

Cuidado del paciente con alteraciones en la salud mental

Care of mental health patients with alterations

Constanza Forero Pulido*

Resumen

La Salud Mental: El concepto de Salud Mental es, en gran medida, valorativo, varía según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. Es una realidad simbólica, construida cultural e históricamente en la propia interacción social

Para Organización Mundial de la Salud, es “Aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social”.

El cuidado de enfermería enfocado a la salud mental tiene varios objetivos que han sido propuestos por diferentes autoras. Para Joyce Travelbee el compromiso de la enfermera es: afrontar y readaptar las experiencias de estrés, para encontrar un significado a la enfermedad y al sufrimiento. Según Callista Roy el cuidado busca obtener la adaptación del individuo a su entorno, con respuestas positivas o negativas.

Otras autoras hacen énfasis en la valoración de la salud mental, como Betty Neuman quien propone estudiar las respuestas de las personas antes factores de estrés reales o percibidos. Madeleine Leininger busca identificar los valores y creencias

Se hará énfasis en el estrés como el eje del cuidado de personas con alteraciones en la salud mental, teniendo en cuenta que la reacción depende de cada persona ya que una misma situación causa reacciones diferentes en cada sujeto.

Palabras claves

Alteración, salud mental, estrés, consciencia.

Abstract

Mental Health: The concept of mental health, is in great part, value based, it varies according to the social representations and the dominant scientific paradigms in each culture and historical period. It is a symbolic reality, culturally and historically constructed in the actual social interaction

For the World Health Organization, it is “That state which is subject to fluctuations, originating in biological and social factors in which the individual finds him/her-self in conditions where they can obtain a satisfactory synthesis of their instinctive tendencies, potentially antagonistic, so as to form and maintain harmonious relationships with others and to be able to participate constructively in the changes that may come about in their physical and social environment”.

Nursing care focused on mental health has various objectives that have been proposed by different authors. For Joyce Travelbee the commitment of the nurse is: face and re-adapt stress experiences, to find a meaning to the illness and suffering. According to Callista Roy

the care seeks to obtain the adaptation of the individual to their surroundings, with positive or negative results.

Other authors emphasize valuing mental health, such as Betty Neuman who proposes studying people's responses facing real or perceived stress factors. Madeleine Leininger is looking to identify values and beliefs.

Emphasis will be made on stress as the hub of care for people with mental health alterations, taking into account that the reaction depends on each person since the same situation causes different reactions in each subject.

Key Words

Alteration, mental health, stress, conscience.

El estrés

El estrés es un conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales del organismo ante estímulos o situaciones que se perciben como una amenaza o peligro para la integridad física y psicológica.

Respuestas fisiológicas. El sistema nervioso se divide en dos partes:

- *El sistema nervioso sensoriomotor*, llamado también voluntario, rige músculos y órganos de los sentidos; se puede hacer actuar desde la voluntad consciente, para tensar o relajar, moverse o estar en reposo.

- *El sistema nervioso autónomo o vegetativo* regula los sistemas orgánicos internos; funciona independientemente de la voluntad y es el responsable de controlar las acciones frente al estrés.

Este último sistema se subdivide, a su vez, en los sistemas simpáticos y parasimpáticos, y la salud y bienestar dependen del equilibrio de ambos.

- *El sistema simpático* crea estímulos en el cuerpo para prepararlo para la acción (acelera el corazón y hace que el hígado libere energía

en forma de nutrientes para que los músculos lo aprovechen). Gran parte de este accionar se debe a la hormona adrenalina, segregada por la glándula suprarrenal, que es la responsable de todos los acontecimientos que se desarrollan en situaciones de estrés.

- *El sistema parasimpático* es todo lo contrario: prepara el cuerpo para el reposo (enlentece el corazón y hace que el hígado acumule energía y nutrientes).

Fases del estrés

Ante un agente estresante, es posible observar diferentes fases:

- *Fase de alarma:* prepara el cuerpo para la acción: se identifican respuestas fisiológicas como taquicardia, sudoración, dolor en epigastrio y aumento de la fuerza muscular entre otras.

- *Fase de adaptación:* reequilibra el cuerpo hacia la relajación o reposo. Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo, si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuesta, debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés; si el estímulo persiste, se avanza a la fase siguiente.

- *Fase de fatiga:* cuando persiste el estímulo, el organismo no logra recuperarse, haciendo que el cuerpo se agote, de ahí que aparezcan el cansancio y la fatiga física y mental.

- *Fase de agotamiento:* la disminución progresiva de la capacidad del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro, con pérdida importante de las capacidades fisiológicas, y con ello sobreviene la fase de agotamiento, en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus posibilidades de adaptación e interrelación con el medio.

*Enfermera, magíster en salud pública, profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. cforero@tone.udea.edu.co

Valoración

Para el cuidado de los pacientes con alteraciones en la salud mental, se requiere hacer una valoración fundamentada en la entrevista y observación del comportamiento del paciente. Siempre que sea posible, los datos deben ser validados. Lo primero que se debe tratar de identificar es qué le genera estrés. Recordar que los prejuicios o actitudes personales pueden alterar las percepciones y afectar a la objetividad de las observaciones

Se pretende señalar algunos aspectos que se deben tener en cuenta para identificar los problemas de estrés en los pacientes:

Actitud: se valora de acuerdo con el aspecto físico, la posición del paciente, la presentación personal y el nivel de contacto que se consigue establecer. Se necesita observar la expresión facial y el modo de hablar

Conducta: está determinada por los movimientos del cuerpo para identificar la excitación o inhibición sicomotora. También se pueden encontrar en el paciente, como manifestaciones de alteraciones mentales, el negativismo, la obediencia automática y las estereotipias.

Conciencia: el contenido de la conciencia representa la suma de las funciones mentales intelectuales y afectivas. Se determina en el paciente de acuerdo con el conocimiento del mundo que lo rodea, de su cuerpo y de sus propias vivencias. Se valora observando la cantidad de estímulos necesarios para movilizarlo. Se puede identificar en el paciente la sensación de no ser uno mismo o despersonalización, o la desrealización cuando el mundo le es extraño, como quieto sin vida. En algunos pacientes se encuentran situaciones como: hipervigilia, letargia, obnubilación, estupor, y coma

Orientación: se considera la capacidad de precisar los datos sobre el ambiente y sobre sí mismo; se entiende como la posibilidad del paciente de ubicarse consciente y mentalmente en un lugar y momento concreto. Implica saber

quién es, dónde está, y en qué fecha, lugar y hora se encuentra.

Atención: se refiere al esfuerzo en centrarse en un determinado estímulo más importante, haciendo caso omiso de los otros. Se centra en la capacidad de la persona para prestar atención durante la conversación. Se puede encontrar en la persona con estrés inatención y distraibilidad

Sensopercepción: se considera como la transmisión de estímulos físicos desde los órganos receptores hasta el cerebro. Se pueden identificar respuestas disminuidas, exageradas, distorsionadas o deteriorada a los estímulos. Las personas con problemas de salud mental pueden tener dificultades para percibir la misma realidad que el resto. Por ejemplo, el paciente puede oír voces o ver cosas que otras personas no perciben. Se consideran *ilusiones* cuando el objeto real se percibe en forma equivocada, *alucinaciones* cuando la percepción no se puede identificar con un objeto real, *seudoalucinaciones*, si la percepción sin objeto responde a vivencias imaginadas que aparecen en el espacio interno del paciente y la impresión de presencia es la sensación de tener a alguien próximo.

Memoria: capacidad para recordar experiencias y percepciones pasadas. Se considera amnesia cuando hay ausencia de recuerdo. Es necesario evaluar las tres categorías: memoria inmediata, reciente y remota.

Proceso del pensamiento: se refiere a la forma del pensar: “cómo” piensa, cómo conecta y organiza la información. Se explora la capacidad para manejar conceptos, la manera como el paciente habla, acerca de “qué” piensa. El paciente puede presentar alteraciones manifestadas en el curso de las ideas o en la espontaneidad del flujo verbal, y no en su elaboración, y tienen su máxima expresión en el delirio. Los principales trastornos son: inhibición del pensamiento, aceleración del pensamiento y fuga de ideas. Las alteraciones se pueden describir como: depresiva (delirio hipocondríaco, de ruina y de culpa); persecutoria física y psíquica; mística y de posesión; megalomaniaca o de grandeza; celotípica y erótica.

La afectividad: se evalúa por medio de las emociones y los sentimientos. Se identifican los problemas en la comunicación; en el tono se pueden describir como: placenteras, agradables, displacenteras, desagradable. En el contexto se presenta como adecuadas cuando coincide con las situaciones reales o inadecuadas si no coinciden con las circunstancias.

En cuanto a la adecuación en el contexto, se identifican algunas características de la afectividad en la persona con estrés:

Labilidad: cuando la persona presenta cambios rápidos que no pueden ser entendidos en el contexto. Tristeza. Cuando traspasa los límites de la aflicción normal. **Hiperreactividad:** si la respuesta del paciente es adecuada pero desproporcionada. Ansiedad, temor frente a un peligro no real; euforia, si la alegría se identifica superada en intensidad; indiferencia, disminución de los sentimientos ante un estímulo externo; anhedonia, incapacidad de experimentar placer.

Juicio: capacidad de medir las consecuencias de sus actos, de solucionar los problemas; facultad de adaptarse a juzgar y razonar bien. Se valora con pruebas de comparación y diferenciación y se identifica si hay problemas en la introspección, considerada como el grado de conciencia y de comprensión del paciente sobre el hecho de sentirse enfermo, y en la prospección, la capacidad de planear las actividades en un futuro inmediato.

Diagnósticos de enfermería

De acuerdo con la valoración realizada, se presentan los posibles diagnósticos que se pueden utilizar para enfocar el cuidado de enfermería. Las etiquetas que se presentan están relacionadas con el estrés.

1. *Afrontamiento individual ineficaz* cuando el paciente es incapaz de medir las consecuencias de sus actos y de solucionar los problemas.
2. *Aislamiento social* si el paciente se muestra dependiente, que necesita que lo acompañen para cualquier actividad por lo que tiende a

aislarse.

3. *Alteración de los procesos de pensamiento*, es la incapacidad de ubicarse consciente y mentalmente en un lugar y momento concreto. También cuando se observan trastornos del contenido de la conciencia.

4. *Baja autoestima* es la autovaloración negativa y poco real, la percepción inadecuada de los acontecimientos y actúa de manera inferior mostrando inseguridad y poco control sobre su conducta.

5. *Déficit de actividades recreativas*, es la incapacidad de disfrutar, de poseer sentimientos positivos sobre sí mismo o sobre los demás y de sentir placer. El paciente es incapaz de estar relajado y teme perder el control.

6. *Déficit de conocimientos* acerca de su situación y de los aspectos básicos que le permitan responsabilizarse de su salud. No existe motivación o interés para realizar aprendizajes.

7. *Deterioro de la comunicación*, la persona no es capaz de expresar sentimientos experiencias y necesidades que permitan la posibilidad de satisfacerlas.

8. *Deterioro de la interacción social*, se manifiesta por agresividad o huida, la persona pretende defenderse de un desajuste interno o del entorno amenazante.

9. *Deterioro de la adaptación*, incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

10. *Riesgo de automutilación* o de presentar una conducta autolesiva para aliviar la tensión.

11. *Síndrome de interpretación alterada del entorno* es la respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los estímulos.

12. *Sufrimiento espiritual* cuando las emociones y sentimientos son displacenteros y carece de significado y propósitos la vida.

13. *Trastorno de la memoria* es la incapacidad

de utilizar la memoria para almacenar nuevos dato y evocar los adquiridos.

14. Trastorno de la percepción sensorial cuando la percepción de estímulos físicos en el cerebro está alterada, la respuesta a estos estímulos es disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada

Planificación de cuidados de enfermería

Para lograr un buen cuidado y disminuir el estrés en el paciente, se debe plantear el cumplimiento de cuatro objetivos así.

Objetivo 1: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y roles de la vida cotidiana. Las intervenciones recomendadas son:

- Ayudar a la persona a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar a la persona a identificar la información que más le interese obtener.
- Alentar una actitud de esperanza como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando la persona se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Animar a la persona a desarrollar relaciones.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Reconocer la experiencia espiritual y cultural del paciente.
- Indagar las razones de la persona para su autocritica.
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Favorecer situaciones que fomenten la

autonomía de la persona.

- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar a la persona a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Instruir a la persona en técnicas de relajación, si resulta necesario.

Objetivo2: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

- Explicar todos los procedimientos, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con la persona para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda y cuello.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir a la persona sobre el uso de técnicas de relajación.

Objetivo 3: disminución de la ansiedad del paciente que experimenta estrés agudo.

- Mantener contacto visual con el paciente.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
- Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.

- Acariciar la frente, si procede.
 - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
 - Identificar a los seres queridos cuya presencia puede ayudar al paciente.
 - Reafirmar al paciente en su seguridad personal.
 - Permanecer con el paciente.
 - Utilizar la distracción, si procede.
 - Frotar la espalda, si procede.
 - Ofrecer un baño o ducha caliente.
- Objetivo 4:** manipular el entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
- Limitar las visitas, si es del gusto del paciente.
 - Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
 - Determinar las fuentes de incomodad, como vendajes mojados o constrictivos, posición de la sonda, de la bala de oxígeno, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
 - Proporcionar una cama limpia y cómoda.
 - Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
 - Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
 - Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
 - Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
 - Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.

- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).

Evaluación

Esta es la última fase del proceso de atención de enfermería. En ella se determina el grado de objetivos alcanzados, y los resultados del plan de cuidados.

Esta fase puede dar lugar a nuevas necesidades o a la eliminación de otras anteriores, lo que nos obliga a plantear nuevos objetivos, diagnósticos y cuidados. Los parámetros de evaluación serían los siguientes:

- Control del riesgo
- Conocimiento sobre la capacidad de sí mismo
- Capacidad de interacción social
- Percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales
- Uso de las actividades de ocio o relajantes, de cara a fomentar el bienestar
- Capacidad para recibir, interpretar y expresarse verbalmente, por escrito y con mensajes no verbales.
- Conocimiento y comprensión de su situación
- Disponibilidad para recibir ayuda segura de otras personas.
- Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.
- Aceptación de su estado de salud
- Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir

- Control de la ansiedad
- Capacidad de superación en las situaciones difíciles
- Capacidad de utilizar la memoria
- Respuesta acorde con las situaciones

Bibliografía

Aclely B, Ladwing G. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2006. p. 657-658, 1205-1206

Fornes Vives, Joana (Autor) Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados Argentina : Medica Panamericana, 2005. 292 p

Rigol Cuadra, Assumpta Ugalde Apalategui, Mercedes Enfermería de salud mental y psiquiátrica. - 2. ed. España: Masson, 2001. 403p

Shives, Louise Rebraca : Enfermera psiquiátrica y de salud mental : conceptos básicos. - 6. ed. España McGraw-Hill Interamericana, 2007. 647p

Paciente pediátrico politraumatizado

Poly-traumatism in Pediatric Patients

Jorge Horacio Piedrahita Orrego*

Resumen

La palabra traumatismo significa lesión de extensión, intensidad y gravedad variable que puede ser producido por diferentes agentes químicos, físicos, síquicos, medioambientales y de forma accidental o intencional.

El termino politraumatismo define la existencia de dos o mas traumas incidiendo sobre la misma persona.

El trauma no es un evento aleatorio, sino que está asociado con una serie de eventos predecibles. Una variedad de factores demográficos y ambientales relacionados con la edad, sexo, localización geográfica y condición socioeconómica, aumentan el riesgo para lesiones traumáticas. Desde el nacimiento hasta los 14 años hay una distribución bimodal en la tasa de mortalidad por trauma entre escolares y adolescentes reflejando la vulnerabilidad relacionada con el desarrollo psicomotor. Los preescolares y lactantes están en un mayor riesgo de lesiones infringidas debido a la talla pequeña y a la incapacidad para protegerse a sí mismos. En los adolescentes el aumento del riesgo está dado por la búsqueda de situaciones o conductas de riesgo como la conducción de vehículos, consumo de drogas ilícitas y alcohol.

Palabras claves: paciente pediátrico, trauma, politraumatismo

Abstract

The Word traumatism means severe lesion,

intensity and severity being variables that are influenced by chemical, physical, psychic, environmental agents or by accident or intentionally.

The term poly-traumatism defines the existence of 2 or more traumas in one person.

Trauma is not a random event; instead it is associated with a series of predictable events. A variety of demographic and environmental factors related to age, gender, geographic location and socio-economic condition, increase the risk of traumatic lesions. From birth to the age of 14 there is a bi-modal distribution of the mortality rate by trauma among school children and adolescents reflecting the vulnerability related to psychomotor development. Preschoolers and nursing infants are at greater risk of suffering lesions due to smaller size and the inability to defend themselves. In adolescents the increase of risk is due to the search for situations or risky behavior such as driving vehicles and the use of illicit drugs and alcohol.

Key Words: Pediatric patient, trauma, poly-traumatism

Trauma

– El trauma produce más de la mitad de las muertes pediátricas; los niños se afectan de manera diferente a los adultos por el mismo tipo de lesión, debido a las grandes diferencias anatómicas.

– El cuidado e interrogatorio del paciente

*Médico Cirujano pediatra-endoscopista