

REACCIONES PSICOSOMATICAS EN LOS ENFERMOS PSIQUIATRICOS.

Al presentarse un enfermo psiquiátrico a la enfermera, esta no tratará de saber si es un enfermo esquizofrénico, maníaco, melancólico, etc., sino que lo tratará de acuerdo con un patrón de conducta, diciendo es un paciente tímido, es un paciente que ríe de todo, etc.; como en todas las clasificaciones, no se puede decir hasta aquí es retraído, hasta aquí es hipoactivo, etc.

La manera de como tratemos estos pacientes nos dará la base para que podamos tratar enfermos psicóticos y aquellos que solo son neuróticos o van camino hacia la psicosis.

Entre los patrones de conducta tenemos los hipoactivos; normalmente se puede ser lento, tranquilo, pero si esa lentitud o tranquilidad se acentúan cada vez más, llegará un momento en que pase todo el día sentado, tengan pulso lento, palidez de tegumentos, de fascias características, de cejas hacia arriba, comisuras labiales hacia abajo. Este tipo de pacientes cuando están más hipoactivos, no se podían suicidar aunque lo pensaran.

El otro extremo es el patrón de conducta del hiperactivo; las personas pueden ser joviales, alegres, simpáticas, participar mucho, esto podría ser considerado como normal, pero si se acentúa hasta llegar al extremo entonces se ha salido de la normalidad.

Otro patrón de conducta es el del paciente retraído; son introvertidos, se apartan de los demás, viven su vida intensamente, se inhiben. Presentan rechazo a usar su energía, pierden el interés por los demás, su energía la concentran hacia el yo.

Se cree que la motivación de este tipo de patrón de conducta está en su niñez, falta de bases sólidas en el desarrollo integral. Estos pacientes utilizan como dinamismo de adaptación la

regresión y pueden llegar a adoptar hasta una actitud fetal, teniendo además movimientos de succión, estos pacientes son muy sensibles por lo que debe la enfermera tener cuidado en la forma como se dirige a ellos, inclusive hasta la manera de sonreírse.

El siguiente patrón de conducta que nos toca describir es el del paciente **desconfiado**, este se caracteriza por ser escéptico, con tendencia a desconfiar de los demás expresando sus dudas de todo y de todos.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PSICOSIS.

Las psicosis son perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de que no está enfermo.

La tendencia a distorsionar la realidad para hacerla que vaya de acuerdo con las propias necesidades o conveniencias, es un fenómeno familiar en la conducta del psicótico, como del neurótico y aún en los individuos normales. Sin embargo hay diferencias muy importantes cuantitativas y cualitativas. El neurótico conserva su interés en relacionarse con el mundo y responde al ambiente que lo rodea en forma inteligible. En cambio en el psicótico la relación con el ambiente está totalmente cambiada.

El enfermo se desinteresa del mundo porque subordina su adaptación ambiental a sus conflictos internos. Hay que tomar en cuenta la actitud diferente del psicótico y del neurótico ante su enfermedad, este último reconoce que sus síntomas representan el hecho de que sufre una perturbación, puede hablar de ella y de sí mismo con relativa objetividad y tratar de obtener el significado de su conducta. El psicótico no intenta comprender sus desajustes, sus alucinaciones y delirios, son para él la realidad.

Las psicosis son clasificadas en dos grandes grupos: las psicosis funcionales y las orgánicas. Aunque indudablemente en las primeras intervienen factores constitucionales y probablemente factores metabólicos. En las segundas que correctamente podrían llamarse enfermedades del cerebro hay alteraciones macro y microscópicas de las estructuras nerviosas.

Dentro de las psicosis funcionales se pueden enumerar las siguientes: esquizofrenia paranoica, Edos. paranoides, psicosis maniaco-depresiva, psicosis involutiva o melancolía.

Psicosis Maniaco-depresiva.—Se trata de una condición caracterizada por episodios de depresión y manía que se inicia comúnmente en individuos de ambos sexos entre los 30 y 40 años. La duración de un episodio no tratado es aproximadamente de 6 meses. Lo habitual es que el enfermo se recupere o pase a la cronicidad o que la recuperación sea solo parcial aunque no es raro que en algunos sujetos se presente un solo episodio en toda su vida, siendo la regla que se presenten de 3 a 4 con intervalos de normalidad de varios años de duración.

La depresión se inicia gradualmente con pérdida de interés y confianza; fatiga, insomnio, anorexia, y dificultades para concentrarse mentalmente. Estos síntomas tempranos son muy semejantes a los de la depresión neurótica. Si la condición progresa hasta llegar a la psicosis, el enfermo se llega a encontrar incapacitado para sus actividades habituales. Presenta pérdida de interés por las cosas que lo rodean y por las relaciones interpersonales, pudiendo llegar al estupor. El enfermo descuida su apariencia personal; sus pensamientos son monótonos y restringidos. La preocupación por la idea del suicidio es universal y los intentos son comunes.

De aquí que el problema fundamental de la enfermera sea el de impedir el suicidio. Por lo tanto debe ejercer una estricta vigilancia, que será mayor cuando se aúne la angustia. En estos momentos la actividad y la voluntad del paciente pueden ser todavía lo bastante fuertes para permitirle realizar sus proyectos.

La mayoría de los intentos de suicidio o automutilación se desarrollan en las primeras horas de la mañana, cuando el paciente ha pasado una noche sin dormir y está intensamente deprimido y angustiado; por eso es preciso que la enfermera vea y vigile con mayor empeño a estos enfermos en el servicio nocturno. Las veladoras tienen gran responsabilidad. Un paciente deprimido nunca debe dejarse aislado ya que en esta forma se le proporciona la oportunidad del suicidio, la enfermera por lo tanto deberá estar constantemente con él; procurará distraerlo, animarlo y relacionado con las personas que lo rodean, es

muy importante establecer una relación afectiva con el enfermo; este debe sentirse comprendido y estimado pero al mismo tiempo dominado por la firmeza de la enfermera. Es necesario mantenerlo ocupado, no solo para proporcionarle la satisfacción de ver que realiza algo, sino que esto servirá para apartarlo de sus preocupaciones y de la despreciación de sí mismo.

Se escogerá un trabajo que no le cause fatiga ni implique riesgo alguno, por sus tendencias al suicidio, pero que despierte en él nuevas ideas e intereses y se le exigirá al mismo tiempo ciertas responsabilidades; por ej. se le puede encomendar el cuidado de un paciente inválido.

Estos enfermos con frecuencia están desnutridos; su metabolismo es defectuoso por lo que debe administrársele alimentación complementaria, siendo muy importante que la enfermera trate de convencerlo de que tome alimentos, llegando en ocasiones a tener que alimentarlo con cuchara. Mas si todos estos esfuerzos son inútiles se recurre a la alimentación artificial para no permitir que la desnutrición lo conduzca a un agotamiento extremo, para combatir estos estados también se recurre a otras medidas, según el criterio del médico, como la aplicación de pequeñas dosis de insulina antes de la comida, diferentes tónicos y vitaminas, enemas alimenticios, etc.

El estado maníaco es la culminación de una temporada de conducta exuberante en la que el enfermo pierde el recato, prudencia y discreción. Es un estado de alegría y excitación poco garantizada, el enfermo se vuelve exhibicionista, seductor, impulsivo y gastador. A este estado, que contrasta con la conducta habitual del sujeto, se le denomina hipomanía, y puede constituir todo el episodio o bien aumentar cuantitativamente hasta convertirse en un estado maníaco y el enfermo en este estado habla, ríe y grita pasando rápidamente de un tópico a otro no sobre la base de asociaciones lógicas del pensamiento, sino de similitudes en sonido.

Las ideas expresadas por el maníaco abundan en grandiosidad, en temas eróticos y agresivos. Aunque el tono afectivo es de una alegría desmesurada el enfermo está irritable e impaciente.

Los maníacos son muy sensibles a los estímulos ambientales y van a sentirse molestos de todo; son irritables, pendencieros y

aún agresivos. Si la enfermera interviene oportunamente y tiene tacto, muchas veces puede evitar estas crisis o apaciguarlos. Hay que interrumpir cualquier discusión a tiempo; llevar su atención hacia otro punto; y en ocasiones basta una réplica amable para modificar la actitud agresiva. Se intentará encauzar su hiperactividad motriz hacia finalidades útiles; tenerlos ocupados de preferencia en trabajos que requieran gran empleo de energía. También los paseos al aire libre y la gimnasia son muy provechosos.

Cuando a pesar de todos estos recursos no se logra calmar al paciente la enfermera tendrá que recurrir a otros procedimientos para contenerlo, como el uso moderado de sedantes a base de barbitúricos y gangliopléjicos, pequeñas dosis de insulina, narcosis prolongada, electroshock.

La alimentación es de especial cuidado ya que los enfermos maníacos, aunque tienen mayor actividad siempre están ocupados y no gozan de tiempo para comer; por lo tanto la enfermera debe vigilar que lo hagan y en caso necesario darles el alimento, los hipomaniacos por el contrario o generalmente son voraces; hay que cuidar que coman pero no en exceso. Se observará que tomen líquidos suficientes ya que esa sobreactividad los deshidrata fácilmente. El enfermo maníaco nunca se siente cansado y no tiene tiempo de dormir; puede pasar toda la noche caminando, riéndose, hablando y molestando a los demás enfermos. Hay que evitar que duerman en el día manteniéndolos ocupados en la forma ya descrita, para que gasten energías y se produzca el suficiente cansancio. Las funciones de eliminación también deben ser objeto de cuidadosa vigilancia.

En los cuadros de manía aguda todos los síntomas anotados aumentan de manera considerable y los enfermos pueden llegar a presentar cuadros de agitación intensa hasta convertirse en individuos peligrosos y agresivos. Siempre que se haya de emplear la fuerza se evitará lastimar al enfermo tanto en su dignidad como en su sensibilidad.

Psicosis Involutiva.—La psicosis involutiva o melancolía se desarrolla a los 60 años en los varones y hacia los 50 en las mujeres. Los síntomas de desequilibrio son frecuentes durante el cli-

materio: tales como quejas somáticas vagas, hipersensibilidad e irritabilidad exagerada.

En las psicosis involutivas siempre existe un grado variable de depresión manifestándose por indecisiones, sentimientos de ineficacia, dificultad para la concentración del trabajo mental. Las quejas somáticas son comunes, particularmente el insomnio, la anorexia y la constipación. En los casos graves, se presenta una agitación violenta que impide al paciente permanecer quieto. Menos frecuentemente ocurre que el paciente caiga en estupor. El contenido mental es característicamente hostil y auto-depreciativo.

Las ideas de pecado y de castigo algunas veces en forma franca y otras proyectadas como ideas delirantes de persecución. La presencia de algunos síntomas indica un pronóstico más grave: entre ellos los más significativos son: el delirio nihilista, (idea de estar muerto) o de (carecer de órganos internos), las ideas paranoideas organizadas y la falta de afectividad. También se ve ensombrecido el pronóstico cuando hay fallas en la memoria y en el juicio lo cual sugiere cambios degenerativos en el cerebro.

Enfermos confusos, delirantes y alucinados.—El síndrome confusional se caracteriza por una profunda alteración de la conciencia: hay obnubilación del conocimiento, los objetos se perciben con dificultad o en forma vaga y todos los procesos psíquicos se encuentran entorpecidos; hay también desorientación global y disminución o pérdida de la comprensión; el enfermo se encuentra desconectado del ambiente o la idea que tiene del mismo es deficiente o errónea; se pierde la autocritica y además como resultados de la degradación de la conciencia surgen multitud de automatismos que son los que van a condicionar los procesos mentales.

Estos cuadros se pueden acompañar de un cuadro delirante alucinatorio o de agitación psico-motriz intensa casi siempre de tipo ansioso otras veces de estupor, pero generalmente se encuentra una mezcla de todos los elementos. En el delirio además de la confusión mental hay inquietud, gran excitación intelectual que puede llegar a una intensa agitación psicomotriz y múltiples alucinaciones e ilusiones polimorfas y casi siempre terroríficas.

Tanto en el delirio tóxico como orgánico y el psicógeno, pueden apreciarse los rasgos latentes de la personalidad del sujeto.

El síndrome confusional se puede presentar en las enfermedades infecciosas, en los estados tóxicos, en los choques emocionales constituyendo la confusión mental emotiva, en algunos estados carenciales como la pelagra, en trastornos metabólicos, en algunos padecimientos orgánicos, en la epilepsia e histeria, en la iniciación de algunos padecimientos mentales como la esquizofrenia. Los enfermos tienen una expresión de aturdimiento y asoro, pierden la autoconducción; y si además presentan estupor permanecen en una sola posición completamente torpes y casi no reaccionan a los estímulos exteriores; si hay delirio y agitación psicomotriz están con temor y con frecuencia tratan de agredir en cualquier forma.

Se precisa tener una gran comprensión hacia los trastornos de estos pacientes; son de los más irresponsables que se pueden encontrar, ellos no se dan cuenta de su conducta ni de nada de lo que acontece a su alrededor y su atención requiere una gran habilidad profesional, mucha paciencia y abnegación.

El paciente debe permanecer aislado de los demás en un cuarto quieto y silencioso, donde haya luz adecuada y aire fresco. Precisan estas condiciones porque tendrá miedo, incertidumbre y desconfianza de todo y la mejor forma de tranquilizarlo es una actitud amable explicarle todo hasta donde sea posible, hablando claro y despacio. Si además hay delirio, aumenta la inquietud y el estado de ánimo del delirante llega a ser de gran ansiedad y terror; la percepción rápida y vaga que tiene de las cosas hace que las deforme; las sombras de la pared le parecen fantasmas, los muebles se convierten en enemigos; las alucinaciones se multiplican y unas estimulan a otras; generalmente predominan las visuales, ej. gran variedad de animales, sobre todo pequeños y de formas fantásticas; en las táctiles perciben diferentes sensaciones en la piel y en la mixta, el enfermo ve y siente en sus tegumentos pequeños insectos; igualmente puede sufrir alucinaciones auditivas, por eso es necesario que haya luz en el cuarto hasta que el enfermo concilie el sueño, para evitar la aparición de estos fenómenos que aumentan en la obscuridad. El peligro de suicidio es muy grande a causa del terror que sufre el

paciente; la enfermera no debe dejarlo solo y ha de procurar tranquilizarlo y desvanecer sus temores.

El tratamiento debe ser encaminado a preservar las fuerzas físicas del paciente y desintoxicarlo para evitar un colapso cardíaco o un enfriamiento, los barbitúricos no deben emplearse por su efecto deprimente y porque aumentan el estado tóxico, en caso de recurrir a un hipnótico hay que vigilar constantemente el pulso, porque con frecuencia se requieren tónico-cardíacos y hay que poner en conocimiento del médico cualquier irregularidad que se note en este sentido. Durante la convalecencia se cuidará de administrar la medicación tónica que prescriba el médico y se procurará readaptar paulatinamente al enfermo a las actividades mentales y físicas ordinarias; **no se le hará ninguna mención de su estado anterior** y se tratará de ayudarle a resolver los problemas que provocaron su enfermedad.

Enfermos Esquizofrénicos.—Deriva su nombre del griego **esquizos** que quiere decir mente disgregada, anteriormente se designaba con el nombre de demencia precoz, porque se creía que aparecía en la edad temprana o en la adolescencia. Está caracterizada por los siguientes síntomas: autismo, desvinculación absoluta con el medio ambiente, los enfermos no se interesan por ningún aspecto de la vida externa; sus tendencias son de carácter abstracto, es decir se alejan de las actividades prácticas de la vida para entregarse a las del tipo intelectual y a veces ni estas despiertan su interés; tienen tendencia a la despersonalización; van perdiendo el sentido de la realidad para vivir en un mundo lleno de fantasía y progresivamente se aíslan y tienden a refugiarse en sí mismo.

La ambivalencia afectiva es otro síntoma de los esquizofrénicos en los cuales se mezclan las tendencias en pugna y se presentan distintos estados afectivos simultáneos, en otras ocasiones se encuentran una disociación ideo-afectiva es decir el sentimiento que manifiesta no está en relación con la idea.

Disgregación del pensamiento.—Es otra característica igualmente importante, las ideas se asocian sin orden alguno de tal manera que el pensamiento del enfermo se vuelve ilógico y en ocasiones incoherente. En el discurso del esquizofrénico surge lo

reprimido y sus expresiones simbólicas son la manifestación del pensamiento mágico.

Además el enfermo inventa nuevas palabras llamadas neologismos, que en algunas ocasiones las forma de palabras que tienen significado, pero en otras es imposible saber lo que quiere expresar, aunque para él probablemente tengan significación simbólica.

Negativismo.—Este síntoma de la esquizofrenia se caracteriza por un estado de oposición a todo estímulo exterior; el enfermo opone resistencia a cualquier orden sugerida (forma pasiva), o bien puede ejecutar lo contrario de lo que se le ordena (negativismo activo). El negativismo puede manifestarse en distintos aspectos; negativa para hablar, para comer, para ser conducido, y aún para las funciones vegetativas, se opone a evacuar el intestino y la vejiga (aquí el negativismo se debe a una perturbación de la voluntad, originada por mecanismos psicológicos).

Obediencia Automática.—Es lo opuesto al negativismo, es decir un estado de gran sugestibilidad; el enfermo obedece todas las órdenes que recibe por molestas que sean sin resistencia alguna y aún puede presentarse con frecuencia un cambio brusco con el negativismo y la obediencia automática, como una manifestación de ambivalencia.

Según la predominancia de los distintos síntomas se distinguen diferentes formas de esquizofrenia:

- 1.—Esquizofrenia Simple.
- 2.—Esquizofrenia Hebefrénica.
- 3.—Esquizofrenia Catatónica.
- 4.—Esquizofrenia Paranoide.

En la forma simple los enfermos solo presentan los síntomas básicos de este padecimiento: autismo, indiferencia afectiva, disgregación del pensamiento y no existen los elementos característicos de los otros grupos. En la hebefrénica encontramos además de los síntomas esquizofrénicos, períodos de agitación y agresividad de tipo maniaco. En la catatónica predominan los trastornos de la emotividad que se traducen en perturbaciones de la afectividad, presentando actitudes fijas, estupor y negativismo. En

la paranoide se aprecian algunas de las características de la personalidad paranoide, como la sobrevalorización del yo, megalomanía, falsas interpretaciones estando reducidos los síntomas esquizofrénicos.

El tratamiento de estos enfermos se encamina a la terapia ocupacional, que es uno de los métodos más valiosos para despertar el interés y la iniciativa de los enfermos mentales. Además se emplean los métodos de electroshock, coma insulínico, shock por medio del cordiazol y tratamientos médicos en relación con las alteraciones físicas que presenta el enfermo; la fisioterapia, ergoterapia, dieta adecuada y administración de vitamínicos, la psicoterapia y la terapia preventiva son de gran importancia en todos los padecimientos psiquiátricos.

Estimular el interés por el trabajo, los ejercicios físicos y las distracciones proporcionando ayuda y consejo animándoles siempre tratando de que les proporcione satisfacción el resultado de sus esfuerzos. El acabado del trabajo en sí, no tiene valor lo importante es el hecho de que el enfermo haya realizado algo concreto y práctico que lo aleje de su mundo irreal. Hay que mantener a los pacientes en un ambiente tan normal como sea posible y evitar cuidadosamente que se aisle; la enfermera debe procurar que las actividades se realicen en pequeños grupos, para fomentar las relaciones sociales y facilitar así su readaptación al medio ambiente.

La alimentación se vigilará con sumo cuidado pues aunque en ocasiones son voraces, con mayor frecuencia se niegan a comer.