquizofrénico, es del 8 al 18%; si ambos padres son esquizofrénicos el riesgo para los hijos se encuentra entre el 15 y 35%. Para los parientes en segundo grado, el riesgo medio es de 2.5%.

En resumen, los resultados de los estudios familiares muestran un riesgo próximo al 9% en los hermanos, de 12% en los hijos con un padre esquizofrénico y de alrededor de 50 en los hijos con dos padres esquizofrénicos.(30)

Hipótesis Ambiental.

Por muchas y muy complejas razones, los investigadores de Estados Unidos tienden a favorecer las teorías ambientales, que centran el núcleo de la causa de la esquizofrenia sobre los progenitores y la familia. Los factores genéticos o de predisposición tienden a ser desvalorados, olvidados o considerados insignificantes. En su lugar, se subraya que las causas ambientales, familiares y sociales son las que ayudan a que determinados niños se vuelvan esquizofrénicos y que las variables intermedias son las categorías referentes a la experiencia vital que precipita su reacción esquizofrénica.

Esta es la base de la teoría de que la esquizofrenia no es una enfermedad, y que existen sólo personas esquizofrénicas que han sido moldeadas así por la experiencia.

La conducta de alguno de los padres de los niños esquizofrénicos puede diferir en intensidad, pero no en calidad, de la conducta de los padres de los niños no esquizofrénicos. Así pues, los mecanismos a través de los cuales la experiencia vital moldea al niño esquizofrénico son o bien conflictos creados en el niño o reacciones irracionales y formas de pensamiento aprendidas por imitación o identificación. La conducta asocial de las personas esquizofrénicas se explica por el hecho de que el aprendizaje social puede fallar también en estos niños debido a su ambiente patológico y conducir a una aversión prácticamente para toda la vida frente a las demás personas.

(30) Idem.

Esquizotaxia:

Una de las teorías más influyentes y conceptualmente más satisfactorias de la etiología de la esquizofrenia propuestas es un defecto de la integración natural (esquizotaxia) como genotipo.

El aprendizaje social, impuesto en este genotipo, determina un tipo de organización de la personalidad predispuesta, pero no invariablemente obligada a descomponerse en una enfermedad esquizofrénica. Esta organización de la personalidad se caracteriza por 4 rasgos consistentes en:

- 1) Diversos grados de trastorno del pensamiento (desplazamiento cognitivo),*
- 2) Incapacidad para el goce,*
- 3) Aversión a las relaciones humanas.*

Queda mucho por decir todavía sobre esta hipótesis, que integra los factores genéticos y experienciales, en términos de la teoría del aprendizaje. Es también una de las pocas hipótesis que indica que la madre esquizofrénica puede ser esquizotípica o esquizofrénica. (31)

2.3. SIGNOS Y SINTOMAS**Asociaciones Libres:**

La pérdida de la capacidad asociativa es, quizás, uno de los criterios diagnósticos más valiosos. Pero es preciso un buen conocimiento de la psicopatología para asegurarse de su presencia, y evitar confundirlo con otras formas de trastorno del pensamiento, como la fuga de ideas maníacas, la desintegración de la conciencia y la alteración del razonamiento producida por fatiga o distracción. (32)

En ocasiones es imposible distinguir, sobre la base de la prueba del proverbio, entre el pensamiento transformado de un esquizofrénico y de un paciente maniaco, excepto por la mayor verbosidad del paciente maniaco.

Conducta Extraña:

La conducta de paciente puede ofrecer pistas significativas para el diagnóstico de la esquizofrenia. Las posturas y muecas extrañas son ciertamente características de las alteraciones esquizofrénicas.

(31) D.S.M. III Manual Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales. Ed. Masson, Barcelona España, Editado en México, 1989. pp.227-240.

(32) Ibidem;

El deterioro de los hábitos sociales, que puede llegar incluso al olfateo de heces, no basta para el diagnóstico de esquizofrenia. Las estereotipias y la verbigeración son fuertes indicios de la enfermedad. La fijación frecuente de la mirada en el espejo y otros extraños manierismos son también fuertes indicios de esquizofrenia. (33)

Alucinaciones:

Las experiencias sensoriales o percepciones sin estímulos externos correspondientes son síntomas comunes de la esquizofrenia. Las más comunes son las alucinaciones auditivas, es decir, el hecho de oír o escuchar voces. Más característicamente, dos o más voces hablan sobre el paciente discutiendo acerca de él en tercera persona.

A menudo, las voces se dirigen al paciente comentan lo que está pasando a su alrededor o le amenazan o le tratan de manera extrema y desagradable. Muchos pacientes esquizofrénicos experimentan la audición de sus propios pensamientos.

Las alucinaciones visuales aparecen con menor frecuencia que las auditivas, pero son raras. (34)

Convicciones Delirantes:

Son ideas falsas que no pueden ser corregidas mediante el razonamiento y que son idiosincráticas para el paciente es decir, que no forman parte de su ambiente cultural.

Con mucha frecuencia se trata de delirio de persecución, que es el síntoma clave de la esquizofrenia paranoide. El sentimiento de sentirse controlado por algún poder misterioso y no visto que ejerce alguna influencia a distancia es casi patognómico de la esquizofrenia. También son típicas las fantasías delirantes respecto a la destrucción del mundo. (35)

(33) D.S.M.III Manual. Op.cit. pp.227-240.

(34) Ibidem;

(35) Idem.

Alteraciones del Pensamiento:

El rasgo común a todas las manifestaciones de alteración del pensamiento es que el paciente esquizofrénico piensa y razona en sus propios términos autistas, según sus propias e intrincadas reglas privadas de la lógica. El esquizofrénico puede ser muy inteligente y no hallarse confuso en sus abstracciones y deducciones, pero sus procesos de pensamiento son extraños y no conducen a conclusiones basadas en la realidad o la lógica.

Otros de los síntomas característicos de la esquizofrenia es el bloqueo abrupto de corriente de pensamiento o, algunas veces, de toda la actividad psíquica.

Los pensamientos del paciente parecen detenerse rápidamente y sin advertirlo. Cuando se le pregunta respecto a estas experiencias, tiene tendencia a manifestar que ha tenido una sensación física de que alguien le estaba quitando los pensamientos de la cabeza (robo del pensamiento). (36)

Incoherencia:

Para el paciente esquizofrénico, el lenguaje es primordialmente un medio de autoexpresión más que un medio de comunicación.

A menudo, sus producciones verbales y escritas son vacías y oscuras. El discurso del paciente es una gran utilización de palabras que no vienen al caso; y los esquizofrénicos tienden a repetir palabras más frecuentemente que los sujetos normales en muestras de lenguaje externas. (37)

Lenguaje Encumbrado:

Algunos esquizofrénicos hacen esfuerzos extraordinarios para mantener sus relaciones sociales con objeto de conseguir una adaptación relativamente estable. Sin embargo, se manifiesta su rigidez y su artificialidad en las relaciones interpersonales, a través de un lenguaje peculiarmente encumbrado y grotescamente cortés. (38)

(36) D.S.M. III Manual. Criterios Diagnósticos de los Trastornos mentales. De. Masson, Barcelona España, Editado en México, 1989, pp.227-240.

(37) *Ibidem*

(38) *Idem.*

Deterioro del Aspecto y de las Maneras:

Tienden a deteriorarse en su aspecto. Sus cuidados para acicalarse y cuidar de sí mismos son mínimos, y se le debe recordar que se lave, se bañe, se afeite, se cambie de ropa, etc.

En general, los esquizofrénicos muestran muy poco interés hacia las conveniencias sociales. (39)

Anhedonia:

Es un síntoma particularmente molesto de muchos esquizofrénicos. La persona anhedónica es incapaz de experimentar e incluso de imaginar ninguna emoción agradable. Sin hallarse deprimido, se siente emocionalmente estéril. Este sentimiento desesperado y vacío conduce a muchos esquizofrénicos al suicidio. (40)

Emociones Anormales:

La esquizofrenia no sólo altera las relaciones emocionales a los estímulos externos, sino que puede producir emociones y estados de ánimo extraños que raras veces o nunca han sido experimentados en condiciones normales. Así, por ejemplo: los estados de exaltación con sentimientos de impotencia, sentimientos oceánicos de unidad con el universo, éxtasis religiosos, aprensiones terroríficas sobre la desintegración de la propia personalidad o del cuerpo, estados de ánimo terriblemente ansiosos, son diversos estadios de experiencias emocionales, pero que se encuentran más frecuentemente en las fases agudas. (41)

Retraimiento Social:

Casi sin excepción, los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por su retraimiento social, por la distancia emocional que uno experimenta en su presencia, por la falta de capacidad para establecer relaciones con los demás. (42)

(39) D.S.M.III. Manual *Op.cit.* pp.227-240

(40) *Ibidem*;

(41) *Idem*;

(42) *Idem*.

Síntomas Negativos:

Incluyen afecto embotado, autismo, aislamiento social, retraimiento y pérdida de la iniciativa. Se comparan con los síntomas positivos : delirios alucinaciones, ideas de referencia y agitación. Estos términos son utilizados por los psicofarmacólogos, que tienen más éxito en el manejo de los síntomas positivos que los negativos. (43)

Personalidad Prepsicótica:

La historia típica pero no invariable, es la de una personalidad esquizoide: tranquilo, pasivo, con muy pocos amigos en la infancia, soñador, introvertido, cerrado en la adolescencia y la edad adulta. A menudo, se dice que el niño ha sido obediente y no ha causado problemas. Tuvo pocos amigos de niño, y esta pauta deficiente de amistad se noto particularmente en la adolescencia. El típico adolescente prepsicótico tiene pocos compañeros, no aprende a bailar y, por regla general, no tiene amigos o amigas íntimas. No está interesado en el besuqueo o en otras actividades heterosexuales, pero a menudo se preocupa por la masturbación.

Evita todos los deportes competitivos, pero le gusta ir al cine, mirar la televisión o escuchar música estereofónica. Puede ser ávido lector de libros sobre filosofía y psicología.

Tipicamente, los esquizofrénicos tienen una gran cantidad de trabajos diferentes, pero ninguno les dura demasiado. Por lo general, es difícil determinar porque no permanecen más en cualquier trabajo. (44)

Esquizofrenia Paranoide:

El tipo paranoide de esquizofrenia se caracteriza fundamentalmente por convicciones delirantes de persecución o de grandeza. Los esquizofrénicos paranoides, son por lo general, mayores que los catatónicos o hebrefrénicos, cuando enferman por primera vez ; es decir, suelen encontrarse en la última fase de la tercera década o en la cuarta. Los pacientes que se han encontrado bien hasta esa edad, por lo general, han establecido ya un lugar y una entidad en la comunidad. Los recursos de su YO son mayores que los de otros pacientes con diferentes tipos de esquizofrenia.

(43) D.S.M.III. Manual Op.cit. pp.227-240

(44) Ibidem;

Los esquizofrénicos paranoides muestran menos regresión de las facultades mentales, de las respuestas emocionales y de la conducta que de los otros tipos de esquizofrenia. El paciente paranoide típico se encuentra tenso, suspicaz, en guardia y reservado. A menudo es hostil y agresivo. El paciente paranoide suele comportarse muy bien en sociedad. Su inteligencia en las áreas no invadidas por las convicciones delirantes pueden seguir siendo muy alta. (45)

2.4 DIAGNOSTICO

Para distinguir los trastornos esquizofrénicos de las enfermedades reversibles a corto plazo, el DSM-IV requiere que se diagnostique esquizofrenia únicamente cuando los signos continuos han durado al menos seis meses durante la vida de la persona, y que este periodo incluye una fase activa de síntomas psicóticos con fase prodrómica o residual o si ella. No obstante, en muchos pacientes el deterioro es tan gradual que es difícil señalar un momento específico en el que la enfermedad se superpuso en la personalidad esquizoide. En las fases precoces de la esquizofrenia, el paciente puede ir advirtiendo que su integridad psicológica esta alterada. Puede preocuparse por su falta de concentración o temer estar volviéndose loco. Su identidad personal puede amenazarse por dudas sobre su género sexual. Puede simbolizar su conciencia de enfermedad en términos de una batalla interna entre el bien y el mal o proyectar su sentimiento de desilución interna hacia el ambiente, como fantasías de aniquilación del mundo por un holocausto.

2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la esquizofrenia es rara la alteración del nivel de conciencia. No obstante, cuando ello ocurre acompañado por un grupo de síntomas esquizofrénicos, puede indicar una etiología cerebral orgánica causada por factores tóxicos (fármacos, metabólico, infección) u orgánicos. Los síntomas delirantes orgánicos asociados a anfetaminas, cocaína y fenciclidina se deben considerar de forma particular. Los trastornos paranoides se distinguen de la esquizofrenia generalmente por la ausencia de alucinaciones prominentes, de incoherencia o de delirios extraños. (46)

(45) D.S.M. III Manual. Op.cit. pp.227-240.

(46) 10a. Revisión Internacional CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. 1992. pp.118-128.

2.6 PRONÓSTICO Y CURSO

Cuando más agudo sea el comienzo del ataque esquizofrénico, mejores son las posibilidades de una buena remisión o de una recuperación completa. Cuando un acontecimiento precipitante es lo que ha desencadenado claramente la crisis las posibilidades de un resultado final favorable son todavía mejores.

Cuando más agudo sea el comienzo del ataque esquizofrénico, mejores son las posibilidades de una buena remisión o de una recuperación completa. Cuando un acontecimiento precipitante es lo que ha desencadenado claramente la crisis, las posibilidades de un resultado final favorable son todavía mejores.

Cuanto más joven sea el paciente al comienzo de la psicosis esquizofrénica, peor es el pronóstico por regla general. Los pacientes que presentan la enfermedad en la infancia o al principio de la pubertad, casi nunca se recuperan por completo.

La historia de una buena adaptación en las áreas importantes del funcionamiento social, sexual y ocupacional antes de la crisis también son indicadores de un pronóstico favorable. Los esquizofrénicos casados tienen un pronóstico mejor que los solteros, los divorciados o los viudos. El hecho de que se hallen casados es prueba de que los lazos interpersonales pueden servir como puente para volver a la comunidad. La presencia de depresión como rasgo del síndrome esquizofrénico también mejora el pronóstico. Inversamente, el retraimiento emocional sostenido y las respuestas afectivas indiferentes o inapropiadas son signos de pronóstico bastante sombríos.

Un amplio estudio de seguimiento de pacientes esquizofrénicos reportan que la mayoría de ellos parecían alcanzar una fase de meseta hacia los cinco años después de la crisis inicial, y que los que no habían remitido tras 2 ó 3 años tenían un pronóstico sombrío. (47)

2.7. FAMILIA.

La familia del paciente desempeña un papel importante en el pronóstico. Una larga serie de estudios recientes han establecido el hecho de que muchos esquizofrénicos proceden de familias profundamente alteradas. El paciente que vive en una familia con altos niveles de tensión tiene más probabilidades de recaídas que el paciente cuya familia es más tolerante con los demás y con él mismo. (48)

(47) 10a. Revisión Internacional CIE-10. Op.cit. pp.118-128

(48) Ibidem;

2.8. DETERIORO.

El riesgo de deterioro de la personalidad aumenta con cada recaída esquizofrénica. Las recuperaciones esquizofrénicas se llaman a menudo remisiones, porque muchos de los pacientes recaen posteriormente. Aunque puedan remitir de nuevo, con cada ataque esquizofrénico hay mayor probabilidad de alguna alteración permanente de la personalidad aumentando rápidamente después de la segunda recaída.

No obstante, la esquizofrenia crónica no conduce inevitablemente a un deterioro intelectual. Y contrariamente a lo que se piensa en general en la comunidad psiquiátrica, el proceso esquizofrénico puede ser reversible durante largos períodos. (49)

2.9. TRATAMIENTO.

Es esencial especificar los fines terapéuticos porque el fracaso de una persona podría considerarse el éxito de otra. Un fin del tratamiento generalmente aceptado es la reducción del síndrome psicótico. El método más rápido y eficaz en relación a los costos para alcanzar este fin consiste en el uso de agentes psicofarmacológicos. El especialista debe dominar algunos de estos fármacos, preferiblemente una de cada clase principal, y evitar los errores comunes y la homeopatía. Sin embargo, los fármacos no alteran la organización de la personalidad ni fomenta el crecimiento psicológico, y las deficiencias en estas áreas pueden dejar al paciente con un mayor riesgo de descompensaciones posteriores. Los diversos métodos que han mostrado ser útiles como medio para influir en la conducta pueden ser aplicados con el objetivo de cambiar la personalidad. Entre ellos figuran la terapia individual, grupal o familiar, utilizadas por sí solas o en diferentes combinaciones. (50)

PSICOTERAPIA.

En la actualidad, se acepta en general que los pacientes esquizofrénicos pueden beneficiarse de la psicoterapia y que puede establecerse con facilidad una relación, aunque está se halle intensamente cargada y sea muy diferente de la hallada en el tratamiento de las neurosis.

(49) 10a. Revisión Internacional CIE-10. Op.cit. pp.118-128.

(50) Ibidem;

La principal distinción entre la transferencia neurótica y la psicótica (narcisista) es que el psicótico ha perdido las representaciones de sus objetos internos y no puede diferenciar entre el YO y el mundo exterior. Atribuye (proyecta) sus complejos delirantes al terapeuta. (51)

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.

La situación de la Terapia Electroconvulsiva está poco clara. Aunque se utiliza ampliamente, su eficacia en la esquizofrenia casi nunca ha sido valorada a través de una investigación bien controlada, particularmente en comparación con la terapéutica farmacológica. Es muy dudosa su utilidad para el tratamiento de la esquizofrenia. (52)

(51) 10a. Revisión Internacional CIE-10. Op.cit. pp.118-128.

(52) Ibidem;

III LA ENFERMERA EN LA ATENCION DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO.

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

La enfermera debe aceptar los movimientos afectivos ambivalentes del esquizofrénico, que tiende a desbordarse en un afecto masivo, y a bloquearse en una hostilidad feroz. En cambios, debe poderle ofrecer una imagen estable y muy auténtica de sí.

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

El contacto con la familia es importante, no sólo para evitar en el curso de la hospitalización la rotura del enfermo con su familia, sino sobre todo para hacer participar a esta última de la evolución y de los progresos del enfermo. Esta participación familiar está básicamente establecida por las informaciones regulares intercambiadas. La hospitalización del esquizofrénico es un momento preciso durante el cual, gracias al tratamiento medicamentoso y a las intervenciones psicoterapéuticas, la relación del enfermo con los otros y notoriamente con su entorno familiar puede ser restaurada.

El papel de la enfermera contribuye igualmente a que la familia se sienta implicada en el tratamiento; pero la enfermera debe siempre evitar culpabilizar a la familia.

Como el contacto con el esquizofrénico se augura particularmente difícil, la enfermera ayuda a favorecer esta relación por medio de actividades como los paseos, el juego, el dibujo, etc. (53)

(53) Schultz M. Judith, Dark L. Sheila. Enfermería Psiquiátrica Plan de Cuidados. Ed. Interamericana, 1a. Edición. México, D.F. 1992. pp.29-30.

Objetivos de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Disminuir la conducta inhibitoria,
- Proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos predeterminados.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Pasar el tiempo necesario con el paciente aún cuando éste no pueda responder verbalmente que lo haga en forma incoherente.
- Mostrar interés y cuidado con el paciente.
- Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista.
- Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los de otras personas.
- Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.
- Asignar a los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.
- Comenzar con interacciones una a una y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).
- Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de ésta al paciente.

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

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Proporcionarle en forma sincera y con interés toda la información que solicite.
- Apoyarle en la consecución de éxitos en lo que se refiere al cumplimiento de responsabilidad dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etc.
- Ayudar al paciente a mejorar su aliño; auxilio cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, etc.
- Auxiliar al paciente a aceptarla mayor responsabilidad por su aliño personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo).
- Pasar el tiempo suficiente con el enfermo. (54)

(54) Schultz M. Judith, Dark L. Sheila. Op.cit. pp.29-30.

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

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, etc.).

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

Incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es.
- Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de senso-percepción en una forma que esté apegada a los hechos.
- No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones, ni tampoco reforzarle las mismas.
- Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico.
- Evaluar la eficiencia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.
- Ser sencillo, honrado y conciso cuando se habla con el enfermo.
- Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar discusiones ideológicas o teóricas.
- Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y mantenerse en contacto con ellas, usar la terapia recreativa y ocupacional cuando sea apropiado.

Objetivo de enfermería en la atención al paciente esquizofrénico:

Asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo. (55)

(55) *Ibidem*; Op.cit. pp.29-30.

Acciones de enfermería en la atención al paciente esquizofrénico:

- Reafirmar que el medio ambiente tiene seguridad, explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple.
- Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas (retirar objetos que pueda utilizar en conductas destructivas).
- Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás, en respuesta a las alucinaciones auditivas.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

Conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes.

Acciones de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Retirar al paciente del grupo, si su conducta se vuelve demasiado molesta o peligrosa para los demás.
- Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta "extraña" del paciente recién llegado.
- Dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (por ejemplo: "el paciente está muy enfermo en éste momento, necesita nuestra comprensión y apoyo").
- Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentre a disposición de los otros enfermos si es que se necesita a los demás para atender al paciente recién llegado.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.

Acciones de enfermería en la atención al paciente esquizofrénico:

- Recordar que la regresión es un retorno propositivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento, un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio.
- Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir de ese punto para su atención.
- Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integra a una conducta de adulto. (56)

(56) Schultz M. Judith Op.cit. pp.29-30.

- Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva.
- Alentarlo a que exprese estos sentimientos y ayudarlo a aliviar la ansiedad.
- Establecer objetivos realistas. Marcar los objetivos y expectativas cotidianas.
- Procurar que el paciente se percate de lo que él se espera.
- Al principio no ofrecer elecciones al enfermo (¿Le gustaría participar en estas actividades?); ¿Qué le gustaría comer?) en lugar de esto, hay que encarar al enfermo en una forma directa ("Es tiempo de comer"; "Levante su tenedor").
- Gradualmente, en la medida que el paciente lo tolere, darle la oportunidad para que acepte sus responsabilidades y tome decisiones propias

Ojetivos de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Conservar la hidratación y nutrición suficiente y regularidad de sus excretas.
- Acciones de enfermería en la atención al paciente esquizofrénico:
- Permanecer alerta para satisfacer las necesidades físicas del enfermo.
- Observar los patrones de alimentación y la ingestión de líquidos del enfermo.

- La enfermera puede llevar un registro de la ingesta y excreta así como de las variaciones del peso cotidiano.
- Llevar un registro de los patrones de excretas.
- A menudo los tranquilizantes mayores producen estreñimiento; puede ser necesario administrar un laxante para establecer la regularidad de la función.

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Establecer límites para la conducta del enfermo cuando no puede hacerlo por sí mismo (cuando la conducta interfiere con las de otros enfermos o resulta destructivo).
- No usar la fijación de límites para castigar al enfermo.
- Disminuir los estímulos excitantes del ambiente; el paciente puede ó no responder favorablemente a las actividades gimnásticas, competitivas o en grandes grupos.
- Percatarse de los medicamentos utilizados por razón necesaria (PRN) y las variaciones de la necesidad de los mismos.
- Proteger al paciente de tendencias autodestructivas (retirar objetos que pueda utilizar en conductas destructivas).
- Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás, en respuesta a las alucinaciones auditivas.

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

Objetivo de enfermería en la atención del paciente esquizofrénico:

- Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.
- Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir de ese punto para su atención.
- Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integra a una conducta de adulto.
- Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva.
- Alentarlo a que exprese estos sentimientos y ayudar a aliviar la ansiedad.
- Establecer objetivos realistas. Marcar los objetivos y expectativas cotidianas. (57)

(57) Schultz M. Judith, Dark L. Shella. Enfermería Psiquiátrica Plan de Cuidados. Ed. Interamericana, primera edición. México, D.F. 1992 p.p 29-30.

IV HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

MOTIVO DE CONSULTA.

El paciente es traído al servicio de urgencias por el padre y hermano, referidos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvaréz por no contar con cupo en dicha institución. los familiares refieren que el paciente no ha querido ingerir alimentos desde el sábado 13-08-96.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Lo inicia aproximadamente hace dos meses de manera súbita sin estresor aparente, cuando el paciente deja su labor como vendedor ambulante lo adjudica al hecho de que según el paciente, sus compañeros de trabajo lo señalaban y hablaban de él poniéndose de acuerdo para perjudicarlo posteriormente, el paciente buscó trabajo y al no cumplir con los requisitos solicitados se torna aislado abandonando prácticamente cualquier actividad fuera de la casa, se presentó junto con lo anterior pérdida de aseo y añaño, llegando a ser tan importante que los familiares tuvieron que insistir y al no haber respuesta terminaban por asearlo.

En el último mes el paciente comenzó a manifestar perplejidad y distracción. Los familiares mencionan que manifestaba ideas de referencia y daño con respecto a sus compañeros de trabajo, así como manifestar ideas que los familiares califican de extrañas "ya no voy a comer gratis" (sic). En ocasiones el paciente salía de su casa a caminar aparentemente sin motivo o rumbo. Hace aproximadamente unas tres semanas ingirió un bote de antiséptico bucal sin motivo ó propósito claro, después de este evento, el paciente se torno más taciturno y aislado, disminuyendo gradualmente la ingesta de éste producto. Desde el trece del presente mes el paciente se niega a ingerir alimentos y con marcada tendencia a permanecer en actitud mutista, razón por la que los familiares asisten al Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez y son referidos a ésta institución. Los familiares refieren que el aislamiento del paciente se presenta de manera gradual siendo más notorio desde hace cinco años cuando el paciente evita actividades familiares y sociales.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Se interroga de manera indirecta, sin encontrar datos relevantes.

SITUACIÓN FAMILIAR, LABORAL, SOCIAL Y ECONÓMICA.

El paciente vive con su familia de origen, es el sexto de un total de 10 hijos . Se reconoce al padre como la figura de autoridad. El nivel socioeconómico es bajo, existiendo diversas carencias económicas. Se identifica al paciente como miembro disruptivo desde el inicio del padecimiento. Laboralmente el paciente ha sostenido diferentes empleos entre ellos el de acomodador en un almacén de ropa, posteriormente abandona ese empleo por causas que no están claras y se dedica a la venta de periódico y chicles, siendo ésta su última actividad.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Los antecedentes pre, peri y postnatales se desconocen con exactitud, aparentemente normoevolutivo con parto domiciliario sin conocerse más datos, se refiere desarrollo temprano sin saber indicadores.

Cursó primaria completa con rendimiento promedio. Inicia vida laboral a los 20 años. Hace cinco años comienza gradualmente aislamiento y desinterés en interacción social.

Medicamente se refiere enfermedades exantemáticas de la infancia sin complicaciones. No se refiere padecimiento de importancia. no se concen antecedentes psiquiátricos previos al referido en el padecimiento actual.

CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS Y PROBLEMAS RELACIONADOS.

Negados.

EXAMEN MENTAL.

Paciente conciente, alerta, orientación no valorable. En malas condiciones de aliño y aseo. Con cierto entecimiento psicomotriz, actitud suspicaz, poco cooperador. Durante toda la entrevista el paciente permanece callado, mutista. Obedece a ordenes sencillas. Atención disminuidas, memoria no valorable. afecto suspicaz y ansioso con poca resonancia, lenguaje y discurso no valorables, agita la cabeza para decir si o no es ocasiones. No se puede valorar curso y contenido del pensamiento. No se refieren alteraciones senso perceptuales. Sin embargo presenta una actitud de alucinada. Juicio desviado sin conciencia de enfermedad.

TEMPERAMENTO Y CARACTER.

Se le refiere como alguien de rasgos temperamentales como sensible, reservado, inquieto.

EXAMEN FISICO GENERAL Y NEUROLÓGICO.

Diferido, ya que de momento el paciente no coopera para la elaboración de un examen completo.

EXAMENES Y TRATAMIENTO PREVIO.

Exámenes de laboratorio y gabinete que se ordenan.

Perfil completo y electroencefalograma.

OBSERVACIONES GENERALES.

Paciente con un periodo marcado de cinco años con alteraciones de la conducta gradual con pérdida de actividad laboral, descuido en la higiene en los últimos 2 meses, presenta ideas delirantes de referencia y daño, dromomanía, ideación, bizarra, aislamiento, perplejidad y probables alucinaciones.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO.

Haldol 10 mg V.O 0 - 0 - 1 ½

Akinetón retard 4 mg V.O 0 - 1 - 1

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Adaptación individual ineficaz debido a la falta de confianza a los demás por temor a que se le haga daño, evidenciada por la negación a ingerir alimentos, cuidados personales deficientes y alteración de la interacción social. Probable alteración en la senso-percepción evidenciada por su actitud

Diagnóstico definitivo esquizofrenia paranoide

V. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Nombre: J.F.O.H.
 Sexo: Masculino
 Edad: 33 años
 Fecha de ingreso: 18 de Julio 1996.

Cama: 1
 Servicio: Tratamientos IV- Hombres.

Diagnóstico Médico: Esquizofrenia paranoide

Objetivo General:

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

Objetivo específico:

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

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

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

Desarrollo del plan.

Problema: Angustia.

Manifestación del problema:

Facies de angustia.

Razón Científica de la Manifestación del Problema:

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

Pero el paciente sufre cambios importantes cuando es trasladado de su casa a un hospital. Mientras en su domicilio conservaba todos los accesorios que le daban la

sensación de ser útil y de bastarse a sí mismo, en el hospital se le despoja de su equipo.

Es más, en su domicilio todo lo que le rodeaba le era familiar y le proporcionaba una sensación de seguridad mientras que el ambiente del hospital es diferente, extraño e inquietante y más si es un hospital psiquiátrico donde se va a encontrar con diversas conductas. A esta impresión general debe añadirse el temor que el paciente puede sentir de que algo muy serio le va a acontecer, ya que ha sido necesario hospitalizarlo.

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

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

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

Acciones de Enfermería:

Ministrar ansiolíticos.

Vigilar efectos indeseables de los ansiolíticos.

Presentarse con el paciente

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

Relacionarse con el paciente.

No aumentar innecesariamente la ansiedad.

Razón científica de las acciones de enfermería:

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

Los efectos secundarios indeseables tenemos la somnolencia diurna, ataxia, lentitud en las respuestas motoras complejas, aumento del apetito; en ocasiones disminución de la libido. (58)

Como las primeras impresiones son por lo regular intensas y no fáciles de borrar, es particularmente importante que el paciente y las que estén con él reciban toda clase de atenciones, y que al llegar a la institución, el enfermo reciba un servicio médico eficiente. Y además, si se le dedica de media a una hora al paciente recién admitido se logrará comunicar al paciente un sentimiento de confianza.

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

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

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

En cualquier interacción la enfermera satisface las necesidades del paciente y aumenta sus sentimientos de comunidad, seguridad y bienestar, o no logrará.

(58) Irving, Susan; Enfermería psiquiátrica, pp.2-3.

La forma en que se relacione con el paciente, es pues, útil o perjudicial y constituye la base de su eficacia como enfermera. Una útil relación entre enfermera y paciente puede caracterizarse por su aceptación, honestidad, comprensión y fe". (59)

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

Nunca se llamará la atención de los enfermos acerca de sus defectos, incapacidades, peculiaridades o insuficiencias. Si algún paciente los menciona, hay que aceptarlos con calma y sin crítica. Enfocar la atención sobre los puntos débiles del individuo aumenta su ansiedad. En toda relación interpersonal, es regla prudente concentrarse sobre los aspectos positivos del individuo.

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

Las amenazas, las órdenes secas y la indiferencia a las reacciones del paciente, no tiene lugar en la asistencia a los enfermos mentales, como, por lo demás, tampoco lo tiene para tratar a enfermos de ninguna clase o amenaza, órdenes bruscas e indiferencia, son causas de ansiedad". (60)

Responsable de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo, trabajador social.

Evaluación:

Cuando ingresó J.F. se le observa angustiado, quería salir de ahí inmediatamente, parecía que tenía miedo pues no salía de su cuarto.

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

(59) Irving, Susan; Enfermería psiquiátrica, pp. 2-3.

(60) Matheney V., Ruth; Enfermería psiquiátrica, p. 78.

Problema: *Disgregación mental.*

Manifestación del problema:

Alteraciones auditivas.

Razón científica de la manifestación del problema:

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

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

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

Acciones de enfermería:

- *Ministrar medicamentos antipsicóticos: haloperidol 10 mg. V.O. 0-0-11/2. antiparkinsonianos; biperiden 4mg. V.O. 0-1-1.*

- *Vigilar efectos indeseables de los antipsicóticos.*

- *Vigilar al paciente.*

- *Animar al paciente a que exprese sus sentimientos en la forma que le sea más cómoda, verbal y no verbal. Dejar que sepa que se le escucha y se le acepta en todo lo que trata de expresar.*

- *Aceptar al paciente tal y como es.*

- *Ser honesto con el paciente.*

Razón científica de las acciones de enfermería:

Los neurolepticos, también llamados antipsicóticos, se dividen en dos grupos: 1) Los derivados de la fenotiazina; 2) Los derivados de la butirofenona, de los cuales el más utilizado es el haloperidol.

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

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

Los efectos secundarios indeseables que tenemos en el sistema nervioso central producen síntomas extrapiramidales, parkinsonianos, rigidez, temblores, espasmos, mioclonias, distonia, disquenesia tardía, inquietud motora, ocasionalmente somnolencia y fatiga de tipo subcortical. En el sistema neurovegetativo: sequedad de la boca, congestión nasal, miosis, ambliopía y disfagia. En el aparato cardiovascular: hipotensión y taquicardia. En el respiratorio: disnea ocasional. En el digestivo: aumento de apetito, estreñimiento y náusea. En el urinario: poliuria y polaquiuria.(61)

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

El parkinsonismo se presenta como consecuencia de una deficiencia de dopamina a nivel de los receptores D2 en los núcleos basales. La dopamina actúa como inhibidor del sistema extrapiramidal, mientras que la acetilcolina lo hace como excitador; por lo tanto el tratamiento del parkinsonismo está encaminado a restablecer colinérgico o estimulado al dopaminérgico. En el primer caso, utilizando sustancias anticolinérgicas como belladona, el trihexifenidilo y el biperiden.(62)

(61) Sector Salud, Cuadro Básico de medicamentos, p. 429.

(62) *Ibidem*, p. 340.

Razón científica de las acciones de enfermería:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Razón científica de las acciones de enfermería:

"Antes que nada, la relación entre la enfermera y el paciente debe ser de aceptación. Eso significa que la enfermera debe ser capaz de aceptar al paciente, no importa lo que diga o haga o de donde proceda, no simplemente porque es un paciente sino porque es una persona de valor y dignidad, esenciales, que merece su amor y su respeto. No significa que deba aprobar, o que pudiera aprobar todo lo que él haga. Puede que ella tenga sentimientos de desaprobación, desagrado, aún disgusto, por algunas de sus acciones. Pero es necesario que sea capaz de dominar y expresar sus sentimientos en forma constructiva, para no rechazar, castigar o ignorar al paciente. Al mismo tiempo, éste necesita saber que es una conducta esperada, apropiada y aceptable de su parte y necesita ayuda para aprender a comportarse de tal modo".(63)

"Aceptar a un paciente como persona no significa sancionar o aprobar su conducta, sino dar a conocer con hechos, con la actitud, que el paciente tiene derecho a comportarse como lo hace. Pero no hay que confundir aceptación con resignación o elusión. La aceptación es un proceso activo, una serie de actos de conducta positiva cuyo fin es infundir al paciente respecto a sí mismo, como individuo humano que es, y que, por ese sólo hecho, posee mérito, valor y dignidad. La aceptación se expresa en muy distintas formas: como mantener con el paciente una relación no enjuiciadora ni punitiva; expresarle directa o indirectamente interés, apreciar y remunerar los sentimientos del enfermo; hablar con él para comprenderlo; escucharlo y permitirle que exprese sus sentimientos fuertemente retenidos."(64)

(63) Irvin, Susan. *Enfermería Psiquiátrica*, pp.3-4.

(64) *Ibidem*.

La relación entre la enfermera y el paciente debe ser honesta. Eso significa que la enfermera debe estar genuinamente interesada en el bienestar del paciente y debe desear ayudarlo a hacer algo acerca de ello. Significa, además, que debe estar segura de que lo que dice y hace, en relación con él, concuerda con dicha clase de interés humano y la expresa. No hay lugar para la falsedad". (65)

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo.

Evaluación:

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

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

Problema: *Alteraciones en la sensopercepción.*

Manifestaciones del Problema: *Perplejidad.*

Actitud de alucinado.

Ensimismamiento.

Ideas delirantes de daño y referencia.

Fundamentación Científica:

La percepción de una persona depende de una serie de factores (internos y externos).

La percepción está influida por el estado fisiológico del individuo por experiencias pasadas.

La percepción de las personas, objetos y eventos, es susceptible a sufrir un gran número de distorsiones, esto influirá sobre el comportamiento del individuo.

(65) V. Mathaney, Ruth. Enfermería Psiquiátrica. pp.78.

Acciones de Enfermería:

-No mostrar actitudes amenazantes en todos los acercamientos.

-Observar la expresión del paciente y anotar factores ambientales que desencadenen o se observan los síntomas después de manejar el ambiente para disminuir o controlar estos factores(p. ej. estímulos auditivos o de la presencia de otras personas).

-Proporcionar cuidados para "proteger" al paciente., pero evitar estar todo el tiempo con él.

-Mantener una conversación con temas sencillos y básicos para proporcionar una base en la realidad.

Objetivos:

-Ayudar al paciente a expresar miedo, ansiedad o cualquier otro sentimiento que pueda percibir.

-Animar al paciente a que tenga contacto con las personas reales, interactúe con las mismas y desempeñe pequeñas actividades.

-Proporcionar apoyo emocional.

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo.

Problema: Negación al arreglo e higiene personal.

Manifestación del Problema: Desaliño.

Fundamentación Científica:

Debido al cuadro psicótico que presenta el paciente, su falta de percepción a su alrededor y el retraimiento que tiene consigo mismo no lo hace valorar el estado higiénico que presenta de su persona; además que en ocasiones las ideas paranoides hacen que presente temor al agua, por la creencia de que ésta puede ser perjudicial para él.

Acciones de Enfermería:

- Persuadir al paciente de que es necesario el aliño para su pronto restablecimiento.
- Asistir en el baño y aliño personal.
- Asistir en la colocación del pañal desechable. (de ser necesario esté)
- Dejar cómodo y tranquilo al paciente.

Objetivos:

- Aumentar la autoestima.
- Fomentar las actividades de higiene y otras de la vida cotidiana.
- Proporcionar un ambiente de limpieza y bienestar.

Responsables de la acción:

Enfermera general.

Problema: Alteración de la interacción social.

Manifestaciones del Problema:

Aislamiento.
Desconfianza.
Mutismo.

Fundamentación Científica:

El paciente se encuentra bajo un estado psicótico por lo que su actitud se vuelve de desconfianza hacia los demás, ya que las ideas delirantes que presenta son de daño y referencia, siendo esto la causa de una conducta evitativa.

Su actitud ante las situaciones que lo rodean son de inseguridad y rechazo por una falsa percepción del mundo externo.

Acciones de Enfermería:

- Establecer una relación empática con el paciente.
- Explicar al paciente que sus pensamientos son reales para él.
- Insistir en la seguridad que le ofrece el hospital.
- Motivar al paciente que se relacione con sus compañeros, con el fin de establecer autoconfianza.

Objetivos:

- Asegurar un medio ambiente de bienestar para el paciente.
- Incrementar la capacidad del paciente para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo.
- Orientar en lo posible al paciente en la realidad

Responsables de la acción:

Enfermera general, psiquiatra, psicólogo.

Problema: Negación a la ingesta de alimentos.

Manifestaciones del Problema:

Pérdida de peso.
Ideas delirantes de daño.

Fundamentación Científica:

La presencia de ideas delirantes de daño, ocasionan en el paciente rechazo a la comida por el temor a ser perjudicado.

Hay centros más altos en la corteza cerebral que están relacionadas con el control de apetito y con la selección de calidad y cantidad de alimentos, por lo que el apetito puede disminuir por el estado emocional de una persona por ej. miedo.

Acciones de Enfermería:

- Asistencia en la dieta.
- Disminuir su desconfianza a los alimentos, pidiéndole que él mismo escoja su charola.
- Permitir que sus familiares le lleven sus alimentos preferidos.
- Identificar sus preferencias alimenticias del paciente.
- Asistencia en la toma de complemento alimenticio (Ensure).

Objetivos:

- Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos.
- Disminuir la relación que ha hecho el paciente entre el alimento y el síntoma de no alimentarse (Ideas de daño).
- Establecer o fortalecer hábitos nutricionales independientes.
- Aumentar la ingesta calórica y nutricional del paciente.

Responsables de la acción:

Enfermera general. (66)

(66) Rohweder, Nordmark. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. La prensa Médica Mexicana, segunda edición, 1984. p. 712.

EVALUACIÓN.

Durante el tiempo de convivencia con el paciente, se estableció un código de comunicación, en donde el paciente al no querer algo se ponía rígido y comenzaba a parpadear rápido, y ante sus necesidades y/o gustos, se mostraba mas cooperador, el estado mutista disminuía al contestar con monoslabas con los ojos, es decir con 2 parpadeos de ojos contestaba "si" y sin parpadear era "no pero el paciente aún continua con actitud mutista.

Con respecto a la ingesta de alimentos, disminuyó su delirio de daño, lo que se mostró más cooperador en la toma de su dieta y complemento alimenticio (Ensure).

Se observó una mejoría notable de su higiene y aseo personal, siempre y cuando se le asista, pues el paciente aún no la hace por sí solo.

Durante su estancia hospitalaria los síntomas que el paciente presentaba al momento de su internamiento fueron en remisión. hasta el momento de su egreso el paciente se observo totalmente asintomatico. (un mes despues continua asintomático).

Su manejo consistió en neurolépticos del tipo de las butirofenonas, moderadoras corticales (Haloperidol y carbamazepina) y tranquilizantes menores (benzodiazepinas-ativan) y en caso de impregnación se utilizó antiparkinsonianos como el akinetón; que se utiliza como correctivo en síntomas como distonia de torción (síndrome extrapiramidal).

Su manejo posterior continuará en la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

CONCLUSIONES

Para concluir podemos citar a Waring y Cols. Quienes afirman que ninguna variable singular del medio familiar ha sido hasta ahora identificada como un factor necesario y suficiente en la etiología de la esquizofrenia, y que no existe evidencia de que la terapia familiar por sí sola sea un tratamiento efectivo para ésta.

Por otra parte, se ha establecido una fuerte asociación entre varias variables descriptivas de características familiares y un brote de esquizofrenia en un miembro de la familia,

Los terapeutas familiares deben aceptar que un "doble vínculo", "madres esquizofrenizantes", y "pseudomutualidad" no causan esquizofrenia. Deben desarrollar modelos complejos que integren aspectos de estructuras y funcionamiento familiar con aspectos de vulnerabilidad a causa de déficit biológicos y/o psicológicos; así mismo deben incluirse las variables psicosociales que integren tanto acontecimientos vitales conflictivos como factores de apoyo social.

Los estudios que actualmente se han llevado a cabo proporcionan credibilidad a las continuas observaciones clínicas respecto a la conexión entre la dinámica familiar y la esquizofrenia; sin embargo, posiblemente la principal razón para hacer estos estudios sea estimular la reevaluación de las actitudes de los terapeutas familiares hacia la familia de los esquizofrénicos.

Se ha llegado a una aproximación más humana que visualiza a la familia sufriendo a consecuencia del desarrollo de la enfermedad de uno de sus miembros.

Una nueva dirección ha desarrollado es la posibilidad de que la familia desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y/o un papel positivo en su rehabilitación.

La educación del Paciente y de su familia, así como de grupos de apoyo para ésta se describen ahora como componentes esenciales de los programas para el tratamiento integral del paciente.

APENDICE "A"

Grupos de edad	< 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	
	n = 309	n = 996	n = 1120	n = 879	n = 577	n = 411	n = 142	n = 72	
Diagnóstico Psiquiátrico	%	%	%	%	%	%	%	%	
Demencia senil y presenil	-	-	-	-	-	3	13	16	59
- Síndrome de dep. al alcohol.	-	-	5	6	6	8	5	-	-
- Dependencia de drogas	-	-	14	11	3	1	-	-	-
- Otras psicosis orgánicas (crónicas)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Trastornos esquizoafrenicos.	18	31	31	32	29	30	21	12	13
- Abuso no dep. de drogas.	13	23	23	28	36	40	44	71	34
- Retraso mental.	3	2	2	2	0.4	1	-	-	-
- Epilepsia	53	35	35	30	30	8	25	-	8
	17			8	13	10	5	-	-

Distribución por diagnóstico; encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados en 1995.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acme: *Momento más agudo de una enfermedad.*

Alucinaciones: *Percepción sin objeto en la que el enfermo cree firmemente contra toda evidencia. El enfermo tiene la convicción íntima de una sensación verdaderamente percibida, sin que ningún objeto adecuado para producir esta sensación haya excitado su sentidos.*

Anfetaminas: *Medicamento del tipo efedrina, de acción estimulante sobre el sistema nervioso.*

Alucinógenos: *Sustancias capaces de provocar la aparición de alucinaciones.*

Ansiedad: *Experiencia tímica global y penosa, de una cualidad específica difícil de describir, constituida por la asociación de trastornos afectivos, intelectuales y dinámicos y consistente en la expectación dolorosa de un peligro, sin objeto real que lo justifique, que se acompaña de un sentimiento de inseguridad e incertidumbre.*

Amaneramiento: *Falta de sencillez.*

Ambivalencia: *Asociación de efectos y sentimientos contradictorios y opuestos. Este término fue creado por Bleuler para designar "la existencia de placer y displacer con respecto a una misma representación".*

Apatía: *Falta de reacción a los estímulos exteriores por desinterés o indiferencia. Los facies y el habitus del sujeto son inespecíficos.*

Autismo: *Nombre acuñado por Bleuler para designar un estado de "alejamiento de la realidad acompañado de un predominio relativo o absoluto de la vida interior".*

Automatismo: *Expresión que designa las grandes formas de pensamiento y acciones que escapan a la conciencia, a la memoria y a la voluntad y que se constituye en virtud de fuerzas internas de la organización inconsciente.*

Banal: *Trivial.*

Barbitúricos: *Dícese de un radical químico, base de numerosos hipnóticos y sedantes del sistema nervioso.*

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acme: *Momento más agudo de una enfermedad.*

Alucinaciones: *Percepción sin objeto en la que el enfermo cree firmemente contra toda evidencia. El enfermo tiene la convicción íntima de una sensación verdaderamente percibida, sin que ningún objeto adecuado para producir esta sensación haya excitado su sentidos.*

Anfetaminas: *Medicamento del tipo efedrina, de acción estimulante sobre el sistema nervioso.*

Alucinógenos: *Sustancias capaces de provocar la aparición de alucinaciones.*

Ansiedad: *Experiencia tímica global y penosa, de una cualidad específica difícil de describir, constituida por la asociación de trastornos afectivos, intelectuales y dinámicos y consistente en la expectación dolorosa de un peligro, sin objeto real que lo justifique, que se acompaña de un sentimiento de inseguridad e incertidumbre.*

Amaneramiento: *Falta de sencillez.*

Ambivalencia: *Asociación de efectos y sentimientos contradictorios y opuestos. Este término fue creado por Bleuler para designar "la existencia de placer y displacer con respecto a una misma representación".*

Apatía: *Falta de racción a los estímulos exteriores por desinterés o indiferencia. Los facies y el habitus del sujeto son inespecíficos.*

Autismo: *Nombre acuñado por Bleuler para designar un estado de "alejamiento de la realidad acompañado de un predominio relativo o absoluto de la vida interior".*

Automatismo: *Expresión que designa las grandes formas de pensamiento y acciones que escapan a la conciencia, a la memoria y a la voluntad y que se constituye en virtud de fuerzas internas de la organización inconsciente.*

Banal: *Trivial.*

Barbitúricos: *Dícese de un radical químico, base de numerosos hipnóticos y sedantes del sistema nervioso.*

Borgorigmo: Ruido que producen los gases encerrados en el abdomen.

Catalepsia: Trastorno psicomotor que se traduce por una aptitud para la conservación, durante un tiempo variable pero prolongado, de actitudes pasivamente comunicadas al miembro sujeto.

Los segmentos de los miembros del enfermo dan la impresión, al movillarlos, de ser cerea, razón por la que se habla de "flexibilidad cerea".

Cáusticos: Que quema y desorganiza, corrosivo, maligno, mordaz. Sínon de Sarcástica.

Caviloso: Desconfiado, quisquilloso.

Coercitivo: Que restringe.

Cognición: Conocimiento.

Confusión Mental: Estado caracterizado por desorientación temporoespacial, oscurecimiento muy acentuado de la conciencia, incoherencia de las ideas y perplejidad.

Dereístico: Véase pensamiento dereístico: sinónimo de pensamiento autista: pensamiento que no busca adaptarse a la realidad sino que, por el contrario, se desvía de ella.

Discordancia: Nombre dado por P. Chassin a una "disarmonía entre los síntomas, que hasta cierto punto parecen independientes los unos de los otros". La discordancia manifiesta en el plano clínico, la disarmonía del conjunto de operaciones, funciones y estados mentales que componen el ser psíquico.

Lucubración: Extravagante.

Embotamiento: Debilitar, entorpecer.

Epilepsia: Paroxismo neuropsíquico "producido por una descarga neuronal anormal, excesiva, en el interior del sistema nervioso central.

Estrañbótico: Extravagante.

Flatos: Acumulación de gases en el tubo digestivo.

Hipnóticos: Drogas que somete el sistema nervioso "a una depresión tal que el individuo queda indiferente a la incitaciones exteriores y se abandonan al sueño".

Ideas Delirantes: El síntoma conocido como ideas de referencia surge cuando actúa el mecanismo de protección. El individuo que utiliza este tipo de mecanismo protector cree, egocéntrico, que es objeto de atención especial y animadversión de parte de los que las observaciones casuales de los otros se refieren a él e interpreta que son acusadoras y envilecedoras.

Indeme: Libre de daño.

Indolentes: Perezoso, apático o desidioso.

Indulgencia: Facilidad en perdonar las culpas ajenas.

Insidioso: Dícese de ciertas enfermedades graves o sea de su apariencia benigna.

Neologismo: Palabra formada al modo de evolución normal de una lengua, a partir de sonidos, por deformación y fusión de trozos de palabras usuales o de seudopalabras.

Neurópticos: Fármacos psicotrópicos anérgico que producen un estado de indiferencia y desinterés psicoafectivo sin ocasionar un estado narcótico. Son eficaces en los estados de excitación y agitación y en la psicosis produce efectos secundarios del tipo de los síndromes diencefálicos extrapiramidales.

Malsano: Poco saludable.

Metafísica: Conocimiento de los principios primeros y de las causas de las cosas.

Mnemónico: Que tiene relación con la memoria.

Místico: Véase delirios místicos: delirio crónico de contenido religioso que se acompaña casi constantemente de alucinaciones visuales (aparición de Dios, de la Virgen y de los santos). Las alucinaciones auditivas de temas persecutorios acompañan con frecuencia las visiones del demonio.

Neurosis: Enfermedad de la personalidad, sin sustrato anatómico conocido, caracterizado por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Se acompañan de una conciencia penosa del estado mórbido. Las neurosis no establecen entre las enfermedades y la sociedad, la escisión que producen las psicosis.

Paralogía: Véase pensamiento paralógico: pensamiento fundado en la asociación de un razonamiento rigurosamente lógico con premisas falsas.

Perturbación: Desorden, turbación, especialmente en el cuerpo humano.

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

Psicógeno: Que tiene causa psíquica.

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

Psiconeurosis Obsesiva: Cuadro intermedio entre la neurosis y la psicosis que responde a una de las dos eventualidades siguientes: o bien de las variaciones u oscilaciones de la autocrítica condiciona el paso progresivo ó episódico de la obsesión del delirio, o bien la intensidad y la recepción de los ritos conjuntorios con tales que, a pesar de que persista la conciencia de carácter parasitario de las obsesiones, el enfermo llega a una desorientación equivalente a la de una psicosis.

Psicópata: Sujeto afecto de trastornos mentales.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Ann Marriner; Tr. Por Alfonso Tellez Vallejo. Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. Ed. Interamericana p.325.

Biagini Alarcón Marcela. Rev. Salud Mental, Vol. 17, Diciembre 1994. p.p12 -15.

Caraveo A. Jorge J. Rev. Salud Mental, Vol.18, Diciembre 1995. p.p 2-5.

D.S.M III Manual. Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, Barcelona España, edición en México, 1989. p.p 227 - 240.

Garza Treviño Enrique Sergio. Rev. Salud Mental, Vol. 9, Junio 1986 p. 13.

Irving, Susan; Enfermería Psiquiátrica Ed. Interamericana, p.p 2 - 3..

Janet W. Griffith, Paula J. Christensen. Tr. Ma. del Rosario Carsolio. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación y Teorías. Ed. Manual Moderno .P.406

Kaplan Harol Y. Sadock J. Benjamin. Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat, segunda edición. México, D.F. 1992.

Laura Morán Peña; Asesoría pedagógica: Fco. Javier Blanco González. Método Científico y Proceso de atención de enfermería. De. U.N.A.M. Vol. 1.

Leslie D. Atkinson, Mry Ellen Murray. Tr. Teresa de Jesús Garza Casais. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. P. 141.

Kolb C. Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial la prensa medica Mexicana, sexta edición. México, D.F. 1988. p.p. 269 - 271.

Mereness Dorothy. Elementos de Enfermería Psiquiátrica. Editorial La Prensa Medica Mexicana, S.A. reimpresión 1988, p.p. 158 - 181.

Nancy Roper, Winifred W. Logan Proceso de Atención de Enfermería. Modelos de Aplicación. Ed. Interamericana. P.121.

Rokweder, Nordmark. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial La Prensa Medica Mexicana, segunda edición, 1984.

Schultz M. Judith, Dark I. Sheila. Enfermería Psiquiátrica Plan de Cuidados. Editorial Interamericana, primera edición. México, D.F. 1992. p.p. 67 -75.

Sunderland, Stuart. Enfermería Psiquiátrica. Editorial Interamericana, segunda edición. p.p 56 - 60.