

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO, EN MÉXICO D.F.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

PRESENTA

RAÚL BENITO GONZÁLEZ ALBOR

CON LA ASESORIA DE
DRA. CARMEN LASTY BALSEIRO ALMARIO

MÉXICO D.F.

JUNIO DEL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro por la asesoría en la metodología y corrección de estilo, brindada que hizo posible la feliz culminación de esta tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y a sus profesores por las enseñanzas recibidas a lo largo de la especialidad de enfermería en Salud Mental.

A todo el personal de Enfermería del Hospital General de México por las facilidades otorgadas en la recolección de información actualizada.

DEDICATORIAS

A mis padres María Albor Esquivel (†) Gustavo González Orozco (†) por todo el apoyo brindado durante toda mi vida y por haber sembrado los principios de superación profesional que permitieron alcanzar esta meta como enfermero especialista.

A mis hermanas Ana María y Juana González Albor, quienes me apoyaron durante toda la especialidad, primordialmente en el momento más especial. A mi coordinadora E.A.S.E. Petra Torres Nicasio por el impulso, apoyo y todas las facilidades que me brindó. A mi compañera Patricia Rojas por los ánimos y el apoyo otorgado. A todos ellos muchas gracias.

A mis compañeras de especialidad, que estuvieron conmigo durante la especialidad apoyándonos en lo necesario para la culminación de esta meta.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA</u>	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	5
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	6
1.5 OBJETIVOS.....	7
1.5.1 General	
1.5.2 Específicos	
2. <u>MARCO TEORICO</u>	
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA	
2.1.1 Conceptos básicos.....	8
-Esquizofrenia.....	8
2.1.2 Tipos de esquizofrenia.....	9
-Tipo paranoide.....	9
-Tipo desorganizado.....	10
-Tipo catatónico.....	11
-Tipo residual.....	12
2.1.3 Síntomas de la esquizofrenia	
-Síntomas negativos.....	13
• Embotamiento afectivo	
• Alogia	

• Abulia	
• Anhedonia	
-Síntomas positivos.....	14
• Alucinaciones	
• Ideas delirantes	
• Lenguaje desorganizado	
• Comportamiento desorganizado	
2.1.4 Tratamiento de la esquizofrenia.....	14
-Farmacológico.....	14
-Terapia electroconvulsiva.....	15
-Terapia de grupo.....	16
2.1.5 Aspectos preventivos	17
-Detección temprana.....	17
2.1.6 Aspectos de rehabilitación	18
-Rehabilitación psicosocial.....	18

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependientes

-Indicadores de la variable.....	20
----------------------------------	----

3.1.2 Definición operacional.....	21
-----------------------------------	----

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	25
--	----

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo de investigación.....	26
----------------------------------	----

3.2.2 Diseño de tesina.....	26
-----------------------------	----

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	
3.3.1 Fichas de trabajo	27
3.3.2 Observación.....	28
4.- <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	
4.1 CONCLUSIONES.....	29
4.2 RECOMENDACIONES.....	33
5.- <u>ANEXOS Y APÉNDICES.....</u>	38
6.- <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS.....</u>	47
7.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	59

INTRODUCCIÓN

La presente investigación documental tiene por objeto analizar las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con esquizofrenia en el Hospital General de México, en México, D.F.

Para realizar tal análisis se ha planteado desarrollar en esta investigación en el primer capítulo la fundamentación del tema de investigación que tiene diversos apartados de importancia en los que están: descripción de la situación problema, identificación del problema, ubicación del mismo y objetivos.

En el segundo capítulo se da a conocer el marco teórico de la intervención de enfermería en salud mental en donde se ubican todo los fundamentos teóricos metodológicos de la enfermería especializada y que apoyan al problema y a los objetivos de esta tesina. Es decir el marco teórico reúne las fuentes primarias y secundarias del problema y los objetivos.

En el tercer capítulo se ubica la metodología que incluye la variable de la enfermería en salud mental y el modelo de relación de influencia de la misma. También se incluye en este capítulo las técnicas de investigación utilizadas entre las que están: fichas de trabajo y observación.

Finaliza esta investigación documental con las conclusiones y recomendaciones, anexos y apéndices, glosario de términos y las

referencias bibliográficas que se encuentran en los capítulos, cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda tener un panorama más general de lo que significa la enfermería en salud mental en la atención de los pacientes con esquizofrenia y con ello, resolver en parte, la problemática estudiada.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital General de México se inaugura el 5 de febrero de 1905, por el General Porfirio Díaz, con una plantilla de recursos humanos conformada por una jefe de servicio, una subjefe, 30 jefas de servicio y 20 enfermeras para 800 camas, distribuidas en 32 pabellones.

Actualmente el Hospital General de México, es un organismo descentralizado dependiente de la Secretaría de Salud a nivel federal. Es una institución de salud de alta especialidad, que cuenta con 103 años de existencia dedicados al servicio de la comunidad del país, es un hospital formador de recursos humanos para la salud, sus investigadores realizan proyectos de investigación de alto nivel, cuyos resultados se difunden en publicaciones científicas.

En el Hospital General de México trabajan más de 6000 personas entre médicos, enfermeras, técnicos, paramédicos, y administrativos que conforman el equipo de salud que diariamente proporcionan más de 3000 consultas de medicina general y de especialidad. Todos ellos realizan actividades específicas en forma oportuna y que en conjunto dan por resultado una atención de calidad y calidez que inevitablemente hacen del hospital una institución regional de la zona que proporciona servicios de salud con tales características.

El Hospital General de México, cuenta con una plantilla de 1749 enfermeras de las cuales 321 son auxiliares de enfermería, 108 paseantes de enfermería, 756 enfermeras generales, 293 con curso postécnico, 13 pasantes del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, 242 Licenciados en Enfermería y 16 de Posgrado.

La misión de enfermería es otorgar atención a la salud de los individuos y a las familias en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades.

El Hospital General de México cuenta con el servicio de consulta externa de salud mental, atiende a pacientes con diversos trastornos emocionales, tanto agudos como crónicos, pero sin embargo no se cuenta con un servicio internamiento a menos que se trate de un paciente cuyo diagnóstico principal sea alguna patología crónico degenerativa.

Al ingresar un paciente con alguna patología psiquiátrica y no tener personal capacitado en la atención de dicho paciente pone en riesgo la oportuna intervención de enfermería y repercutir en su tratamiento. La falta de conocimientos sobre alguna patología psiquiátrica provoca carencia de atención, del buen uso de los recursos disponibles y abandono del paciente por intervalos prolongados por parte del personal de enfermería por temor a ser agredidos.

El situaciones de esperar hace debido a que como ya se mencionó con anterioridad al no ser un hospital que ingrese con frecuencia a

pacientes con alguna alteración psiquiátrica particularmente con esquizofrenia, no se dispondrá del personal ampliamente capacitado para la atención de enfermería especializada oportuna y de calidad.

De ahí la importancia de contar con una investigación documental donde se brinden las bases para proporcionar cuidados de enfermería especializada a pacientes con esquizofrenia.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta fundamental eje de esta tesina es la siguiente: ¿Cuál es la intervención de la enfermería especializada en pacientes con esquizofrenia en el Hospital General de México en México, D.F.?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente tesina se justifica porque hay pocas investigaciones relacionadas con la enfermería especializada en salud mental que tengan que ver con los aportes necesarios para los pacientes con esquizofrenia.

En segundo lugar esta tesina se justifica por que se pretende diagnosticar desde el punto de vista científico y empírico el cuidado especializado que requiere el paciente con esquizofrenia. Por ello en esta tesina se propone a partir de este diagnostico, diversas

medidas de atención especializada que garanticen que un paciente con esquizofrenia tenga la mejor atención.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente tesina se ubica en las disciplinas de Salud Pública y Enfermería.

Se ubica en salud pública porque esta disciplina es la que se encarga de prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida mediante el esfuerzo organizado de una comunidad que debe autocuidarse y en donde la enfermería especializada en Salud Pública procura un diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado de la enfermedad y restablecer los mecanismos para prevenir posibles complicaciones o enfermedades crónicas.

Se ubica en enfermería porque esta profesión es la que imparte la educación a la población de la mejor forma. Así las enfermeras especialistas en Salud Pública organizan programas que informan, que educan, que promueven la salud y en donde la enfermera especialista es quien coordina estas especialidades para mantener el bienestar del individuo y de la comunidad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con esquizofrenia en el Hospital General de México, en México D.F.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la enfermería especializada en salud mental que permitan guiar las acciones de todas las enfermeras en esta especialidad para lograr la calidad de la atención de los pacientes con esquizofrenia.
- Proponer acciones con las cuales se pueda mejorar el cuidado especializado de enfermería en Salud Mental en pacientes con esquizofrenia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

2.1.1 Conceptos básicos.

-Esquizofrenia

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. Ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos), que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social y laboral.¹

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad crónica que cursa con fases agudas y de remisión, es necesario un seguimiento, a lo largo de la vida del paciente dicho seguimiento deberá brindarse en conjunto con el equipo de salud, donde la enfermería especializada en salud mental deberá basarse en una valoración de las

¹ LÓPEZ-IBOR, Juan José y Cols. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Ed. Masson, Barcelona, 2002 p. 334

necesidades y capacidades del paciente con esquizofrenia a través de la observación detallada y auxiliándose del cuidador primario para concluir con la valoración.

2.1.2 Tipos de esquizofrenia

-Tipo paranoide

La esquizofrenia de tipo paranoide, es el tipo más frecuente en este estado, predominan las ideas delirantes, sobre todo de persecución, aunque también puede darse delirios de celos, grandiosidad o fantásticos. Se suele acompañar de alucinaciones en esencial de tipo auditivo. Con frecuencia los individuos se muestran irritables, recelosos y suspicaces.²

Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide es mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.³

Debido a que durante este tipo de esquizofrenia son características la presencia de delirios y alucinaciones, el paciente tiende a ser

² BOBES, Julio. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica Ed. Síntesis Madrid, 1999 p. 122

³ LÓPEZ-IBOR, Juan José. Op. Cit. p. 351

agresivo o autolesivo, el papel de la enfermería especializada deberá dirigirse a detectar el momento en que estas se presenten para proteger al paciente y reorientarlo en persona, lugar y tiempo, ayudarlo e distinguir lo real y lo que no es, corrigiendo los errores de sensopercepción en una forma que este apegada a los hechos.

-Tipo desorganizado

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización del comportamiento (p. Ej., falta de orientación hacia un objeto) puede acarrear una grave interrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. Ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). Las características asociadas incluyen muecas, manierismo y otras rarezas del comportamiento. Si llega a haber ideas delirantes y alucinaciones, estas son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.⁴

En la esquizofrenia de tipo desorganizado hay un grave aislamiento social, incapacidad de adaptación a las demandas sociales, la comunicación está alterada por el pensamiento desorganizado, tal situación implica un reto para la enfermería especializada en salud

⁴ LÓPEZ-IBOR, Juan José Op. Cit. p. 302

mental puesto que demanda una gran atención en cuanto a aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás, elaborando un plan de cuidados que incluya pasar el tiempo necesario con el paciente cuando no pueda responder verbalmente o lo haga de forma incoherente dirigiendo nuestro interés y cuidado.

-Tipo catatónico

La característica predominante y esencial de este tipo de esquizofrenia es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor. Los sujetos que la sufren pueden presentar amaneramiento y estereotipias motoras. También pueden mantener posturas impuestas o flexibilidad cérica durante largos periodos, así como presentar de forma brusca agitación intensa.⁵

Este tipo de esquizofrenia es una de las más incapacitantes, debido a la marcada alteración psicomotora, la comunicación verbal está dañada debido a la actitud negativa que muestra el paciente, hay déficit de autocuidado total, hay alteraciones de la función intestinal relacionada con el descenso de la movilidad y un alto riesgo de daño a la integridad de la piel. Son en estos aspectos en los que la enfermería especializada en salud mental debe poner atención y elaborar un plan de cuidados dirigidos a disminuir en el grado de lo posible, los daños y la incapacidad psicomotriz.

⁵ BOBES, Julio Op. Cit. Pág. 122

-Tipo residual

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado. Hay manifestaciones continuas de la alteración como la indica la presencia de síntomas como afectividad aplanada, pobreza de lenguaje o abulia. Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusados y no se acompañan de una carga afectiva fuerte.⁶

En este tipo de esquizofrenia se encuentra un aislamiento social que está relacionado con el comportamiento regresivo, la comunicación verbal está alterada, hay un déficit de actividad relacionada con la afectividad aplanada, incapacidad para responsabilizarse de su salud relacionada con el trastorno del pensamiento, alteración de los procesos familiares, déficit de autocuidado, incapacidad para asumir las demandas de la vida. Es por ello que la enfermería especializada en salud mental debe realizar o planear planes de cuidado de acuerdo al tipo de esquizofrenia a que se enfrente o a los signos y síntomas que el paciente presente, todo ello encaminado a mejorar y conservar en el grado de lo posible la salud de dicho paciente. (Ver anexo no. 1)

⁶ LÓPEZ-IBOR, Juan José. Op. Cit. p. 355

2.1.3 Síntomas de la esquizofrenia

-Síntomas Negativos

Se les llama síntomas negativos a una serie de síntomas que parecen reflejar una disminución de las funciones normales:

- Embotamiento afectivo: se refiere a una no reacción ante estímulos emocionales.
- Alogia: consiste en la ausencia de espontaneidad y pobreza del habla.
- Abulia: se refiere a la falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- Anhedonia: consiste en la incapacidad para disfrutar de los placeres.⁷

Los síntomas negativos de la esquizofrenia alteran la capacidad de la vida diaria de los pacientes, ya que estos terminan aislándose y perdiendo la comunicación con las personas que los rodean. Conforme pasa el tiempo estos síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo. El marco más apropiado para el cuidado del paciente es que la enfermería especializada conozca todos los síntomas que presenta la

⁷ Psicoactiva Esquizofrenia En Internet www.psychoactiva.com/esquizof.htm México – Barcelona, 2008 p. 2

esquizofrenia y así poderlos detectar con facilidad y actuar de una manera rápida y eficaz.

-Síntomas positivos

Los síntomas positivos de la esquizofrenia se refieren a un exceso o distorsión de las funciones normales como:

- Alucinaciones: se refiere a las percepciones que no existen y que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas. (Ver anexo no. 2)
- Ideas delirantes: son alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento.
- Lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos de celos e hipocondríacos).
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica o motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).⁸

2.1.4 Tratamiento de la esquizofrenia

-Farmacológico

El tratamiento farmacológico incluye la utilización de medicamentos antipsicóticos denominados neurolepticos, son fármacos que

⁸ Psicoactiva Id. p. 2

producen disminución de la agitación psicomotriz, el comportamiento agresivo y la tensión emocional, que actúa sobre las alteraciones de la sensopercepción (ideas delirantes y alucinaciones) y que mejora la conducta catatónica y el trastorno de la esquizofrenia. Hay diversos fármacos antipsicóticos con una eficacia clínica similar a la dosis equivalente. Unos son más sedantes que otros y presentan efectos secundarios con mayor o menor intensidad, siendo estas dos razones, en función de las necesidades y características del paciente, las que determinan su elección.⁹ (Ver anexo no. 3 y 4)

Se ha observado que la gran mayoría de los psicofármacos producen una serie de efectos secundarios que empiezan el padecimiento, sin embargo en la actualidad se han generado nuevos medicamentos que reducen los efectos adversos, ayudando a que los pacientes no abandonen el tratamiento. La participación de la enfermería especializada consiste en la educación del paciente en cuanto a su terapia farmacológica, y a los efectos adversos que puede presentar y a no dejar el tratamiento si ve mejoría de los síntomas.

-Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) funciona usando un choque eléctrico que ocasiona una convulsión, es decir, un periodo corto de actividad irregular en el cerebro. Esta convulsión libera muchas

⁹ BOBES, Julio. Op. Cit. p. 124

substancias químicas en el cerebro. Estas sustancias químicas, llamadas neurotransmisores, llevan mensajes de una célula cerebral a otra. La liberación de estas sustancias químicas hace que las células cerebrales funcionen mejor.¹⁰

La participación de enfermería durante la terapia electroconvulsiva, es meramente asistencial en la preparación del paciente, la monitorización de los signos vitales y posterior a ello, durante el periodo de recuperación, donde se llevara a cabo una valoración de las constantes vitales y de las reacciones postterapia, ya que previo a la convulsión propiciada se administran medicamentos anestésicos.

La enfermería especializada deberá estar atento a los efectos secundarios como pérdida temporal de la memoria a corto plazo, confusión, náuseas, dolores musculares y cefalea. También se pondrá mucha atención en el ritmo cardiaco y al cambio considerable en la presión arterial. (Ver anexo no. 5)

-Terapia de grupo

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que pueda tener un comportamiento adecuado dentro

¹⁰ CLEGHORN, John Enfermedades Mentales Ed. El Manual Moderno Bogotá, 1993 p. 37

del hogar, así como una mejor vida social. Se ha observado que los métodos grupales son más eficaces si se inician en el hospital y si hay un seguimiento coordinado una vez dado de alta. Los métodos grupales también son para las familias y sean capaces de enfrentarse mucho mejor a la situación una vez que han comprendido la enfermedad, que han aprendido a manejar ciertos aspectos de la conducta y que saben que pueden obtener muchas fuentes de apoyo, consejo y orientación.¹¹

El abordaje psicosocial es fundamental, enfermería especializada participara en la prevención y rehabilitación de una manera activa y autónoma realizando labores de educación y ayuda para la adquisición de capacidades sociales y personales. Además de reforzar la autoestima a través de terapia de apoyo y enseñar al paciente a vivir con su enfermedad y así alcance la mayor autonomía posible.

Cabe mencionar que también se realizara labor con la familia ya que depende en parte de la relación familiar que el paciente tenga recaídas debido a la hostilidad familiar. (Ver apéndice no. 1)

2.1.5 Aspectos preventivos

-Detección temprana-

La detección oportuna de la esquizofrenia es muy importante para tener un buen pronóstico cuando se desarrolle francamente la enfermedad. Para ello es importante conocer varios aspectos

¹¹ RIGOL, Assumpta y Mercedes Ugalde Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría Ed. Masson 2da. Ed. Barcelona, 2001 p. 306

propios del inicio de la esquizofrenia. Suele aparecer en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, pudiendo interrumpir o irrumpir de diferentes formas la vida del sujeto. Es muy importante estar atento a los siguientes síntomas que indican un inicio de la patología: alteraciones en el pensamiento, cambios en el estado de ánimo, cambios en la conducta, cambios físicos (dificultad para dormir, pérdida de energía) cambios sociales, retraimiento y aislamiento de los amigos y familia. ¹²

Para la detección temprana es necesario que la familia esté al tanto de todos los signos y síntomas característicos de la esquizofrenia, para ello la enfermería especializada en salud mental deberá crear un programa de charlas o educación a la salud en las comunidades como parte de la promoción a la salud y así informar a las familias sobre la detección temprana y oportuna todo en virtud de un tratamiento oportuno y un pronóstico que mejore las condiciones de la vida de un paciente con esquizofrenia. (Ver apéndice no. 2)

2.1.6 Aspectos de rehabilitación

-Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial es el conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar al paciente con esquizofrenia a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad

¹² CLEGHORN, John. Op. Cit. p. 25

de una manera más autónoma y digna, así como el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse.¹³

La rehabilitación psicosocial es una determinada forma de atender a las personas afectadas de un padecimiento mental el cual implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como toda una red de recursos todo orientado a una mayor calidad de vida en condiciones de lo más normal e independientes posibles. (Ver anexo no. 6)

Hablar de rehabilitación psicosocial es hablar de la enfermería especializada como un puente entrelazado al paciente, las redes de apoyo y las familia, donde la participación de la familia es imprescindible pues esta quien le proporcionara todo el apoyo necesario para que dicho paciente pueda readaptarse a su medio social y laboral en el grado de lo posible. La rehabilitación psicosocial es un cambio a la atención integral donde se deberán tomar en cuenta todos los problemas y necesidades de la persona.

¹³ VILA, Juan Activación y Conducta Ed. Alhambra Madrid, 1990 p. 210

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente

-Indicadores de la variable

- Asegurar un medio ambiente de seguridad para el paciente
- Entablar comunicación y crear confianza.
- Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo.
- Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en medida de lo posible.
- Disminuir la conducta inhibida, proporcionando una actividad estructurada dirigida a objetivos.
- Proteger al paciente de tendencia autodestructiva.
- Aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás.
- Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es.
- Permanecer con el paciente si tiene miedo.
- Usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.
- Interrumpir el patrón de alucinaciones del paciente.
- Percatarse de que el paciente este tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás.
- Ministración de psicofármacos.
- Informar al paciente lo que se le va a hacer de forma clara y simple.
- Sujeción gentil y segura del paciente.

3.1.2 Definición operacional (esquizofrenia)

- Conceptos básicos

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que consiste en una alteración del proceso del pensamiento, donde no hay distinción entre lo real y lo irreal.

La esquizofrenia obliga a los pacientes que la padecen a pasar gran parte de su tiempo como en “otro mundo”, escuchando voces dentro de su cabeza que les indica que hacer y que no, mantener conversaciones con esas voces, pueden ver, tocar, gustar e incluso sentir cosas que no existen, no tienen control de sí mismos, se imaginan controlados, observados, por todos los medios. Por lo tanto la esquizofrenia sugiere un desajuste en todos los sentidos en comparación con la realidad y con las circunstancias en las que se encuentran, es decir pueden expresar sentimientos súbitos de ansiedad, estupefacción, tristeza o ira, sin que necesariamente exista un estímulo que lo propicie. Durante esta fase un pequeño porcentaje de ellos puede volverse violento y autodañarse o dañar a otras personas pero la mayor parte se aísla y se mantienen tranquilos e inofensivos.

La etapa inicial de la enfermedad no es muy dramática, el paciente puede mostrarse introvertido y con dificultades para enfrentarse a la familia, la escuela o el trabajo, pueden no tener impulsos, intereses o problemas de concentración.

La Esquizofrenia es un padecimiento muy complejo, tanto que no hay mucha seguridad en el cual es su causa, sin embargo se consideran que participan varios factores.

Algunos médicos consideran que es posible que el cerebro sea incapaz de procesar la información de manera correcta, algunos otros creen que son los sucesos en el medio ambiente de una persona los que pueden desencadenar la esquizofrenia, como problemas durante el desarrollo y en el parto.

La esquizofrenia generalmente comienza antes de los 45 años de edad, los síntomas duran seis meses o más y las personas empiezan a perder su capacidad de socializar y trabajar. Se presenta en proporciones iguales entre hombres y mujeres pero en ella se presentan más tarde.

- Tipos de esquizofrenia

Existen varios tipos de esquizofrenia entre los cuales se encuentran:

Paranoide.- Consiste en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas.

Desorganizada.-Consiste en la presencia del lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, afectividad aplanada.

Catatónica.- Hay una marcada alteración en el aparato psicomotor.

Residual.- Hay afectividad aplanada, pobreza del lenguaje, comportamiento excéntrico y creencias raras.

Esquizofrenia pueden tener una variedad de síntomas ya que se desarrolla lentamente durante meses o años entre los más

característicos se encuentran: problemas para dormir, problemas de concentración, aislamiento, dificultad para la socialización, afectó a prado, comportamiento catatónico, delirios, alucinaciones, pensamiento desordenado.

- Tratamiento

Para el tratamiento de la esquizofrenia se puede necesitar hospitalización para un mejor manejo del padecimiento. Se inicia con la medicación de antipsicóticos que ayudan a controlar los síntomas, se continúa con psicoterapia de apoyo, acompañada de técnicas con vistas como entrenamiento de habilidades sociales.

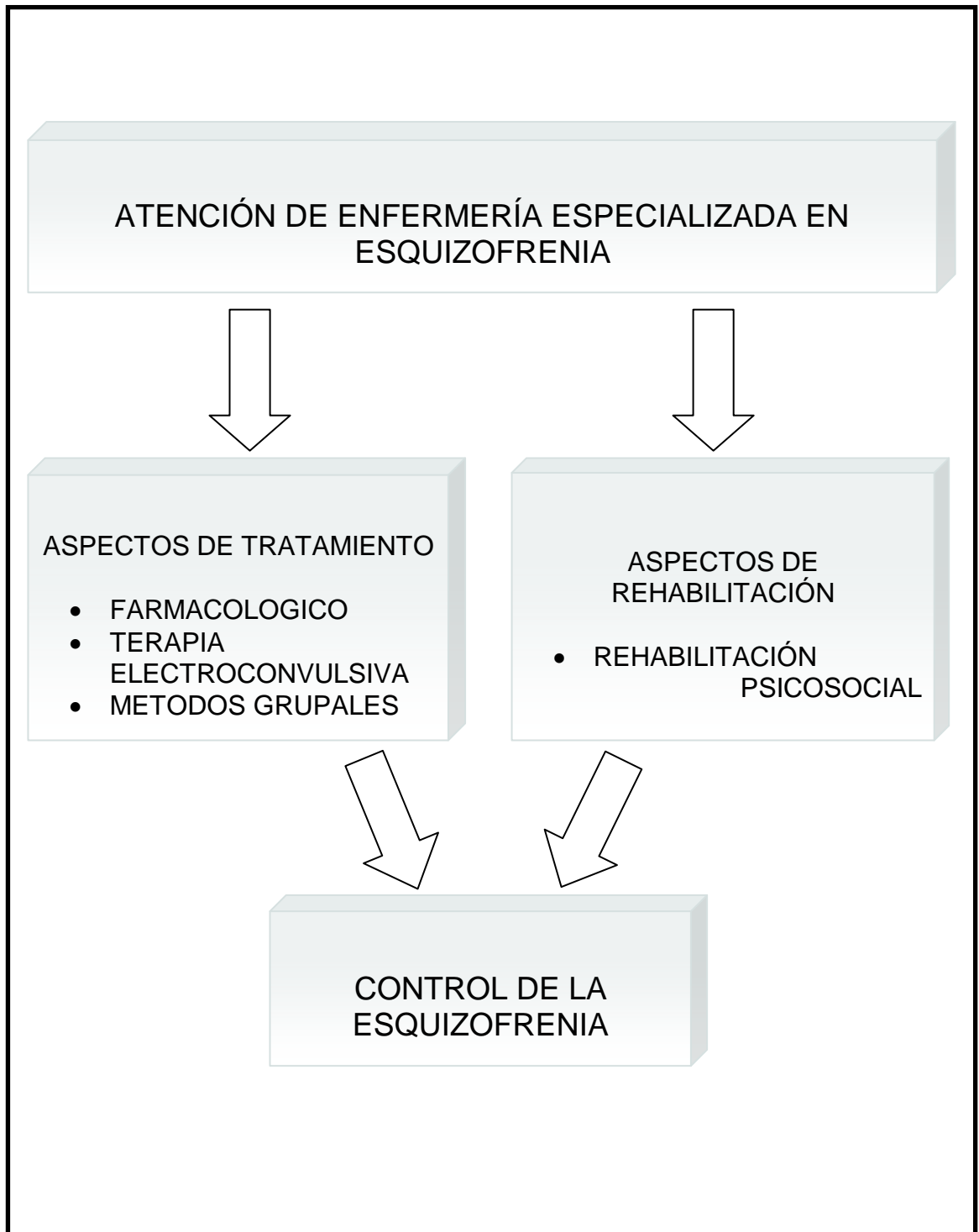
La mayoría de los pacientes esquizofrénicos mejoran con la ministración de los medicamentos y algunos otros tienen un buen control de los síntomas y otra parte experimenta discapacidad funcional y están en riesgo de episodios repetitivos. Se ha comprobado que las personas con esquizofrenia necesitan apoyo en el hogar, rehabilitación ocupacional y otros programas de apoyo comunitario.

Debido a que la esquizofrenia es un padecimiento crónico que cursa con diversas complicaciones y periodos de remisión, es necesario un seguimiento mismo que la enfermería especializada en salud mental puede llevar a cabo. Dicha intervención debe basarse en una valoración completa tanto de las necesidades como de las capacidades del paciente esquizofrénico.

- Intervenciones de Enfermería

La intervención del enfermería especializada debe estar sentada en la prevención y rehabilitación donde puede intervenir de una manera más activa y autónoma, realizando actividades de educación y ayuda para que el paciente recupere sus capacidades sociales y personales, además de aumentar el autoestima mediante terapia de apoyo, conciencia de enfermedad y apoyo a la familia.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de enfermería especializada en salud mental a fin de proponer esta atención con todos los pacientes de la patología de esquizofrenia en el Hospital General de México.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable de la enfermería especializada en salud mental con los pacientes de la patología de esquizofrenia.

Es analítica porque para estudiar la variable de la enfermería especializada en salud mental ha sido necesario descomponer la en sus indicadores básicos.

Es transversal porque esta investigación se hizo en un período corto de tiempo. Es decir en los meses de abril, mayo y junio.

3.2.2 Diseño de la tesina

El diseño de esta investigación documental se ha elaborado tomando los siguientes aspectos:

- Asistencia un seminario taller de elaboración de tesina en la Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de un problema de investigación de enfermería especializada relevante para el enfermería en salud mental.
- Asistencia la biblioteca en varias ocasiones para buscar el marco teórico conceptual y referencial de la esquizofrenia.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina, así como el marco teórico que sustentan la enfermería especializada en salud mental.
- Búsqueda de los indicadores de la variable de la enfermería especializada en salud mental.
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, en glosario de términos y las referencias bibliográficas.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. En cada ficha se anotó el marco

teórico conceptual y en marco teórico referencial, de tal suerte que con las fichas se logró recopilar el pensamiento de los autores y de las vivencias propias de la especialidad.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la enfermera especializada en salud mental en atención de los pacientes con la patología de esquizofrenia en el Hospital General de México.

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Las intervenciones de enfermería especializada en salud mental en la esquizofrenia se prestarán en cuatro áreas principales:

Asistencial:

- Atención especializada e integral realizando los siguientes cuidados de enfermería:
 - Asegurar un medio ambiente de seguridad para el paciente
 - Entablar comunicación y crear confianza.
 - Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo.
 - Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en medida de lo posible.
 - Disminuir la conducta inhibida, proporcionando una actividad estructurada dirigida a objetivos.
 - Proteger al paciente de tendencia autodestructiva.
 - Aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás.
 - Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es.
 - Permanecer con el paciente si tiene miedo.
 - Usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.
 - Interrumpir el patrón de alucinaciones del paciente.

- Percatarse de que el paciente este tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás.
- Ministración de psicofármacos.
- Informar al paciente lo que se le va a hacer de forma clara y simple.
- Sujeción gentil y segura del paciente.

DOCENTE:

- Acciones de orientación y capacitación al paciente y a la familia
- Prevención primaria informando a la población general sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que reducen la incidencia de la enfermedad; así como las posibilidades terapéuticas existentes que ayuden a la integración de las personas afectadas.
- Prevención secundaria informando a los afectados y cuidadores primarios para lograr un mayor conocimiento de su problema, la importancia de su tratamiento y seguimiento.
- La promoción de la salud mental extendiéndose al entorno familiar escolar y laboral analizando los principales factores de riesgo y poniendo y realizando actuaciones con tendencia a mejorar la salud y el bienestar de las personas. A nivel del entorno familiar prestar especial atención a los hijos de pacientes esquizofrénicos previniendo situaciones de abandono o violencia; en el entorno escolar desarrollar estrategias de prevención a través de la información, la

educación sanitaria y la formación de alumnos, padres y profesores, en el entorno laboral incorpora programas de prevención de los trastornos emocionales y promoción de ambientes de trabajo emocionalmente saludables, de acuerdo con empresarios y trabajadores.

- Capacitar a profesionales de Enfermería que se desempeñan en el nivel primario de atención, con el propósito de que desarrollen acciones encaminadas a promocionar la salud mental, prevenir, tratar y reducir los desequilibrios de salud mental en las personas, familias y comunidades.

ADMINISTRATIVO:

- Control y manejo de medicamentos, específicamente de los psicofármacos.
- Manejo del expediente clínico del paciente.
- Otorgar atención de calidad al paciente hospitalizado a través de la evaluación permanente de la enfermería especializada, así como también la evaluación de indicadores de calidad.
- Detección oportuna de las necesidades del paciente en forma integral que requieran atención de enfermería especializada en salud mental.
- Proporciona vigilancia continua de la atención de enfermería brindada al paciente.
- Detección de necesidades de material, equipo, instrumental y otros en los servicios, que permitan una atención oportuna y de calidad al paciente.

- Programar la optimización del recurso de enfermería que favorezca la intervención oportuna hacia las necesidades de los pacientes hospitalizados.

INVESTIGACIÓN:

- Contribuir en la recolección y procesamiento de información para la elaboración de diagnósticos de enfermería especializada en salud mental.
- Ampliar el desarrollo de los programas de educación continua en salud mental y esquizofrenia.
- Elaboración de planes de cuidado y propuestas de trabajo.
- Diseño, elaboración y adaptación de protocolos de valoración de enfermería en salud mental
- Ejecución de investigación encaminada a la conformación de un marco conceptual y metodológico, que permita aplicar criterios fundamentados frente a la gran cantidad de factores que condicionan la salud y calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y en el ámbito de la Enfermería en Salud Mental
- Publicación de las diversas investigaciones científicas que se realicen en torno a la salud mental.

4.2 RECOMENDACIONES

- Realizar un examen mental básico al ingreso del paciente esquizofrénico.
- Pasar el tiempo necesario con el paciente para no crear dependencia aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente.
- Dirigir nuestro interés y cuidado hacia el paciente esquizofrénico en todo momento.
- Prometer al paciente sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista para evitar la desconfianza hacia el personal de enfermería.
- Brindar la oportunidad al paciente para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.
- Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad sobre todo en momentos de angustia y temor.
- Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente procurando que sean los mismos durante su estancia hospitalaria.
- Trabajar con el paciente comenzando con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere es decir, introducirlo lentamente.
- Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicando toda variación de ésta al paciente, para evitar un descontrol en el mismo.

- Proporcionar atención en una forma sincera y con interés cuando el paciente entable comunicación con el personal de enfermería.
- Apoyar al paciente en todos sus logros como en el cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes
- Ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe y se vista.
- Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo).
- Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo cuando sea necesario llamándolo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha.
- Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es, valorando las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de sensopercepción cuando sea necesario en una forma que esté apegada a los hechos.
- Permanecer con el paciente si tiene miedo, tocar al paciente puede resultar terapéutico.
- Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente ya que podría resultar agresivo para él.
- Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo para aumentar la confianza en enfermería.

- Hablar con el paciente de temas concretos y simples en todo momento evitando las discusiones ideológicas o teóricas.
- Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella.
- Usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.
- Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, en una forma breve y simple.
- Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas retirando objetos que pudiera utilizar para hacerse daño ante la presencia de conductas autodestructivas.
- Evaluar cuando el paciente este tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás en respuesta a las alucinaciones auditivas.
- 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 este momento; necesita de nuestra comprensión y apoyo”).
- Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir desde ese punto para su atención.
- Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto.

- Alentar al paciente a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad cuando esta se presente.
- Establecer objetivos realistas marcándolos en corto y largo plazo así como las expectativas cotidianas.
- Hablar de temas sencillos y concretos, no ser evasivos que comprendan lo que se quiera explicar.
- Tener en cuenta que son pacientes fácilmente irritables y excitables por lo que hay q tratar de disminuir los estímulos excitantes del medio, como la música alta o la televisión.
- Evitar conducir al paciente a que crea que sus alucinaciones son reales cuando estas se presenten.
- Evitar conversar con “voces” o de alguna otra forma reforzar la creencia del paciente de que sus alucinaciones son parte de la realidad.
- Comunicar verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos. Evitar la gesticulación, las ideas abstractas y darle oportunidad de elegir.
- Responder verbalmente a todo lo que el paciente hable que sea acorde a la realidad; reforzar su conversación cuando se refiere a la realidad actual.
- Evaluar si el paciente tiene el aspecto de estar alucinando ganar su atención y proporcionar una conversación o una actividad concreta de interés.
- Mantener una conversación con temas sencillos y básicos para proporcionar una base en la realidad.

- Brindar la posibilidad de llevar a cabo actividades fáciles de ejecutar y con cumplimientos realistas (por ejemplo, proyectos de tejido o de fabricación de objetos de artesanía).
- Utilizar si el paciente lo tolera, medios táctiles (palmear su espalda) en una forma que no parezca una amenaza, a fin de darle también una base de apoyo en la realidad; permitirle también que toque el brazo o la mano de la enfermera.

5.- ANEXOS Y APENDICES

ANEXO NO. 1: SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE CADA TIPO DE ESQUIZOFRENIA

ANEXO NO. 2: LAS ALUCINACIONES VISUALES.

ANEXO NO. 3: FARMACOS ANTIPSICÓTICOS

ANEXO NO. 4: EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS NEUROLÉPTICOS

ANEXO NO. 5: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

ANEXO NO. 6: CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

APENDICE NO. 1: TERAPIA DE GRUPO

APENDICE NO. 2: EDUCACIÓN A LA SALUD

ANEXO No. 1

SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE CADA TIPO DE ESQUIZOFRENIA

Tabla 1	SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE CADA TIPO DE ESQUIZOFRENIA.
<p>Tipo catatónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trastornos motores <input type="checkbox"/> estupor <input type="checkbox"/> negativismo <input type="checkbox"/> rigidez <input type="checkbox"/> excitación <input type="checkbox"/> incapacidad para cuidar de sus necesidades personales <input type="checkbox"/> disminución de la sensibilidad al estímulo doloroso 	
<p>Tipo paranoide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pensamientos delirantes de persecución o de grandiosidad <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> rabia <input type="checkbox"/> violencia <input type="checkbox"/> argumentativo 	
<p>Tipo desorganizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> incoherencia (no se puede entender) <input type="checkbox"/> comportamiento regresivo <input type="checkbox"/> afecto plano <input type="checkbox"/> delirios <input type="checkbox"/> alucinaciones <input type="checkbox"/> risa inapropiada <input type="checkbox"/> manierismos <input type="checkbox"/> aislamiento social 	
<p>Tipo indiferenciado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> puede tener síntomas de más de un subtipo de esquizofrenia 	
<p>Tipo residual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> los síntomas prominentes de la enfermedad han desaparecido pero aún persisten ciertas rasgos como las alucinaciones y la falta de afecto 	
<p><small>Fuente: MedlinePlus Enciclopedia Médica: Esquizofrenia. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm</small></p>	

FUENTE: MedlinePlus Enciclopedia Médica: Esquizofrenia.
http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/11/08_analisis/08_analisis_introduccion.htm p. 4

ANEXO No. 2
LAS ALUCINACIONES VISUALES.



FUENTE: Adsofthewordl.com

http://adsoftheworld.com/media/ambient/schizophrenia_awareness_mirror_p.1

ANEXO No. 3
FARMACOS ANTIPSICOTICOS

NEUROLÉPTICO	NOMBRE COMERCIAL
Clorpromacina	Largactil
Trifluoperacina	Siquil
Levopromacina	Sinogán
Tioridacina	Meleril
Perfenacina	Decentan
Haloperidol	Haloperidol
Pimocide	Orap
Clotiapina	Etumina
Clozapina	Leponex
Loxapina	Desconex
Tiotixeno	Navane
Sulpiride	Dogmatil

FUENTE: BOBES. Julio. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica Ed. Síntesis Madrid, p. 125

ANEXO No. 4
EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS NEUROLÉPTICOS

SINTOMAS A CORTO PLAZO	SINTOMAS A LARGO PLAZO
<p>Extrapiramidales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distonias agudas • Acatisia (inquietud, movimientos, piernas) • Parkinsonismo <p>Vegetativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visión borrosa • Estreñimiento • Retención urinaria • Taquicardia • Sequedad de boca <p>Cardiacos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del ritmo • Hipotensión <p>Endocrinos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Galactorrea • Amenorrea • Impotencia <p>Psíquicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Pasividad/Desinterés • Cuadros confusionales 	<p>Extrapiramidales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discinesia tardía <ul style="list-style-type: none"> - Movimientos orolinguo-faciales (chupeteo - parpadeo) - Movimientos coreiformes de extremidades y tronco - Movimientos bruscos de hombros - Inclinación hacia delante de pelvis: balanceo

ANEXO No. 5
TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



FUENTE: GIMÉNEZ, Vicens. Salud - Aplicación de terapia electroconvulsiva

http://www.elpais.com/articulo/salud/rehabilitacion/electrochoque/elpepu/20030311elpepissal_1/Tes p. 1

ANEXO No. 6
CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



FUENTE: Centros de rehabilitación psicosocial “Hermanas Hospitalarias”

http://www.hospitalariasmadrid.org:8080/hospitalarias/opencms/hospitalarias_lhrb/centros/aranjuez-madrid/index.html

APENDICE NO. 1 TERAPIA DE GRUPO



FUENTE: GONZÁLEZ A, Raúl. Terapia de grupo. Centro Comunitario de Salud Mental México, Octubre 2005

APENDICE NO. 2
EDUCACIÓN A LA SALUD



FUENTE: Misma del apéndice no. 1

6.- GLOSARIO DE TERMINOS

ABULIA: Se refiere a la falta de voluntad, a la incapacidad para persistir o realizar una actividad. En otras palabras es la sensación plena de desanimo y pérdida total de ánimo, de motivación que produce descontento interno en la persona que lo sufre de manera vital para sí mismo, en su persona, es decir no se siente nada no lo afecta ninguna cosa ni positiva ni negativa.

AFFECTIVIDAD: (aplanada) Se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial de la persona, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Para determinar si éste es lo suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con los otros.

ALOGIA: Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal, en el que se observan réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla), y donde a veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

ALUCINACIÓN: Es una percepción física de un estímulo externo que una persona cree o asegura sentir como real aunque esto no sea posible verificarlo simultáneamente para otros testigos

presentes en el lugar y orientados en la supuesta dirección del estímulo.

AMBIENTE: Es el entorno que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto. Comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, que influyen en la vida del ser humano y en las generaciones venideras.

ANHEDONIA: Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos.

ANSIEDAD: Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

ASEO: Es el acto, generalmente autónomo, o asistido que un individuo realiza o le es realizado para mantenerse limpio y libre de impurezas de la parte externa de su cuerpo. El aseo es de gran importancia en la prevención de muchas clases de infecciones.

AUTODESTRUCTIVA: Comprende todas las conductas orientadas hacia la autodestrucción, indirecta o directa, del propio individuo o grupo. De esta manera la tendencia autodestructiva es la conducta orientada hacia el suicidio ya sea en forma consciente o inconsciente.

AUTOESTIMA: Es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros.

AUTOLESIVO: Se define como una conducta autodestructiva que causa daño tisular directo. Esta conducta no tiene la intención de causar la muerte y las lesiones no son tan extensas o severas como para constituir un daño letal. Dicha conducta puede presentarse eventualmente en padecimientos psiquiátricos como estados depresivos o psicóticos.

CATATONIA: Es un estado físico y psíquico, se define desde una crisis hasta un trastorno, dependiendo del tiempo que dure, ya que puede durar desde unas horas, hasta meses. O simplemente puede presentarse en variaciones o intervalos en la vida de una persona que tiende a la catatonia (esquizofrénico catatónico).

COMUNICACIÓN: La comunicación es un proceso de interrelación entre dos o más personas donde se transmite una información

desde un emisor que es capaz de codificarla en un código definido hasta un receptor el cual decodifica la información recibida, y así se logra una conversación.

CONDUCTA: Es el conjunto de comportamientos observables en una persona a nivel de cuerpo, mente y mundo externo y es además la manera que tiene de reaccionar un individuo cuando ocurre alguna alteración en su medio ambiente que le afecta, o dentro de su organismo.

CONFIANZA: Es la actitud o creencia en que una persona o grupo de personas sea capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones.

DELIRIO: Es una confusión severa y repentina, así como cambios rápidos en la función cerebral, que ocurren con enfermedad física o mental por lo general, es temporal y reversible. Muchos trastornos lo causan, incluyendo las afecciones que privan al cerebro de oxígeno o de otras sustancias.

DESPERSONALIZACIÓN: Se la ha llamado también vivencia de la disolución del yo y, por otros, vivencia de la destrucción de la personalidad; su núcleo está en las sensaciones de no ser yo mismo o estar cambiado que tiene el enfermo. En ella el enfermo a través de las alteraciones de sus mecanismos psíquicos se ve a sí

mismo y a las cosas «distinto» de antes, pero aún se identifica correctamente.

DESREALIZACIÓN: Consiste en una alteración de la percepción, de tal modo que la persona experimenta una percepción del mundo externo, del mundo que le rodea, de tal forma que le parece desconocido, extraño e incluso puede llegar a parecerle irreal. La persona tendría la sensación de estar alucinando o soñando.

EMBOTAMIENTO: Trastorno caracterizado por la ausencia de reacciones afectivas significativas, incluso ante circunstancias biográficas de trascendencia para el individuo. Se produce típicamente en la psicosis esquizofrénica, pero también puede deberse a alteraciones psíquicas derivadas de la edad, a una enfermedad o a acontecimientos vitales graves.

ESQUIZOFRENIA: Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

ESTADO MENTAL: Es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

ESTEREOTIPIAS: Son conductas motoras repetitivas de alta frecuencia, que no parecen tener un propósito aparente. Se dan en un gran porcentaje de deficientes mentales y están relacionadas, en la mayoría de los casos, con un bajo nivel de respuesta respecto del medio.

ESTUPOR: Es una falta profunda de respuestas, se trata de un conjunto de síntomas, cuyo principal elemento es una reducción o ausencia de las funciones de relación (habla y motilidad). Produce impresión de distanciamiento y pueden estar involucradas tanto la actividad espontánea como la reactiva.

FLEXIBILIDAD: (cérea) Síntoma característico del estado catatónico, que consiste en la exageración del tono de la postura. Los músculos al ser movidos pasivamente parecen adquirir plasticidad y el cuerpo puede conservar durante largo tiempo actitudes, incluso violentas, sin que se presente fatiga.

HIPERSINECIA: Es un trastorno de la conducta que se caracteriza por una excesiva actividad muscular (hiperactividad) tal como intranquilidad, agresividad y actividad destructiva. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

HIPOCONDRIA: Es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca está constantemente

sometida a un análisis minucioso y preocupado de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica.

INHIBICIÓN: Es la condición de interrupción o perturbación de alguna respuesta del curso normal de las actividades corporales o psíquicas (pensamiento, conducta, movimiento, etc.) por diversas causas, como miedo, sentimiento de culpabilidad, de inferioridad, etc.

IRA: Se define como una emoción caracterizada por un alto nivel de actividad del sistema nervioso simpático y por fuertes sentimientos de desagrado, desencadenados por un agravio, real o imaginario. La ira suele ir acompañada de un impulso de venganza, que se expresa en agresión.

LAXITUD: Defecto de tensión y de resistencia de un tejido o de una formación anatómica donde la función es sensible o soportada. En cuanto al lenguaje se refiere la laxitud implica falta de fuerza, severidad y disciplina en el proceso del discurso.

LENGUAJE: (desorganizado) Es descrito como una de las características esenciales de la esquizofrenia, que en sujetos con esquizofrenia comúnmente se observa tangencialidad y laxitud en el discurso. Existen problemas en todas las acciones orientadas hacia un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana.

MANIA: Es un trastorno mental consistente en una elevación anómala del estado anímico. Forma parte de los trastornos del ánimo, constituyendo una de las fases del llamado trastorno bipolar. Un episodio maníaco se caracteriza principalmente por una modificación del humor de la persona.

NEUROLEPTICO: Es un fármaco que ejerce modificaciones fundamentalmente en la actividad psicomotora y que generalmente (en dosis terapéuticas) no presenta efectos hipnóticos. Es un fármaco que actúa en el cerebro y que puede servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones.

NEUROTRANSMISOR: Es una biomolécula, sintetizada generalmente por las neuronas, que se vierte, a partir de vesículas existentes en la neurona presináptica, hacia la brecha sináptica y produce un cambio en el potencial de acción de la neurona postsináptica. Los neurotransmisores son por tanto las principales sustancias de las sinapsis.

PARANOIA: Es un término psiquiátrico que describe un estado de salud mental caracterizado por la presencia de delirios. Más específicamente, puede referirse a un tipo de sensaciones angustiantes, como la de estar siendo perseguido por fuerzas incontrolables o ser el elegido para una alta misión, como la de salvar al mundo.

PERSONA: Es un ser racional y consciente de sí mismo, un individuo humano concreto poseedor de una identidad propia que abarca tanto sus aspectos físicos como psíquicos, un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y que está en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio.

POMPOSIDAD: Cualidad de lo ostentoso, magnífico, grave y autorizado. Dentro del campo de la psiquiatría se refiere al lenguaje excesivamente adornado y aparatoso, con corrección y eficacia embelleciendo la expresión de los conceptos.

PSICOFARMACO: Principio activo con acción farmacológica sobre los procesos mentales y que modifica la actividad psíquica. En general, término aplicable a cualquier sustancia que afecta la mente. Sustancia química capaz de modificar el psiquismo normal o patológico.

PSICOTERAPIA: Es un proceso de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales. Mediante el análisis, la reflexión y los "rituales o tareas" se pretende una recuperación del significado y el goce de vivir.

REHABILITACIÓN: Es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y

limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud.

SEGURIDAD: Es el conjunto de normas preventivas y operativas, con apoyo de procedimientos, programas, sistemas, y equipos de seguridad y protección, orientados a neutralizar, minimizar y controlar los efectos de actos ilícitos o situaciones de emergencia, que afecten y lesionen a las personas y los bienes que estas poseen.

SENSOPERSEPCIÓN: La capacidad sensorio-perceptiva pertenece a todos los seres humanos. Es la capacidad de conectarse, de internalizar e interaccionar con el mundo externo, el propio cuerpo y el cuerpo de los demás. Es la conciencia de la propia corporeidad, así como simbolismo y conciencia de los objetos exteriores, de todo lo que acontece en el exterior del yo.

SICOSIS: Es un término general es un trastorno que se refiere a la pérdida de contacto con la realidad, incluyendo particularmente delirios (ideas falsas acerca de lo que está sucediendo y la identidad de la persona) y alucinaciones (ver o escuchar cosas que no están).

SUJECIÓN: Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. En esta era de preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad.

TANGENCIALIDAD: Es una forma de dar respuestas evasivas o irrelevantes, propia de los pacientes con esquizofrenia que consiste en la disgresión marcada y sostenida del lenguaje, de modo que la conversación no llega a la finalidad perseguida.

TERAPIA: (electroconvulsiva) Es un procedimiento ampliamente utilizado en la psiquiatría moderna como tratamiento de diversas enfermedades psiquiátricas. El tratamiento se realiza bajo un breve control anestésico, con miorelajación, ventilación artificial y mediante uso de la estimulación eléctrica con aparatos computadorizados modulares que monitorizan electroencefalográficamente la ligera convulsión inducida por una onda de pulsos breves.

TERAPIA OCUPACIONAL: Es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales.

TERAPIA RECREATIVA: Tipo de terapia que usa actividades para ayudar a cumplir con las necesidades físicas y emocionales de los pacientes con una enfermedad o discapacidad, y los ayuda a desarrollar habilidades para la vida diaria. Estas actividades incluyen artesanías, música, pasar tiempo con animales, deportes y teatro.

TRASTORNO PSICOMOTRIZ: Consiste en una incapacidad del individuo para inhibir o detener sus movimientos y su emotividad, más allá del periodo normal de oposición o inconformidad por alguna situación. Asume dos formas; una en la que predominan los trastornos motores particularmente la hiperactividad y los defectos de coordinación motriz; y otra donde se muestra con retraso efectivo y modificaciones de la expresión Psicomotriz.

TRATAMIENTO: Proceso que utiliza fármacos y otro tipo de medidas terapéuticas para que una persona con una enfermedad consiga controlar los síntomas de la enfermedad y aprenda a vivir con sus limitaciones. El tratamiento de la esquizofrenia suele estar dirigido por un psiquiatra y en el mismo participan también un amplio grupo de profesionales, familiares y amigos.

VEHEMENCIA: Es un síntoma característico de los pacientes esquizofrénicos donde actúan de una manera irreflexiva, dejándose llevar por sus impulsos efusivos o agresivos. Se presentan generalmente durante un periodo de brote psicótico.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIAS, Fernando. Lecturas para el curso de Metodología de la Investigación Edit. Trillas México 1996 267 pp.

BERNABEU, María Dolores. Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental Edit. Instituto Monsa Barcelona 2000 408 pp.

BERNAL, Cesar. Metodología de la Investigación: para administración y economía, humanidades y ciencias sociales Edit. Pearson 2da. Edic. México 2006 286 pp.

BOBES, Julio. Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica Edit. Síntesis. Madrid 1999 711 pp.

CLEGHORN, John. Enfermedades Mentales Edit. El Manual Moderno Bogotá 1993 184 pp.

DE CANALES, Francisco y Cols. Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud Edit. OPS Limusa México 1986 327 pp.

FERNANDEZ, Emilio. Guía Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia Edit. Ars Medica Barcelona 2001 181 pp.

FORNÉS, Joana. Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica: Planes de Cuidado Edit. Medica Panamericana. Madrid-México 2005 292 pp.

GARCÍA, Alfredo. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica Edit. Plaza y Valdés México 1996 276 pp.

GARCÍA, Horacio y Alfredo González. Metodología de la Investigación Edit. McGraw-Hill México 1999 113 pp.

GOLDMAN, Haward, Psiquiatría General Edit. El Manual Moderno 4ta. Edic. México 1996 682 pp.

GRAU, Arturo. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia Edit. McGraw-Hill 4ta. Edic. México 2006 850 pp.

HALES, Robert, Stuart Yudofsky. Sinopsis de Psiquiatría Clínica Edit. Masson Barcelona-México 2000 1105 pp.

HERNANDEZ, Roberto y Cols. Metodología de la Investigación Edit. McGraw-Hill 4ta. Edic. México 2006 850 pp.

KAPLAN, Harold, Benjamín Sadock Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica Edit. Medica Panamericana 8va. Edic. Madrid 1999 1589 pp.

LEE, Karen Fundamentos esenciales de Enfermería en Salud Mental Edit. Interamericana. México 1993 803 pp.

LÓPEZ-IBOR, Juan José y Cols. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Edit. Masson Barcelona 2002 1049 pp.

MEJIAS, Francisco Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental Edit. Difusión Avances de Enfermería. Madrid 2000 590 pp.

MORRISON, Michelle. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental Edit. Harcourt Brace. Madrid 1999 522 pp.

NAGHI, Mohammad. Metodología de la Investigación en Administración, contaduría y Economía Edit. Limusa México 1984 531 pp.

NOVEL, Gloria y Cols. Enfermería Psicosocial y Salud Mental Edit. Masson. México 2000 333 pp.

PEREZ, Ramón. Metodología de la Investigación Científica Edit. Trillas México 1991 109 pp.

REBRACA, Louise Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental: Conceptos básicos Edit. Medica Panamericana. 6ta. Edic. México 2007 647 pp.

RIGOL, Assumpta, Mercedes Ugalde. Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica Edit. Masson. 2da. Edic. Barcelona 2001 403 pp.

SALIN-PASCUAL, Rafael. Psiquiatría en Medicina Interna Edit. Masón 5ta. Edic. México 2003 361 pp.

SCHOEN, Barbará. Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica: adaptación y crecimiento Edit. McGraw. 4ta. Edic. Madrid-México 1999 120 pp.

TAMAYO, Mario. Metodología Formal de la Investigación Científica Edit. Limusa México 1997 159 pp.

TORO, Ricardo José. Psiquiatría Edit. Corporación para la investigación biológica 3era. Edic. Medellín 1997 405 pp.

VALLEJO, Joaquín. Introducción a la Psicopatología y la psiquiatría Edit. McGraw-Hill 4ta. Edic. Barcelona 2002 970 pp.

ZORRILLA, Santiago Introducción a la Metodología de la Investigación Edit. Océano. México 1985 372 pp.