

PAIEM

Cuerpo de Enfermeros de Instituciones
Penitenciarias

DESCRIPCIÓN BREVE

Curso de acceso

DELIA GONZÁLEZ TEJEDOR

Psiquiatra

Subdirección General de Sanidad Penitenciarias

Contenidos

1. TRASTORNOS ADAPTATIVOS	4
INTRODUCCIÓN	4
CLÍNICA	6
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5	7
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	7
EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO	8
TRATAMIENTO	8
SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA	8
OBJETIVO	8
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	9
INTERVENCIÓN	9
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	10
DEFINICIÓN	10
POSIBLES ETIOLOGÍAS	10
SINTOMAS	10
OBJETIVOS	10
INTERVENCIONES	10
CRITERIOS DE RESULTADO	10
2. PSICOSIS	18
INTRODUCCIÓN	18
ETIOLOGÍA	18
DIAGNÓSTICO	20
MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	20
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	22
CURSO Y PRONÓSTICO	22
TRATAMIENTO	23
ANTISPICÓTICOS MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA	24
EFECTOS SECUNDARIOS	24
INDICACIONES DE LA TEC	25
SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA:	25
OBJETIVOS	25
PROCESO	25
DIAGNÓSTICOS ENFERMERO	28
DEFINICIÓN	28
ETIOLOGIA	28

SÍNTOMAS	28
OBJETIVOS	28
INTERVENCIÓN	28
CRITERIOS DE RESULTADO	28
3. TRASTORNOS ORGÁNICOS	31
CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS EXÓGENOS	32
CLÍNICA GENERAL DE LOS TRASTORNOS EXÓGENOS	33
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	34
DEMENCIA	34
DELIRIUM	34
FÁRMACOS	34
<i>Seguimiento de enfermería</i>	35
Principales diagnósticos de enfermería:	35
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	36
DEFINICIÓN	36
ETIOLOGIAS	36
CARACTERÍSTICAS	36
OBJETIVOS	36
INTERVENCIONES	36
CRITERIOS RESULTADO	36
4. PAIEM	39
TRASTORNOS MENTALES	42
OBJETIVOS PAIEM	43
EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES	43
<i>Composición</i>	44
<i>Coordinación</i>	44
INSTITUCIONES Y ENTIDADES DEL TERCER SECTOR	45
POBLACIÓN ATENDIDA	46
ATENCIÓN CLÍNICA	46
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	47
NIVELES	47
INTERNOS DE APOYO	48
ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN	48
REINSERCIÓN: SALIDAS A LA COMUNIDAD, PERMISOS Y DERIVACIONES A CENTROS DE LA COMUNIDAD	51

1. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

INTRODUCCIÓN

Se trata de la **respuesta emocional** ante un episodio estresante (un problema económico, una enfermedad o un problema de relación) caracterizada por un complejo sintomático inespecífico que se inicia en los siguientes tres meses a la acción del factor y remite a lo largo de los 6 meses siguientes a su desaparición.

Junto a las reacciones de estrés constituyen entidades únicas en cuanto se refieren a un **agente etiológico** y no a la presencia de un síndrome. Recogen múltiples reacciones posibles ante situaciones de cambio, amenaza o pérdida frente a las que **no es posible adaptarse** o cuando las personas se sienten subjetivamente superadas por los acontecimientos. Se trata, en cierto sentido, de lo más cercano a una patología de la vida cotidiana o patología psicosocial.

Su prevalencia en el medio extrapenitenciario, alcanza hasta el **29% de la patología mental** en Atención Primaria de la Salud. Afecta más a mujeres y a edades extremas de la vida. Se trata de un diagnóstico que se encuentra entre la normalidad y la patología y es uno de los más frecuentemente usado (modelos salutógeno vs psicologizante). Sintomatológicamente es muy inespecífico, superponiéndose con numerosas entidades, lo que le convierte en un diagnóstico poco estable, pero su importancia radica que en la carga social que implica.

El DSM-5 distingue 6 subtipos de Trastorno Adaptativo y la CIE-10 cinco. Se trata de categorías derivadas empíricamente, para las que no existen estudios de aval epidemiológico que demuestren el carácter distintivo de cada uno como entidad nosológica.

Al margen de los trastornos adaptativos, las clasificaciones internacionales recogen la influencia de los hechos estresantes sobre el ser humano distinguiendo entre tres entidades:

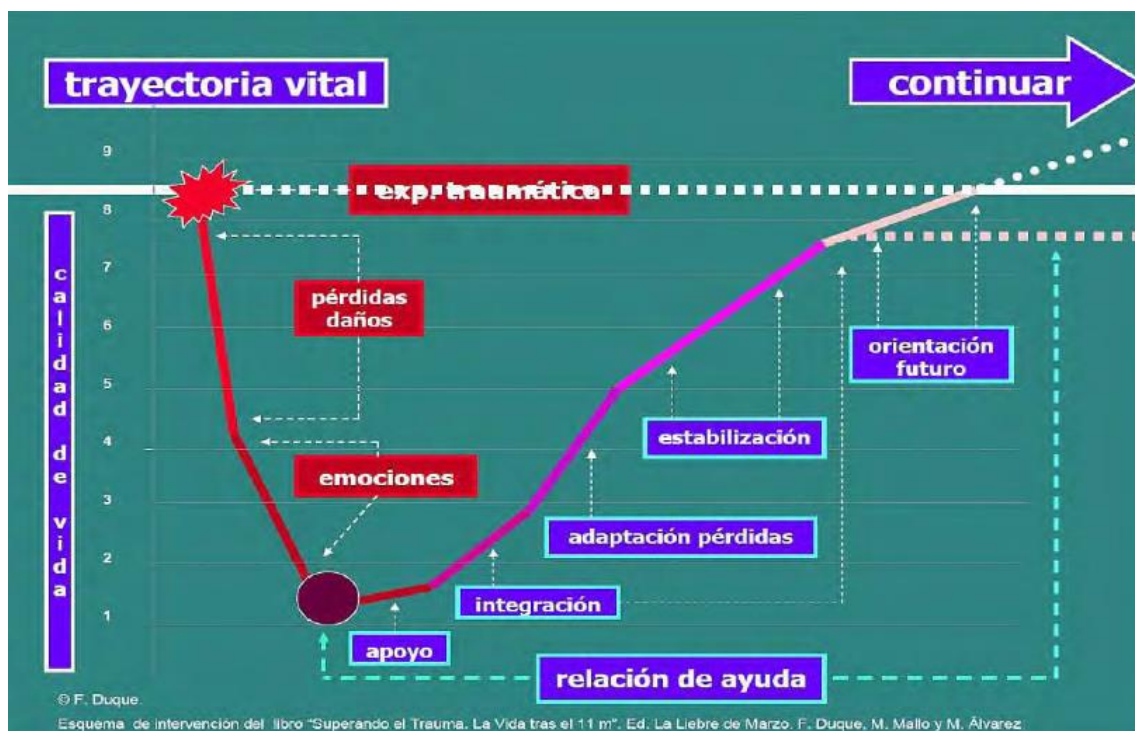
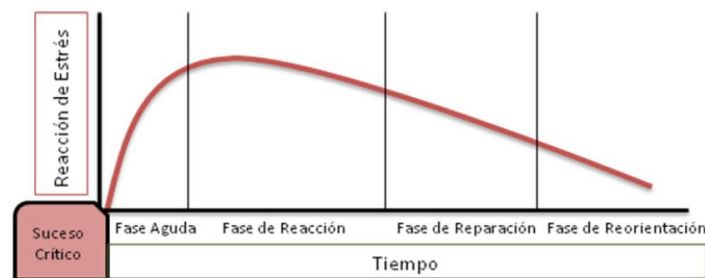
- Reacción a estrés agudo/ Trastorno por estrés **agudo**.
- Trastorno de estrés **postraumático**.
- Transformación persistente de la **personalidad** tras hecho catastrófico.

CRISIS

Reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por la **DISRUPCIÓN EN LA HOMEOSTASIS PSICOLÓGICA** del individuo y que aparece cuando una persona se enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. Durante este periodo se pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema porque fallan los mecanismos habituales de afrontamiento y existe una **INCAPACIDAD PARA MANEJAR LAS SITUACIONES Y/ O DAR SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS**

FASES:

- Aguda, primeros momentos, consiste en estados afectivos muy intensos caracterizados por la angustia, la ansiedad, la ira, la irritabilidad, hipervigilancia, manifestaciones vegetativas, sensación de irrealidad, aislamiento...
- De reacción, dura de una a seis semanas, son reacciones tardías en las cuales pueden aflorar sentimientos negados o reprimidos caracterizados por el miedo (angustia, tristeza, rechazo, pesadillas...).
- Reparación, dura de uno a seis meses, persiste el dolor, pero se expresa de una forma menos intensa y abrumadora, comienzan a identificarse planes de futuro y a manifestarse interés por hechos cotidianos.
- Reorientación, se integra la situación vivida y se comienza a readaptar la vida cotidiana.



Hay una importante controversia en cuanto a la prevalencia de estos trastornos tanto en la población general como en grupos específicos. Los estudios indican que la mayoría de la población ha pasado por eventos traumáticos pero que la repercusión de los mismos es muy variable, desde síntomas aislados hasta clínica persistente (determinado por factores relacionados con la vulnerabilidad individual, las características específicas del hecho traumático, significado simbólico del trauma...).

Los factores que influyen en la respuesta y evolución son, entre otros:

- **Características individuales:** vulnerabilidad individual, antecedentes de respuestas patológicas ante el estrés (patrones de afrontamiento desadaptativos), baja autoestima, escaso apoyo familiar y social, nivel socioeconómico, edad, resiliencia.
- **Características del factor estresor:** número, significación y forma de presentación.

Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976			
Acontecimientos vitales que se han sucedido en los 12 últimos meses			
1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		
No AVE=		Puntuación=	

Fuente: De la Revilla 1994

CLÍNICA

La sintomatología, pese a su variabilidad en función de la fase y de las características individuales y del evento concreto, podría resumirse en:

- Humor depresivo.
- Tendencia al llanto.
- Desesperanza.
- Nerviosismo.
- Preocupaciones excesivas.
- Inquietud.
- Ambivalencia.
- Enfado, expresado de forma inapropiada.

- Dependencia.
- Conductas disruptivas (violación de los derechos de otros, incumplimiento de las normas sociales, etc....).
- Dificultad para cumplir las obligaciones laborales/ académicas (reducción del rendimiento).
- Comportamientos manipulativos.
- Aislamiento.
- Somatizaciones (dolores de cabeza, dolores de espalda, astenia, problemas digestivos...).

No hay ninguna escala para su diagnóstico. Se han ensayado diversos inventarios, entrevistas estructuradas, como ayuda en el diagnóstico, con fiabilidad variable y no validadas para nuestro idioma.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5

- A. *Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores estresantes identificables que se produce en los **3 meses** siguientes al inicio del mismo*
- B. *Estos síntomas son clínicamente **significativos** como se pone de manifiesto por una o dos de las características siguientes:*
 - *Malestar intenso **desproporcionado** a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas*
 - *Deterioro significativo en lo **social, laboral** u otras áreas importantes del funcionamiento*
- C. *La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente*
- D. *Los síntomas no representan un duelo normal*
- E. *Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han desaparecido, los síntomas no se mantienen durante más de **seis meses***

Especificar si:

- *Con estado de ánimo deprimido*
- *Con ansiedad*
- *Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido*
- *Con alteración de la conducta*
- *Con alteración mixta de las emociones y de la conducta*
- *Sin especificar*

Especificar si:

Agudo: *la alteración dura menos de 6 meses*

Persistente (crónico): *la alteración dura 6 meses o más*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con el duelo complicado, el trastorno depresivo mayor, la reacción psicótica aguda, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno de conducta y el trastorno por estrés postraumática. Además, cuando se produce en relación a un problema orgánico hay que descartar que no forme parte del correlato sintomático de la enfermedad o de su tratamiento.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Generalmente, la evolución es favorable, recuperando su estado funcional previo en un plazo de **tres meses**. Sin embargo, especialmente en adolescentes, hay riesgo de desarrollo de trastornos del estado de ánimo o de trastornos relacionados con el consumo de sustancias posteriormente. Por otro lado, supone un periodo de especial riesgo para llevar a cabo intentos de suicidio, máxime cuando la clínica se caracteriza por alteraciones de conducta, disforia, psicopatología previa, mal funcionamiento psicosocial o historia de consumo de tóxicos.

TRATAMIENTO

Desde un paradigma psicosocial de atención en salud las reacciones y trastornos de estrés deberían entenderse favoreciendo la normalización de síntomas y la no patologización y con una visión que fomente y **trabaje de modo proactivo** con las redes naturales de la persona afectada, otro tipo de intervenciones, particularmente cuando hay un importante componente de trasgresión de las normas, en muchos casos sirve para cronificar el rol de enfermo y reforzar estrategias disfuncionales a través de este papel. No obstante, cuando se evidencia riesgo de autolesión, es imprescindible poner en marcha medidas de contención adecuadas.

En caso de recurrir a apoyo psicoterapéutico los tratamientos de elección son la terapia de grupo, especialmente los grupos de apoyo y apoyo por pares, o la psicoterapia breve centrada en la resolución de problemas (identificación del factor, clarificación del significado de estresor, reasignación de significado a través de sucesos pasados, reconducción de la respuesta y elaboración de patrones de respuesta más adaptativos), aunque puede emplearse prácticamente cualquiera, incluidas técnicas no estructuradas centradas en la relajación (desactivación emocional).

Durante el periodo de encarcelamiento hay que **reconstruir las redes** y crear nuevas basadas en apoyos focalizados y no especializados (internos, internos de apoyo, funcionarios de vigilancia y servicios sanitarios) con el apoyo y/ o supervisión de otros más especializados (psicólogos y equipos de salud mental de área) inicialmente dirigido a mantener la seguridad física del interno (alto riesgo de suicidio) y posteriormente a la elaboración de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

A nivel **farmacológico**, no hay estudios de eficacia. Hay que realizar un abordaje sintomático, generalmente basado en el uso puntual o durante periodos breves de medicación antidepresiva, generalmente ISRS u otros de perfil sedante, así como ansiolíticos y antipsicóticos a dosis bajas.

SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

Reconocer las dificultades asociadas a los cambios y fomentar conductas más apropiadas.

Este trabajo se basa en:

- Mejora del autoconocimiento.
- Conocimiento del proceso de cambio.

- Fomento de recursos psicológicos y sociales propios.
- Desandamiaje de resistencias.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería serían:

1. Riesgo de violencia dirigido hacia uno mismo o terceros.
2. Ansiedad.
3. Afrontamiento ineficaz.
4. Conductas de riesgo para la salud.
5. Duelo complicado.
6. Baja autoestima.
7. Deterioro de las relaciones sociales.
8. Síndrome de estrés del trasladado.

INTERVENCIÓN

De forma genérica la intervención consiste en la creación de un adecuado vínculo terapéutico que facilite la expresión de sentimientos y el establecimiento de marco de seguridad, el acompañamiento y la psicoeducación que contribuyan a la resolución del conflicto interno que ha generado la situación nueva.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	DEFINICIÓN	POSIBLES ETIOLOGÍAS	SINTOMAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE RESULTADO
RIESGO DE VIOLENCIA CONTRA UNO MISMO O TERCEROS	Riesgo de comportamientos en los cuales el individuo demuestra que puede ser física, psíquica o sexualmente dañino (hacia él u otras personas)	Fijación en niveles tempranos del desarrollo Modelos negativos Sistema familiar disfuncionante Duelos no resueltos Sobrecarga psicológica Exposición a situación estresante Ausencia de apoyo Factores biológicos Impulsividad	Rigidez postural Tensión muscular Hiperactividad Respiración Alteración del ánimo Ansiedad creciente	Controlar conductas hostiles, contra él u otras personas, incluido riesgo suicida Verbalizar estrategias de afrontamiento efectivas y ser capaz de ponerlas en práctica	Observación cercana y frecuente Investigar sobre el grado de planificación suicida en caso de haber riesgo Contrato de no lesión Identificación de las situaciones de angustia, pensamientos y comportamientos que desencadena Refuerzo positivo de la expresión apropiada de sentimientos de disgusto Garantizar la seguridad Detectar aumento de los niveles de ansiedad y tensión, manteniendo la calma, y si no es posible el control, avisar a seguridad Administrar medicación ansiolítica, valorando respuesta y/ o presencia de efectos adversos Contención mecánica, vigilar cada 15 minutos sus condiciones, controlar las características de las ligaduras, hidratación, nutrición y eliminación de paciente. Retirada en condiciones de seguridad	Angustia se mantiene en unos niveles que aseguran una ausencia de riesgo Rechazo por parte del paciente de ideas de autodestrucción Uso de estrategias de afrontamiento adaptativas ante la presencia de sentimientos de hostilidad o ideas de muerte Capacidad de pedir ayuda ante la detección de fracaso de las estrategias de afrontamiento
ANSIEDAD	Sensación vaga de disconfor acompañada de respuesta autonómica, anticipación de un peligro o estado de hiperalerta ante una situación	Baja autoestima Sistema familiar disfuncionante y ausencia de control en la situación vital Fijación en niveles tempranos de desarrollo	Aumento de la tensión Sobreexcitación Ausencia de descanso Pobre contacto ocular Sentimientos de incapacidad Insomnio	Aprendizaje de técnicas de relajación y manejo de la ansiedad Reconocimiento de eventos precipitantes de la ansiedad y puesta en marcha de intervenciones preventivas o deshabilitadoras de conductas nocivas	Proveer calma y seguridad Ayudar a identificar situaciones precipitantes de síntomas de ansiedad Identificar las respuestas dadas a sucesos estresantes en el pasado y valorar los elementos de éxito de las mismas Administrar medicaciones y supervisar respuesta y efectos adversos	El paciente es capaz de identificar los eventos precipitantes de ansiedad y conoce técnicas para su reducción Aumento de la sensación de control sobre el medio y reducción de los

				Taquicardia y taquipnea Disminución de la capacidad de resolver problemas	Ayudar en la identificación de signos de escalada de tensión y buscar estrategias para frenarla	sentimientos de impotencia
AFRONTAMIENTO INEFFECTIVO	Incapacidad para responder de forma adecuada a los estresores, elección inadecuada de respuestas prácticas y/o incapacidad para usar los recursos disponibles	Situación de crisis Sistema de apoyo inadecuado Modelos negativos Baja autoestima Duelos no resueltos	Incapacidad para alcanzar los roles esperables Alteración de la participación social Incapacidad para resolver problemas Dependencia Manipulación Rechazo al seguimiento de reglas	Seguimiento de reglas básicas y rechazo del uso de la manipulación para alcanzar sus deseos Identificación, desarrollo y uso de patrones de afrontamiento adecuados	Aclarar reglas de funcionamiento y consecuencias de su no seguimiento Limitar las conductas manipulativas Ayudar a identificar el objeto de la hostilidad Evitar el refuerzo de comportamientos dependientes Empoderar al paciente en su capacidad de control de diferentes aspectos de su vida Identificar los estresores que desencadenan los patrones de afrontamiento inadecuados y buscar alternativas	Verbalizar alternativas socialmente aceptables y patrones de afrontamiento saludables en respuesta al estrés Capacidad de resolución de problemas y desarrollo de actividades diarias de forma independiente Evitar la manipulación para alcanzar la autogratificación
CONDUCTAS DE RIESGO	Incapacidad para modificar el estilo de vida hacia otros más saludables	Baja autoestima Estados emocionales muy intensos Aptitudes negativas hacia la salud Baja motivación para el cambio Múltiples estresores Ausencia de apoyo social Falta de educación	Minimización para alcanzar un óptimo sentido de control Fracaso en acciones destinadas a la prevención de problemas de salud	Discusión de tipo de cambios en el estilo de vida necesarios para modificar el status de salud Planificación de acciones destinadas a alcanzar ese cambio Movimientos individuales dirigidos a ese cambio Competencia para llevar a cabo y mantener de forma autónoma esos cambios	Priorizar los cambios en el estilo de vida para alcanzar un estado saludable Expresión de los miedos relativos a esos cambios Refuerzo positivo de las actividades desarrolladas, encaminado a aumentar la independencia Discusión sobre alternativas posibles Aumentar los conocimientos y fomentar uso de recursos comunitarios	Desarrollo autónomo de actividades de la vida diaria Toma de decisiones saludables respecto a su salud de una forma independiente Expresión de esperanza respecto a su visión de salud
DUELO COMPLICADO	Experiencia de malestar experimentada tras la pérdida de un ser significativo	Pérdida real o percibida de un referente individual Duelos solapados Ausencia de preparación a la pérdida	Expresión del malestar Idealización Negación	Expresión de los miedos en relación a la pérdida Identificar pensamientos y posición respecto al	Identificar la fase del duelo en la que se encuentra el paciente Empatizar Expresión abierta de los sentimientos	Verbalización de pensamientos adecuados a cada fase del duelo Identificación individual de la fase del duelo en la

		Ambivalencia	Expresión inapropiada de la angustia Regresión Alteración de las actividades diarias Reducción del sentido de control Ansiedad Ánimo depresivo	proceso de duelo y dirigir este hacia la resolución	Ayudar en la descarga de la angustia a través de actividades motoras Explicar las fases del duelo Revisión personal de la percepción del objeto perdido Ayudar a formas más adaptativas de expresión de la experiencia de la pérdida Validar las necesidades espirituales	que se encuentra y posición respecto al objeto perdido Ausencia de prolongación de sentimientos exagerados de pérdida y desarrollo de una vida normalizada
BAJA AUTOESTIMA	Negativa percepción de uno mismo	Refuerzos negativos reiterados Insatisfacción de las necesidades de dependencia Retraso en el desarrollo del ego Ausencia de apoyo social	Rechazo del feedback positivo Exageración del feedback negativo Vacilación en nuevas situaciones Proyección Racionalización de los fallos Crítica Ausencia de contacto ocular Manipulación para conseguir privilegios Dificultad para las relaciones cercanas Denigración de otros	Verbalizar el miedo al fracaso de una forma realista Verbalización de aspectos íntimos de una forma realista Incremento progresivo de la expresión de aspectos positivos sobre él mismo, en relación a acontecimientos pasados y proyectos futuros Reducción del miedo al fracaso	Planes con objetivos realistas Mirada incondicionalmente positiva Trato individual Identificación de aspectos positivos y desarrollo de planes de cambio de los que ve como negativos Refuerzo positivo Evitar la rumiación sobre fracasos pasados Minimizar el negativo Estimular la toma de responsabilidades Estimular la autoconciencia crítica	Verbalización de una percepción positiva de sí mismo Habilidad para manejar su autocuidado, tomar decisiones de forma independiente y resolver problemas Objetivos realistas sin evidencia de miedo al fracaso
DETERIORO DE LAS RELACIONES SOCIALES	Relaciones cuantitativa o cualitativamente inadecuadas	Retraso en el desarrollo del ego Fijación en un nivel temprano de desarrollo Modelos negativos Distorsión del autoconcepto	Malestar en situaciones sociales Incapacidad para una comunicación eficaz Interacción disfuncional con otros Exhibición de comportamientos inadecuados	Desarrollo de interacciones correctas en grupo (uno a uno y progresivamente más grandes) Uso voluntario de tiempo en relaciones sociales con un comportamiento adecuado	Delimitación de conductas inadecuadas Apoyo inicial en las interacciones sociales Críticas constructivas y refuerzo positivo ante el esfuerzo	Forma y mantiene adecuadamente relaciones interpersonales Participa de forma apropiada en actividades grupales Identifica causa de dificultades de relación en el pasado

SÍNDROME ESTRÉS TRASLADADO	DE DEL	Alteraciones fisiológicas y psicosociales tras la transferencia de un ambiente a otro	Cambio de ambientes Pérdidas implicadas en la decisión de cambio Sentimientos de incapacidad Ausencia de un adecuado sistema de apoyo Escasa preparación previa al cambio Estatus psicosocial deteriorado Mala salud física	Ansiedad Depresión Soledad Verbalización del rechazo al cambio Síntomas físicos Dependencia Inseguridad miedo	Verbalización de al menos un aspecto positivo del cambio Adaptación progresiva al nuevo ambiente, expresión de satisfacción y desaparición de síntomas físicos y psíquicos	Identificación de sentimientos respecto al cambio Identificar problemas que implica el cambio y ayudar en la búsqueda de soluciones Ayudar en la identificación de aspectos positivos Ayudar en la búsqueda de recursos en el nuevo ambiente	Ausencia de ansiedad, depresión o síntomas somáticos Verbalización espontánea de satisfacción respecto al nuevo ambiente Integración social en el nuevo medio
---	-------------------	---	---	--	---	---	---

EN PRIMERA PERSONA

NOCHE OSCURA DE SOLEDAD

Iluminada Santos de la Fuente

Ser modista era mi sueño, visitar enfermos me llenaba de paz y mi deseo de que aquellos que sufrían fueran felices motivaba mis días. Entre semana, la aguja. Los domingos, vivir para amar y ayudar a los demás.

Yo había sido feliz... y ahora no entendía por qué el dolor se hacía presente en mi vida.

Todo se truncó cuando alguien que creía conocerme bien dijo que mi vida no estaba entre costuras sino con Dios: en clausura. ¿Cómo era posible que estar con Dios se pareciera a estar en una cárcel, sin mis padres ni hermanos? Pensar en todo aquello me hizo enfermar mucho... y ya no entendía nada. Hubo un gran dolor que ni si quiera hoy sabría explicar. Me cortaron mis alas. Me dijeron que no podía ya visitar enfermos porque ahora la enferma era yo. ¿Dónde estaba mi alegría?

Sentía miedo.

Escuchaba voces.

Iba de un sitio a otro sin parar de correr.

La gente me observaba, leían mis pensamientos, hablaban de mí y me perseguían.

Todo estaba en conexión conmigo: los aviones que volaban por el cielo venían para darme mensajes, las noticias de la televisión eran buenas o malas en función de cómo me había portado ese día con los demás.

Creía ser una prostituta a la que todo el mundo señalaba porque era, sin haber cometido ningún delito, la peor delincuente.

Pasaron los años y me enamoré. Me enamoré tanto que pregunté al médico que me atendía por aquél entonces si yo, estando enferma como decían, podría casarme. La respuesta afirmativa del doctor me llenó de felicidad.

Me casé y tuve tres hijos pero la vida me trajo golpes duros y recaídas... vivía como en una flor, pero marchita.

Perdía la noción del tiempo dándome igual el día que la noche.

Unas veces caminaba sin rumbo por las calles y las caras desfiguradas de los viandantes me aterraban. Otras pasaba el día en el puerto esperando a un marido marinero que vivía en forma de fantasía en mi mente y que nunca llegaba a su destino, donde yo, viendo pasar el día, le esperaba.

Daba dinero a quien lo necesitaba sin medida y compraba en las tiendas pensando que todo aquello no tenía realmente valor, sino que eran cosas que me eran regaladas... Para mí lo terrenal no tenía valor ¿Por qué iba a tenerlo para el resto de la gente? No entendía, por lo tanto, el valor del dinero.

Año y medio de lágrimas llenaron mis días. Me sentía enferma y necesitaba ayuda, nadie me la daba y llegó mi desesperación... yo, que tanto amo la vida, intenté quitármela varias veces para evitar el dolor de quienes me querían.

Llegó el ingreso pero no paró mi llanto... pues en mi mente estaba la idea de que esas lágrimas aliviaban el dolor de otras personas. Por ejemplo, sentía que tan solo escuchar hablar sobre enfermedad y dolor podía aliviar el mal que otros estaban sintiendo.

El amor por los demás era mi todo y el amor por mi marido era locura. Un día, escuchando sin que nadie lo supiera, oí cómo mi marido decía que ya no podía más con mi enfermedad y quería dejarme. Recuerdo ese dolor tan vivo como si hubiera ocurrido ayer. Le quería tanto que no entendía mi vida sin él. Solo quería morirme.

Sentía que estaba sola en la vida, sin Dios... la soledad más absoluta.

Las manos me temblaban. Estaba sin mis hijos y la vergüenza por encontrarme en ese estado dominaba mis días.

Días eternos...

...oscuridad

...soledad

...No había sitio para mí en la Tierra

...No había un lugar donde descansar.

A cada noche oscura le llega el amanecer, y a mi enfermedad le llegó también la curación.

Cada día pedía, con lágrimas, poder vivir junto a mis hijos. Esas lágrimas salían de lo más profundo de mi corazón y, como el amor ha estado siempre tan presente en mi vida, esas lágrimas hicieron mi sueño realidad: conseguí un trabajo de modista y en ese momento se hizo el milagro.

Metros de tela, la aguja y el dedal tenían mi mente entretenida. Mi madre siempre había querido tener una hija modista y, desde pequeña, me motivó a esa labor. En ese momento de mi curación en el que coser mantenía mi mente despejada sentí aquello como un regalo que mi madre, sin darse cuenta, me había dado hacía años.

Al principio sentía que caminaba por un trapecio. Cuando llegaba la noche lloraba de alegría por haber pasado con éxito la prueba de equilibrio que cada día suponía para mí.

Y ahora me pregunto, ¿En qué se ha convertido mi vida? A mis setenta y dos años contestaría a esta pregunta diciendo que mi vida se ha convertido en un juego donde todo lo que hago me agrada, donde vivo lo que hago porque con amor no hay esfuerzo.

Ayudando a los demás mi vida me parece un sueño en el que todos somos amor y actuamos desde el amor. Por ejemplo, dando clases de costura en la cárcel de Alcalá Meco soy feliz, pues entiendo y ayudo a las presas. Creo con firmeza que en esta vida no hay malos ni buenos sino que actuamos en función de las circunstancias de cada uno.

Ahora comprendo que nuestros sentimientos tienen fuertes efectos y el amor, como sentimiento que es, se trata del más fuerte de todos ellos. Mi vida, por fin, se ha convertido en contemplar el sol los días de lluvia.

Soy feliz viendo cómo vivo agradecida de lo mucho que aprendo cada día...

He descubierto que lo más grande en mí es vivir para amar y ser feliz con todo lo que aprendí en esta noche oscura de soledad.

2. PSICOSIS

INTRODUCCIÓN

La psicosis es una experiencia psicopatológica subjetiva y dimensional, influenciada por los esquemas cognitivos y socioculturales del individuo, que reflejan una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, del estilo de pensamiento, de pérdida de las fronteras del yo o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

Se calcula que entre el **13 y el 23% de la población general** presentará sintomatología psicótica al menos una vez en su vida, y entre el 1 y el 4% cumplirá criterios diagnósticos de un trastorno del espectro psicótico. En **prisión** la prevalencia de estos procesos se multiplica hasta por **10 veces**. Su importancia radica en la gran pérdida de calidad de vida, tanto del enfermo como de la familia de este, que genera (representa una de las primeras diez causas de discapacidad por enfermedad según la OMS) así como del alto coste social derivado, al afectar a sujetos jóvenes en sus años de máxima potencialidad académica y laboral (se calcula que supone el 10% de la carga económica global de los trastornos mentales en Europa). Además de su coste económico hay que marcar el coste en sufrimiento que puede alcanzar, ya que supone una de las principales causas de muerte por suicidio en jóvenes (hasta el 15% de los pacientes, disminuyendo el riesgo a medida que evoluciona la enfermedad).

La presencia de síntomas psicóticos transitorios indica vulnerabilidad y pueden evolucionar a un trastorno persistente y clínicamente relevante, dependiendo del grado de exposición a síntomas ambientales (cannabis, alcohol y otras drogas psicoactivas, acontecimientos vitales estresantes o traumáticos).

El debut suele presentarse a lo largo de la adolescencia o primeros años de la vida adulta (probablemente más tardío en la mujer, lo que ha hecho pensar en un efecto protector de los estrógenos).

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS (DSM-5)

Trastorno delirante
Trastorno esquizotípico de la personalidad
Trastorno psicótico breve
Trastorno esquizofreniforme
ESQUIZOFRENIA
Trastorno esquizoafectivo
Trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos
Trastorno psicótico debido a otra afección médica
Catatonía asociada a otro trastorno mental
Trastorno catatónico debido a otra afección médica
Catatonía no especificada
Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

ETIOLOGÍA

En los últimos años se ha producido un cambio en la conceptualización de la enfermedad, pasando a ser considerado un trastorno **heterogéneo** con afectación multisistémica desde el inicio de su curso, además de las alteraciones psicopatológicas, que incluyen anomalías cardiometabólicas (diabetes, aumento de la grasa visceral, muerte súbita de origen cardíaco...),

así como procesos inflamatorios y un envejecimiento acelerado, que globalmente justifican una pérdida de esperanza de vida de hasta 15 años.

La heterogeneidad en la presentación clínica, curso, respuesta al tratamiento y factores asociados responde a una etiopatogenia variada que produce diferentes síndromes conductuales que se agrupan bajo una misma denominación.

En su aparición estarían implicados:

1.- Factores genéticos: se considera que la esquizofrenia tiene un componente hereditario superior al 80% y, aunque el mecanismo exacto se desconoce, se considera que sea de un modo complejo. Se han encontrado múltiples asociaciones genéticas que incrementan su riesgo (variaciones en más de 800 genes relacionados con el neurocrecimiento, la migración celular, la sinaptogénesis, la apoptosis, la regulación de la membrana sináptica, la transducción de señales mediadas por G4, la regulación de la neurotransmisión glutamérgica y GABAérgica, los receptores 5HT y DA...).

2.- Factores ambientales: particularmente su interacción durante la vida intrauterina. Se ha relacionado con complicaciones obstétricas y perinatales (infecciones víricas, infección por T. gondii, desnutrición, incompatibilidad Rh, autoinmunidad, hemorragias, hipoxia...) así como con la edad de los padres. Pero, además, el estrés, el abuso de sustancias (THC y LSD entre otros), las adversidades sociales durante la infancia, la migración, los abusos, la urbanidad...serían factores que podrían predisponer.

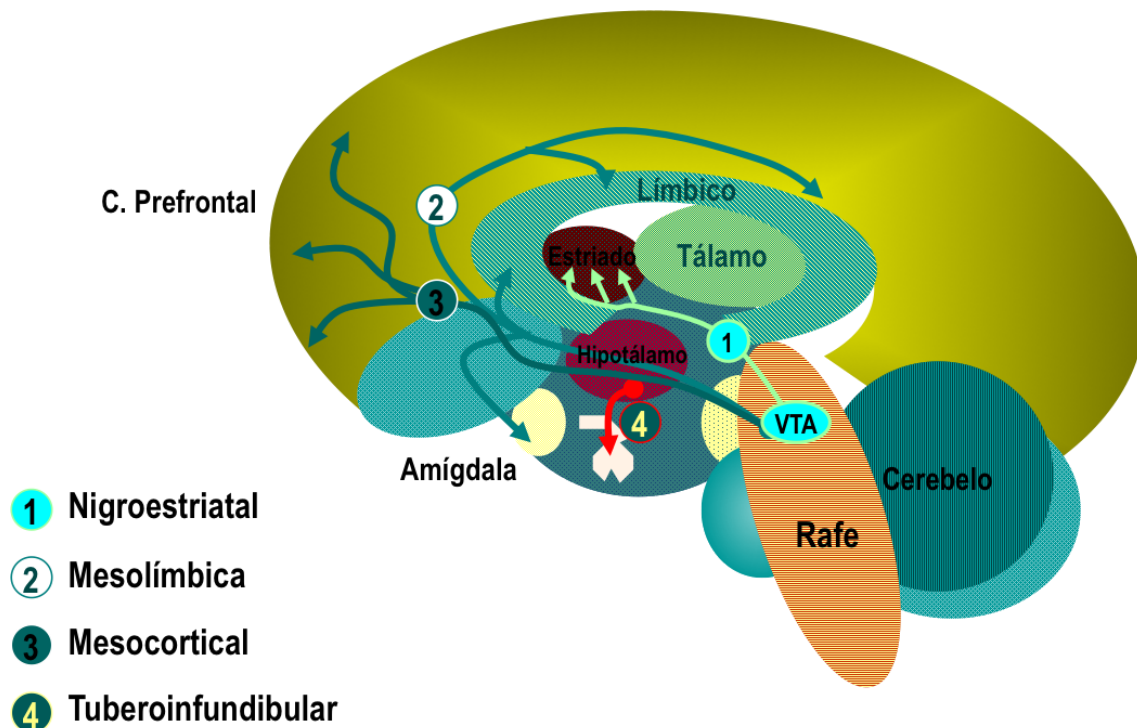
A lo largo de los últimos años las diversas teorías etiopatogénicas que se han desarrollado han sido principalmente:

1.- Interacción gen- ambiente, epigenética y vulnerabilidad al estrés.

2.- Trastorno del neurodesarrollo progresivo. Basado en los siguientes supuestos:

- Inicio durante el desarrollo del SNC (teoría del doble impacto).
- Progresión hasta el umbral crítico.
- Modificación progresiva de la masa cerebral que se ralentiza con los años, y en la que se evidencia una pérdida de sustancia gris y blanca y un agrandamiento de los ventrículos laterales.
- Deterioro cognitivo y funcional.

3.- Hipótesis neuroquímica: del desequilibrio de los neurotransmisores a los síntomas psicóticos (DA, GABA, ACH y glutamato). La enfermedad sería el resultado de una hiperactividad dopaminérgica en la zona subcortical (síntomas psicóticos) y una hipofunción prefrontal (síntomas negativos y cognitivos).



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de psicosis y su tipificación posterior, es eminentemente clínico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

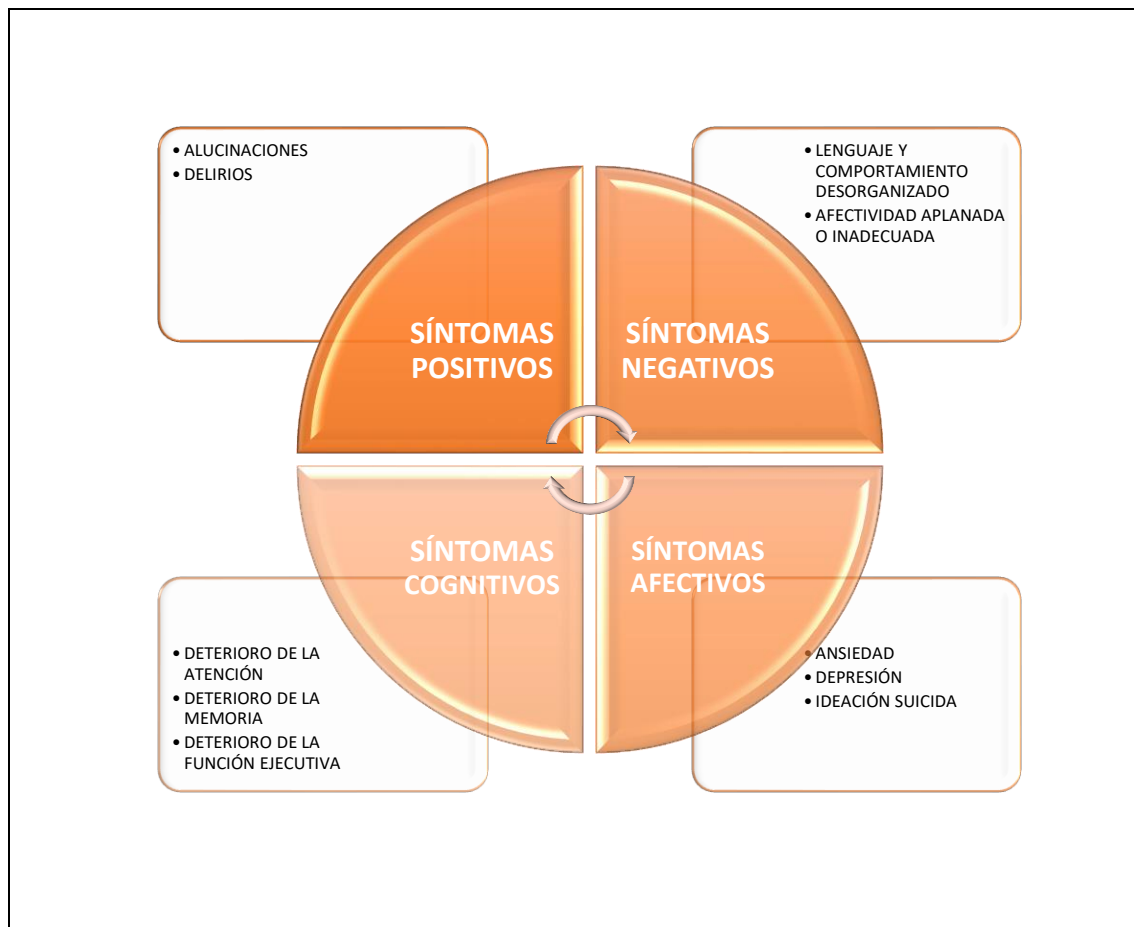
1.- Fase premórbida

Son aquellas anomalías subclínicas (cuantitativas y cualitativas) que anteceden a las manifestaciones psicopatológicas y funcionales propias de los trastornos psicóticos. En esta fase, aunque el individuo es consciente de los cambios que se están produciendo en su pensamiento y en sus relaciones interpersonales, éstos no le hacen aún perder el contacto con la realidad.

SÍNTOMAS PREMÓRBIDOS DE LA ESQUIZOFRENIA

CONDUCTA	Cambios del comportamiento Pasividad e irritabilidad Lenguaje fuera de lo común Desorganización en las actividades cotidianas Descuido de la higiene personal Quejas somáticas inespecíficas
PENSAMIENTO	Ideas extrafalarias Preocupaciones restringidas
COGNITIVOS Y MOTORES	Déficits neuromotores Déficit de concentración y atención
SOCIAL Y LABORAL	Deterioro del funcionamiento laboral Aislamiento social Experiencias perceptivas raras

2.- Fase sintomática



Sintomatología comórbida:

- Sintomatología endocrina, la esquizofrenia se asocia a diabetes, dislipemia e hipertensión (conectados a través de la resistencia insulínica y que conforman el llamado síndrome metabólico) y la hiperprolactinemia de forma independiente al tratamiento. Agravado por factores como el sedentarismo y el hábito tabáquico.
- Sintomatología neurológica menor, supone una inadecuada integración de la sensibilidad, la coordinación motora y su secuenciación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
NEUROIMAGEN ESTRUCTURAL	Disminución del volumen cerebral Ventriculomegalia Disminución de los lóbulos frontales, temporales e hipocampo Asimetría cerebral
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Disminución de la densidad de las dendritas Alteraciones en la estructura cortical y límbica
NEUROIMAGEN FUNCIONAL	Disminución de la actividad prefrontal Activación de patrones anormales en el área temporal
ELECTROFISIOLOGÍA	Amplitud anormal de las ondas P50 y P300
NEUROQUÍMICA	Aumento de las citoquinas proinflamatorias (IL-1, IL-6, TNF-alfa, IFN- gamma, aumento del NO, expresión disminuida del receptor NMDA en el hipocampo)
ENDOCRINOLOGÍA	Disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal Hiper cortisolemia Resistencia insulínica

CURSO Y PRONÓSTICO

Un 20% de los pacientes con un primer episodio psicótico del espectro esquizofrénico no recaerán en un periodo de seguimiento de 5 años (periodo de máximo riesgo de recaída). De los que recaen, hasta el 70% alcanzarán un periodo de estabilización sin deterioro significativo posterior. La esquizofrenia propiamente, tiene un curso muy variable según los casos, lo que lleva a afirmar que no es una enfermedad única.

FACTORES BUEN PRONÓSTICO	FACTORES MAL PRONÓSTICO
Inicio agudo y tardío	Inicio insidioso y temprano
Factores desencadenantes identificables y corregibles	Ausencia de factores precipitantes
Buena adaptación social, laboral y afectiva premórbida	Mala adaptación social, laboral y afectiva premórbida
Antecedentes familiares de trastorno afectivo	Historia familiar de esquizofrenia
Buen soporte sociofamiliar	Escaso apoyo familiar
Predominio de síntomas positivos	Predominio de síntomas negativos
Presencia de síntomas afectivos	Síntomas y signos de deterioro neuropsicológico
Sexo femenino	Antecedentes de complicaciones obstétricas
	Ausencia de conciencia de enfermedad
	Persistencia del cuadro y/o recaídas frecuentes

Per se, la presencia de esquizofrenia supone una **reducción de la supervivencia de hasta 15 años**, debido al aumento de las patologías médicas concurrentes (Síndrome metabólico, ciertos tipos de cáncer...), aumento del consumo de sustancias tóxicas (incluido el tabaco) y el mayor riesgo de suicidio.

ESCALAS DE USO HABITUAL EN LAS PSICOSIS	
SINTOMATOLOGÍA POSITIVA Y NEGATIVA	PANSS
SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA	Escala de Hamilton (HDRS)
VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	Test de Rey, WAIS-III...
EFFECTOS ADVERSOS	UKU
FUNCIONAMIENTO GLOBAL	GAF/ EEAG, BELS, WHODAS-2
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	APGAR FAMILIAR, FAMILY QUESTIONNAIRE
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	SFS, LSP
CALIDAD DE VIDA	WHOQOL, EUROQOL...

Dado este exceso de mortalidad debido a patologías de carácter orgánico, aunque los servicios especializados sigan siendo los principales responsables en el curso de la enfermedad, los profesionales de la atención primaria tienen un papel fundamental en:

- Detección precoz y diagnóstico temprano.
- Alianza terapéutica de calidad.
- Derivación en caso de recaídas.
- Administración de psicofármacos (tratamientos directamente observados, tratamientos de liberación prolongada, tratamientos agudos...).
- Control de la salud física.
- Supervisión de efectos secundarios.
- Councelling a pacientes y sus familias.

TRATAMIENTO

Basado en el **modelo conceptual de Caplan** sobre el tratamiento comunitario de las enfermedades mentales que incluye la prevención primaria o reducción de los factores de riesgo, la secundaria o identificación y el tratamiento precoz y la terciaria, destinada a limitar las consecuencias de la cronicidad. Con la desinstitucionalización, el modelo asistencial tiende a un aumento de recursos de rehabilitación (específicos para cada fase y que incluyen desde las Unidades de Salud Mental, las unidades de hospitalización breve-intermedia y larga estancia, unidades de tratamiento asertivo comunitario y unidades de rehabilitación psicosocial entre otros) dirigidos a disminuir o enlentecer el deterioro funcional derivado de la enfermedad grave. Durante todo el proceso terapéutico debe buscarse una adecuada alianza entre el paciente, su entorno familiar y el equipo asistencial. Cada vez es un proceso más multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermero de salud mental, médico de atención primaria, enfermero de atención primaria, trabajador social, familias, asociaciones de pacientes y asociaciones de familiares...), con participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su propia salud (menos hospitalocéntrico).

En el **tratamiento psicofarmacológico** los antipsicóticos continúan siendo la primera línea. Han demostrado eficacia en el control de las alucinaciones y delirios, pero no en el resto de los síntomas. Su mecanismo de acción se basa en el antagonismo dopaminérgico y su potencia en la afinidad por el receptor D2. Se clasifican en dos categorías: **típicos** o de primera generación (efectos secundarios extrapiramidales) y **atípicos** o de segunda generación (efectos secundarios de tipo endocrino-metabólicos). Se debe buscar la monoterapia siempre que sea posible. Utilidad de las formulaciones de liberación sostenida (aumentan el periodo entre ingresos).

ANTISPICÓTICOS MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA

	GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS mg/ día	PRESENTACIONES
1ª GENERACIÓN	FENOTIACINAS	Clorpromazina	Largactil	300-800	Comp, gotas, viales
		Perfenazina	Decentan	12-24	Comp
		Levopromazina	Sinogan	50-300	Comp, gotas, viales
	BUTIROFENINAS	Haloperidol	Haloperidol	5-25	Comp, gotas, viales
	TIOXANTENOS	Zuclopentisol	Cisordinol Clopixol	25-150	Comp, viales (acufase y depot)
2ª GENERACIÓN	DIBENZODIAZEPINA	Clozapina	Leponex Nemea	100-700	Comp
	TIENOBENZODIAZEPINA	Olanzapina	Zyprexa	5-30	Comp, vial
			Zyphadera	210-405	
	BENZAMIDA	Amisuprida	Solian	25-1200	Comp
	DIBENZOTIAZEPINA	Quetiapina	Seroquel	500-1000	Comp
	BENZTIAZOLILPIPERAZINA	Ziprasidona	Zeldox	80-160	Comp, viales
	DIHIDROQUINOLONA	Aripiprazol	Abilify	15-30	Comp, viales
			Maintena	300-400	
	FENILINDOL	Sertindol	Serdolect	12-20	Comp
	BENZISOXASOL	Risperidona	Risperdal	2-8	Comp, gotas, viales
			Risperdal consta	25-150	
			Paliperidona	3-12	
			Xeplion Trevicta	25-150 175-525	
	TETRACÍCLICO	Asenapina	Sycrest	5-20	comp

EFFECTOS SECUNDARIOS

Trastornos metabólicos
 Acatisia
 Parkinsonismo
 Disquinesias tardías
 Distonías
 Efectos anticolinérgicos (destaca deterioro cognitivo)
 Hiperprolactinemia
 Alteraciones del ritmo cardiaco (destaca prolongación intervalo QT) y muerte súbita
 Disfunción sexual
 Agranulocitosis
 Convulsiones
 Síndrome neuroléptico maligno
 Sedación
 Hipotensión

El **tratamiento psicoterapéutico** va dirigido a disminuir la vulnerabilidad de la persona, reducir el impacto de los eventos estresante, minimizar los síntomas, mejorar la calidad de vida, reducir el riesgo de recaídas, mejorar las estrategias de comunicación y afrontamiento y aumentar la adherencia terapéutica. Los que tienen más evidencia son los basados en la Terapia Cognitivo-Conductual, la rehabilitación cognitiva y la terapia de familia. Pese a antiguas premisas, en la actualidad se acepta el empleo de técnicas basadas en los principios del psicoanálisis y la psicodinamia, para ayudar a los pacientes a entender la experiencia psicótica y las relaciones interpersonales (favorece una imagen integrada).

De forma aislada, en procesos muy graves y refractarios a tratamiento, se utilizan **terapias biológicas** como la electroconvulsiva (TEC), la neuroestimulación cerebral profunda, estimulación magnética transcraneal, fototerapia y privación de sueño entre otras.

INDICACIONES DE LA TEC

POR DIAGNÓSTICO

- Episodio depresivo mayor (uni o bipolar)
- Episodio maniaco
- Esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados (desorganización grave y situaciones de alto riesgo de suicidio por alteraciones graves del ánimo asociadas)
- Catatonia
- Síndrome neuroléptico maligno
- Otros trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, epilepsia refractaria...)

POR SITUACIÓN CLÍNICA

- Necesidad de respuesta rápida
 - Mayor uso asociado a otros tratamientos
 - Antecedentes de mejor respuesta a TEC que a fármacos
 - Antecedentes de falta de respuesta o intolerancia a tratamientos farmacológicos
 - Preferencia del paciente
-

SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA:

OBJETIVOS

1. Potenciar la conciencia de hábitos saludables (higiene, alimentación, trastornos del sueño, ocupación del tiempo libre, salud sexual, consumo de tóxicos...).
2. Favorecer la adherencia al tratamiento.
3. Favorecer la identificación de síntomas.
4. Promover una reducción del riesgo metabólico.
5. Mejorar la calidad de vida.
6. Aumentar la autonomía personal.

PROCESO

La base de estos objetivos se encuentra en los principales diagnósticos de enfermería e intervenciones en pacientes con psicosis. Dichos diagnósticos los podríamos resumir en los siguientes:

- Ansiedad.
- Temor (1).¹
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de autocuidado: baño/ higiene.
- Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento.
- No seguimiento del tratamiento (1).
- Alteración del patrón de sueño (1).
- Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros (1).
- Trastorno de la autoestima.
- Trastorno de la identidad personal.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Alteraciones de los procesos familiares (1).

(¹) Principales diagnósticos de enfermería asociados a Síndrome Delirante.

- Aislamiento social (1).
- Alteraciones sensorio-perceptivas.
- Alteración en los procesos del pensamiento (1).
- Déficit de actividades recreativas.
- Dificultad para el mantenimiento del hogar.
- Trastorno de la comunicación verbal.

El tratamiento específico de enfermería en pacientes con trastornos psicóticos podría resumirse en:

1. **Trabajar el riesgo nutricional y metabólico**, a través de la educación para la salud fomentando hábitos saludables y realizando un seguimiento de parámetros antropométricos para el cálculo de riesgo cardiovascular real. Seguimiento de salud física

Nombre: Edad: Altura:				
	Valor basal	3 meses	6 meses	1 año
Fecha				
Tabaco	N.º cig./día	N.º cig./día	N.º cig./día	N.º cig./día
Alcohol	UBE/semana	UBE/semana	UBE/semana	UBE/semana
Peso	kg	kg	kg	kg
Perímetro	cm	cm	cm	cm
TA				
Pruebas analíticas	Valor basal Glucosa: Colesterol total: HDL: LDL: Triglicéridos: Prolactina:		1 año Glucosa: Colesterol total: HDL: LDL: Triglicéridos: Prolactina:	

2. Prevenir los trastornos de la eliminación.
3. **Prevenir las alteraciones cognitivas** (trabajar la comunicación y a través de ello mejorar la auto percepción y la autoestima así como el sentimiento de autoeficiencia).
4. Mejorar las **relaciones interpersonales** y minimizar las repercusiones del trastorno.
5. Mejorar las dificultades en la **esfera sexual**.
6. Adaptación y tolerancia al estrés.

DIAGNÓSTICOS ENFERMERO	DEFINICIÓN	ETIOLOGIA	SÍNTOMAS	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	CRITERIOS DE RESULTADO
RIESGO DE AUTOLESIÓN O VIOLENCIA HACIA OTROS	Riesgo de comportamientos en los cuales el individuo demuestra que puede ser física, psíquica o sexualmente dañino (hacia él u otras personas)	Susplicacia Angustia Impulsividad Alucinaciones y/ o interpretaciones delirantes	Lenguaje corporal (rigidez postural, tensión facial, hiperactividad, respiración)	Reconocimiento precoz de los síntomas para evitar escalada Proteger la integridad del paciente y de terceros	Reducir el nivel de estímulos ambientales Observación frecuente del paciente Retirar objetos peligrosos Intentar redirigir la violencia Mantener la calma mientras se recluta al suficiente personal Administrar medicación si se indica y monitorizar efecto y secundarismos Contención física Control de contención cada 30 minutos (TA, ligaduras, estado de extremidades, cuidados básicos de higiene, hidratación y alimentación, posición...) Retirada progresiva de ligaduras	Reducción del nivel de agresividad y riesgo de lesiones Mejora del contacto con la realidad
 AISLAMIENTO SOCIAL	Experiencia de soledad, percibida como impuesta por otros y vivida de forma negativa	Desconfianza Angustia Regresión Ideas delirantes Experiencias pasadas de dificultad de interacción Comportamientos inaceptables socialmente	Evitación del contacto (físico, visual, comunicación, desafección...) Posición fetal Ausencia de intereses Rumiación Manierismos	Participar en actividades grupales (inicialmente personas conocidas y posteriormente grupo amplio)	Contactos breves pero frecuentes Generar ambiente de confianza y positivo Representar punto de apoyo en momentos de angustia y miedo Ser honesto Respetar el espacio físico Administrar medicación por prescripción, monitorizando efectos y secundarismos Detectar incrementos de ansiedad y ayudar a su reducción Refuerzo positivo	Muestra de deseo de socialización Participación voluntaria en actividades grupales Interacción individual adecuada

AFRONTAMIENTO INEFICAZ	Ausencia de recursos adecuados para hacer frente a estresores	Desconfianza Angustia Vulnerabilidad personal Baja autoestima Autoconcepto negativo Inadecuado soporte sociofamiliar	Susplicia Participación social inadecua Incapacidad para cubrir las necesidades básicas Inadecuado uso de los mecanismos de defensa	Uso de patrones de respuesta e interacción más adaptativos	Promover el desarrollo de relaciones Evitar el contacto físico Ser honesto Buscar aproximaciones creativas a los miedos y promover su verbalización Verificar toma de tratamiento Evitar actividades competitivas Mostrarse cercano pero asertivo	Aproximación realista a las situaciones y expresión adecuada de sus sentimientos Reconocimiento y clarificación de las posibles mal interpretaciones de los comportamientos y verbalización de ello Ingesta y toma de medicación correcta Colaboración con terceros
ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN (VISUAL/AUDITIVA)	Cambio en la cantidad o calidad de los estímulos entrantes, acompañado de una respuesta disminuida, exagerada o distorsionada a los mismos	Angustia Pérdida del Yo	Hablan o se ríen de él Postura de escucha Bloqueos del pensamiento Cambios rápidos de humor Pensamiento desorganizado Respuestas inapropiadas Desorientación Falta de atención Distorsiones en las sensaciones	Hablar del contenido de las alucinaciones Ser capaz de reconocer la ausencia de realidad de las mismas o reducir la angustia en relación a su presencia	Observar la presencia de signos que indiquen la presencia de alucinaciones Evitar el contacto físico Favorecer la verbalización del contenido de las alucinaciones No reforzar las alucinaciones Tratar de conectar la presencia de alucinaciones con el aumento de la angustia Tratar de distraer al paciente ante la presencia de alucinaciones	Reconocimiento del aumento extremo de la angustia ante la presencia de alucinaciones Reconocimiento del aumento de la ansiedad y puesta en marcha de técnicas para frenar su incremento
TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO	Disrupción en las actividades y operaciones cognitivas	Desconfianza Angustia Miedos Fractura del Yo	Interpretaciones delirantes Falta de concentración Hipervigilancia Distraibilidad Dificultad para la toma de decisiones, resolver problemas, abstraer, cálculos... Comportamiento social inadecuado Pensamientos bizarros	Identificación y verbalización que las falsas ideas ocurren al tiempo que incrementa la ansiedad Verbalización de la imagen de realidad basada en sus pensamientos Diferenciación entre los pensamientos delirantes y la realidad	No confrontar las falsas creencias, pero no identificarse con ellas Establecer la duda razonable Ayudar a conectar las falsas creencias con el incremento de la ansiedad y establecer técnicas para controlar esta última Reforzar el contacto con la realidad	Orientación del pensamiento hacia la realidad Mantenimiento de actividades de la vida diaria Abstención de respuesta afectiva o conductual ante la presencia de las ideas delirantes

						Ayudar a verbalizar angustia, miedo e inseguridades	
COMUNICACIÓN VERBAL ALTERADA	Disminución, retraso o ausencia de habilidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema simbólico (la comunicación)	Alteración de la percepción Desconfianza Angustia Regresión Desorganización del pensamiento Fractura del yo	la	Asociaciones laxas Neologismos Ensalada de palabras Ecolalia Mutismo Pensamiento concreto Ausencia de contacto visual	Capacidad para mantener la conversación en torno a un único tema, con contacto visual adecuado, durante un tiempo limitado Llevar a cabo una comunicación efectiva	Validación y clarificación Consistencia en la relación Usar la técnica de la verbalización implícita en mutismos Anticiparse a las necesidades de cuidados hasta que la comunicación sea efectiva	Comunicación verbal y no verbal efectiva Interrupción del proceso de angustia que se inicia al detectar la desorganización del pensamiento
DÉFICITS DE AUTOCUIDADO	Habilidad insuficiente para realizar o completar las actividades de la vida diaria	Ruptura del yo Regresión Angustia Deterioro cognitivo o perceptivo desconfianza	o	Incapacidad para comer Rechazo del aseo Apariencia inadecuada por selección incorrecta de la ropa Inadecuado control de esfínteres	Verbalizar el deseo de realizar actividades de la vida diaria Desarrollar de forma autónoma las actividades de la vida diaria	Refuerzo positivo Estimular la autonomía Ayudar en acciones concretas y explicar lo que se busca con ellas Control estricto de ingesta (rechazo/ chucherías) Establecer rutinas en el aseo y uso del baño	Sentimiento de capacidad Adecuación en el vestido Óptimos niveles de higiene personal de forma regular y autónoma
INSOMNIO	Alteración en la cantidad o calidad del sueño que provoca repercusiones funcionales	Angustia Miedos Alucinaciones Delirios		Insomnio de conciliación Despertar precoz Aumento de la irritabilidad Bostezos	Regulación de la arquitectura del sueño	Medidas estrictas en la regulación del descanso Antipsicóticos sedantes a la hora del sueño Higiene del sueño Ejercicios de relajación	Inicio del sueño antes de 30 minutos de ir a la cama Conseguir al menos 6 horas de sueño consecutivas Ausencia de necesidad de hipnóticos

3. TRASTORNOS ORGÁNICOS

La clasificación en psiquiatría de los trastornos en orgánico y funcional ha quedado obsoleta, en la medida que en un sentido amplio todos los procesos psiquiátricos tienen una base biológica (una alteración estructural o neuroquímica), por lo que el grupo de síndromes incluidos en anteriores clasificaciones en este capítulo, en la última edición del DSM han pasado a ser incluidos bajo el epígrafe **“Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos”** y se desconoce cómo vendrán recogidos en la futura revisión del CIE, posiblemente como **“Trastornos exógenos”**.

Se trata de cuadros clínicos que obedecen a una causa médica detectable que agrede al Sistema Nervioso Central (SNC) y provoca una alteración en la vida psíquica y en la conducta del sujeto. En la expresión clínica influye tanto la personalidad del sujeto como las circunstancias ambientales.

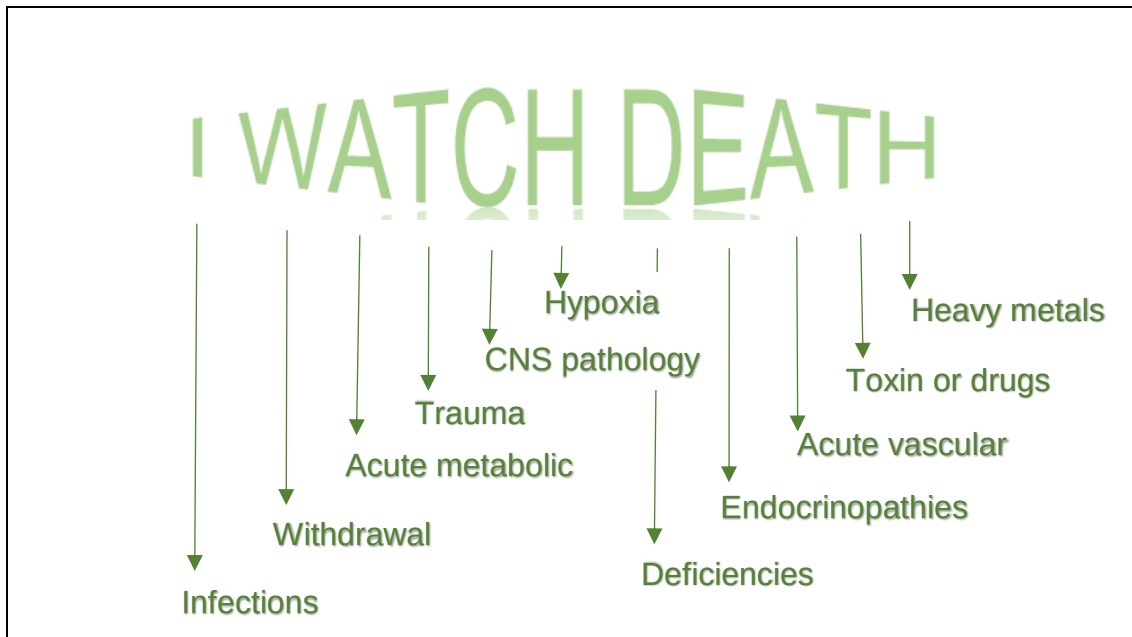
Esta serie de trastornos mentales tienen como características en común:

- a) Una etiología demostrable y con secuencia temporal evidenciable.
- b) Una lesión o una enfermedad cerebral (cambios estructurales en las células nerviosas).
- c) Afecciones médicas que causen una disfunción cerebral (afectación de las funciones neuronales) pudiendo deberse a:
 - Enfermedades o lesiones que afecten al cerebro de modo directo.
 - Secundarias a una entidad médica general.

Su incidencia ha aumentado significativamente como consecuencia de la prolongación de la esperanza de vida (aunque puede producirse a cualquier edad, especialmente en personas hospitalizadas por cualquier causa), constituyendo un importante problema de salud pública en los países industrializados con un elevado coste social y económico.

Se han dividido tradicionalmente por su forma de presentación en:

- **Agudos o subagudos** (instauración en horas o días). Tienen como síntoma principal la alteración del nivel de conciencia (“delirium”). Tienden a ser reversibles.



Regla mnemotécnica propuesta en 1996 por Wise y Gray.

- **Crónicos (semanas o más tiempo).** Su principal característica es la alteración de las capacidades intelectuales y de la personalidad (demencia). Su curso suele ser lento e insidioso y tienden a la irreversibilidad.

Incluye básicamente las siguientes entidades:

- el delirium o síndrome confusional,
- la demencia,
- el trastorno amnésico
- y los trastornos específicos (epilepsia, traumatismos craneoencefálicos, lesiones ocupantes de espacio...).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS EXÓGENOS

TRASTORNOS PSÍQUICOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES CEREBRALES

- Patología vascular cerebral
- Enfermedades degenerativas del SNC
- Epilepsia
- Tumores intracraneales
- Meningitis
- Encefalitis
- Enfermedades desmielinizantes
- Reacciones inflamatorias o alérgicas
- Traumatismos

INFECCIONES GENERALIZADAS

TRASTORNOS ASOCIADOS A OTRAS AFECCIONES SOMÁTICAS

- Trastornos endocrinos
- Trastornos metabólicos y de nutrición
- Trastornos por consumo de sustancias y venenos
- Trastornos puerperales

Los factores que pueden influir en las consecuencias de los trastornos exógenos son:

- 1- **Factores previos:** personalidad premórbida (constitución mental, vulnerabilidad genética, enfermedad psiquiátrica previa), competencia social, acontecimientos vitales previos y dificultades psicosociales preexistentes (domésticas, financieras, ocupacionales)
- 2- **Factores relacionados directamente con la lesión:** edad, extensión y localización de la lesión, epilepsia, reacciones emocionales secundarias al déficit mental y físico, circunstancias del suceso (significado atribuido) e iatrogenia.
- 3- **Factores psicológicos:** estado mental del paciente en el momento de la lesión, memoria de lo ocurrido y afrontamiento.
- 4- **Factores sociales:** relación interpersonal con la familia y amigos, fuentes materiales, presencia de procesos compensatorios y apoyo social.

CLÍNICA GENERAL DE LOS TRASTORNOS EXÓGENOS

AGUDOS

Alteración del nivel de vigilancia: hipovigilancia y desorientación

Alteraciones psicomotoras: inquietud, agitación

Trastornos del pensamiento

Alteraciones de la memoria: alteración de la memoria de fijación

Alteraciones perceptivas: alucinaciones visuales

Alteraciones emocionales: reacciones de ansiedad, pánico o cólera

Sintomatología somática: sudoración, elevación de la temperatura, síntomas neurológicos diversos, modificaciones de la frecuencia cardíaca

Otras: rasgos histriónicos, rasgos paranoides y rasgos esquizofreniformes

CRÓNICOS

Alteraciones del comportamiento general: actos grotescos o absurdos

Alteraciones del pensamiento: déficit global de la inteligencia y de la capacidad de juicio

Alteraciones del lenguaje

Alteraciones de la memoria: puede presentar todo tipo de alteraciones, inicialmente amnesia de fijación, seguida de amnesia de evocación (Ley de Ribot), fenómenos paraamnesicos compensatorios, desorientación temporoespacial

Alteraciones emocionales: labilidad, tristeza, euforia insulsa, cambios bruscos e inmotivados

Cambios caracteriológicos: se vuelven más agrio, más egoísta, más irritable, se acentúan los defectos previos

Otras: síntomas histéricos conversivos por aumento de la sugestionabilidad, síntomas obsesivos, alucinaciones visuales, auditivas, táctiles o de contenido paranoide

Ante un cuadro psicopatológico concreto, es de gran importancia **descartar** que tenga un origen somático, tanto en personas con antecedentes psiquiátricos como en los que carecen de ellos, porque no siempre esta etiología es evidente. Por ello, en la **anamnesis** es necesario incluir los antecedentes, tanto personales como familiares, no solo el consumo de drogas sino también la de fármacos, prescritos y no prescritos, así como de productos de parafarmacia e incluir constantes (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación) además de algunas **pruebas diagnósticas** como la analítica general que incluya iones, perfil tiroideo, vitaminas, test de embarazo en mujeres, orina elemental y serología, estudio

del líquido cefalorraquídeo, electrocardiograma (EKG), electroencefalograma (EEG) y frecuentemente alguna prueba de imagen como la tomografía axial computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	DEMENCIA	DELIRIUM
INICIO	Lento	Rápido
DURACIÓN	Meses a años	Horas a semanas
ATENCIÓN	Conservada	Fluctuante
MEMORIA	Deterioro de la memoria remota	Deterioro de la memoria reciente e inmediata
DISCURSO	Dificultad para encontrar palabras	Incoherente
CICLO SUEÑO- VIGILIA	Sueño fragmentado	Interrupción frecuente Inversión
PENSAMIENTOS	Empobrecimiento	Desorganizado
CONCIENCIA	Sin cambios	Reducción
ALERTA	Normal	Alterada (reducción o aumento)

El tratamiento es etiológico, cuando la causa tiene un tratamiento específico, y en caso contrario centrado en el control de los síntomas. Es fundamental tanto la prevención de su aparición como el diagnóstico precoz (mal pronóstico, hasta un 50% de mortalidad en las formas agudas y aceleración de la progresión de la enfermedad de base en las formas crónicas).

FÁRMACOS

FÁRMACOS	NOMBRE COMERCIAL	USO	DOSIS
CARBAMAZEPINA	TEGRETOL	Tónico- clónicas, generalizadas, parciales	600-1200
CLONAZEPAM	RIVOTRIL	Ausencia, mioclónicas atípicas	2-12
ETOSUXIMIDA	ETOSUXIMIDA	Ausencias	1000-2000
FENITOINA	EPANUTIN	Tónico- clónicas generalizadas, parciales, estatus epiléptico	300-500
FENOBARBITAL	LUMINAL	Tónico- clónicas generalizadas	100-200
GABAPENTINA	NEURONTIN	Crisis parciales complejas	900-3600
LACOSAMIDA	VIMPAT	Crisis parciales con o sin generalización	200-400
LAMOTRIGINA	LAMICTAL	Crisis parciales complejas, generalizadas	600-2400
LEVETIRACETAM	KEPRA	Tónico- clónicas, generalizadas, parciales, mioclónicas	500-3000
OXCARBAMAZEPINA	TRILEPTAL	Parciales	300-500
PRIMIDONA	MYSOLINE	Parciales	750-1000
TIAGABINA	GABITRIL	Generalizadas	32-56
TOPIRAMATO	TOPAMAX	Crisis parciales complejas	200-400
VALPROATO	DEPAKINE	Ausencias, mioclonías, tónico- clónicas generalizadas, acinéticas, parciales	750-1000
ZONISAMIDA	ZONEGRAN	Generalizadas	400-600

Seguimiento de enfermería

Se trata de situaciones con una **alta demanda de cuidados de enfermería**, tanto relacionados con el cuidado del propio paciente como de sus cuidadores (alto riesgo de sobrecarga que ha de prevenirse).

Los objetivos de los cuidados de enfermería estarían destinados a:

- Facilitar un ambiente coherente y rutinario, evitando la sobreestimulación y favoreciendo la orientación temporoespacial continua.
- Favorecer un ambiente de seguridad en el que se pueda mover el paciente.
- Acompañar a la familia para detectar signos de riesgo de claudicación.

Es una situación que puede variar rápidamente y que exige un análisis continuo para adaptarse a las nuevas circunstancias que se van produciendo.

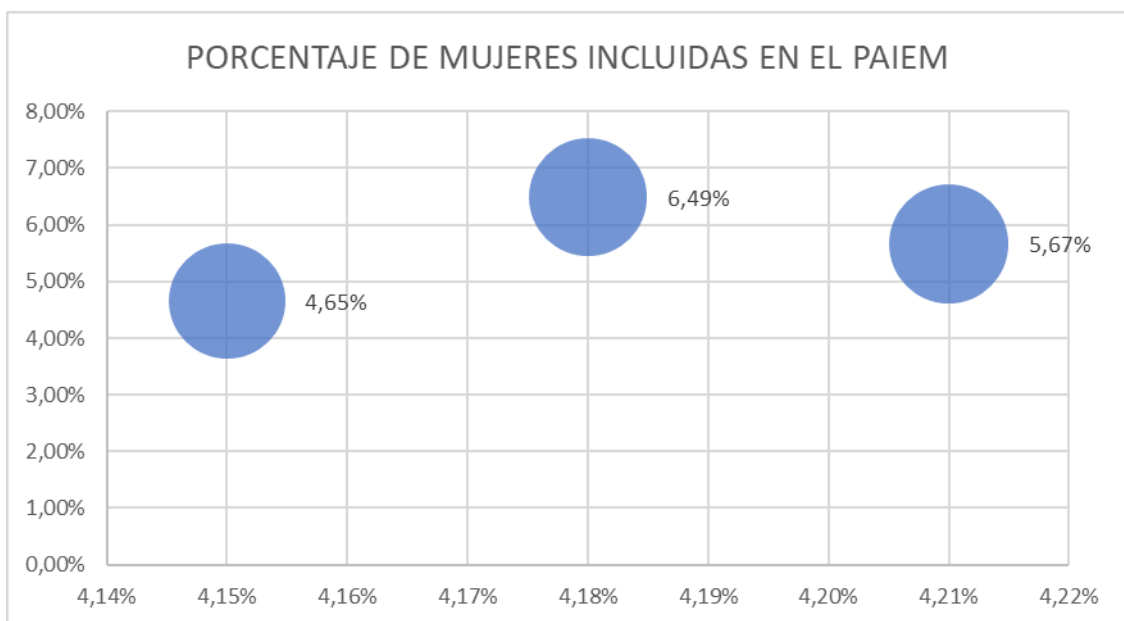
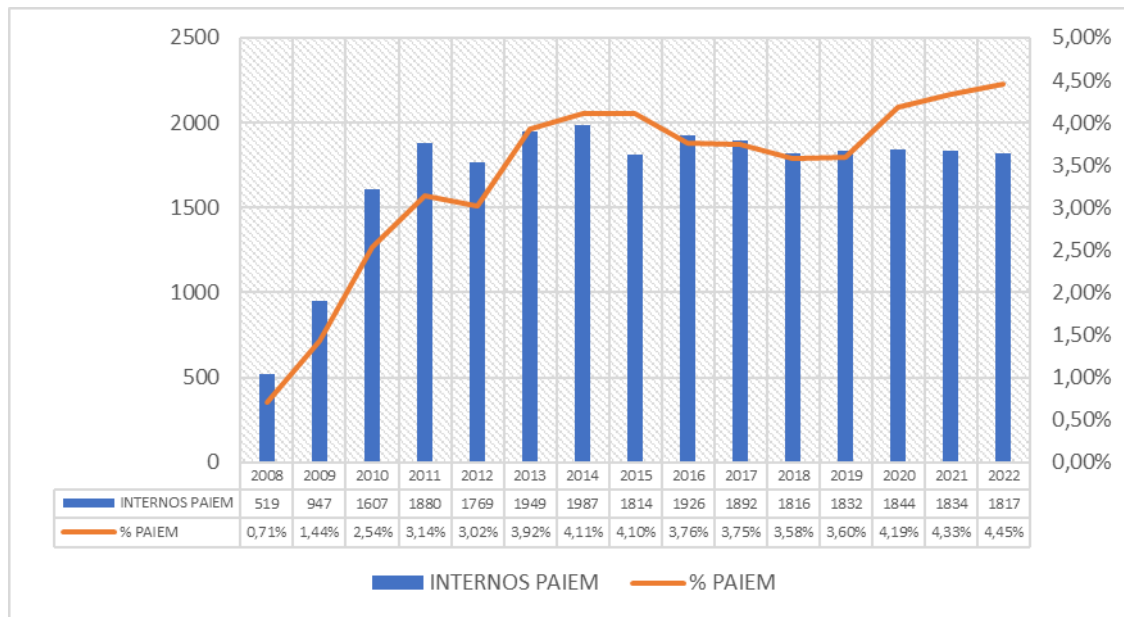
Principales diagnósticos de enfermería:

1. Trastorno de la comunicación verbal.
2. Dificultad para el mantenimiento del hogar.
3. Potencial de lesión.
4. Déficit de autocuidado: alimentación.
5. Déficit de autocuidado: baño/ higiene.
6. Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento.
7. Alteración de la nutrición: por defecto.
8. Alteración del patrón de sueño.
9. Alteraciones sensorio-perceptivas.
10. Alteración de los procesos del pensamiento.
11. Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros.
12. Trastorno de la movilidad física.
13. Alteración de los procesos familiares.

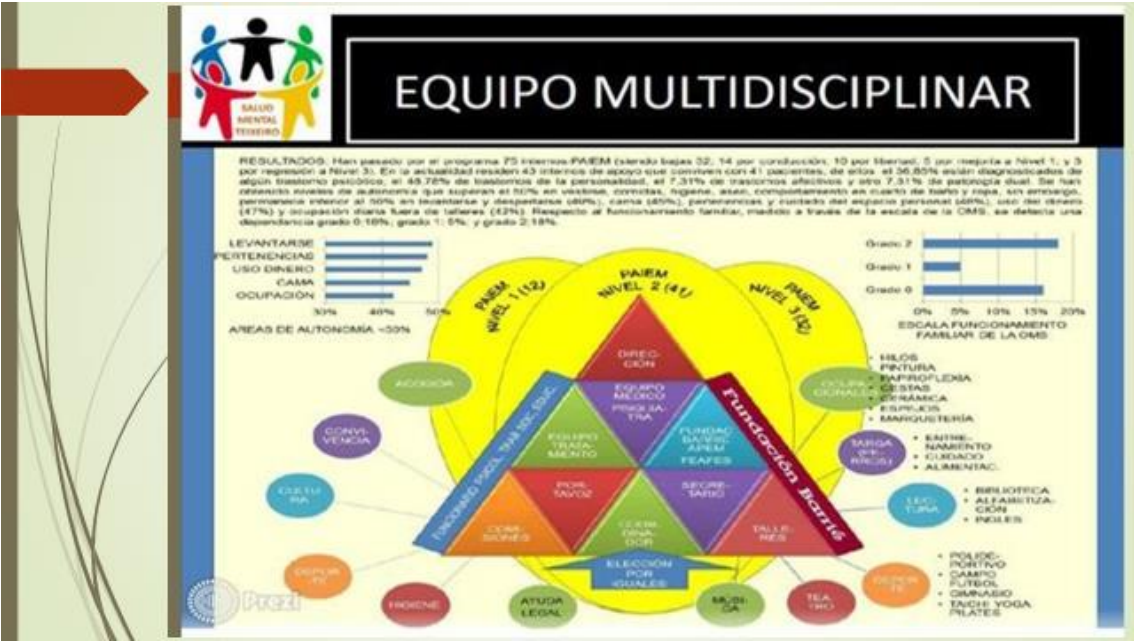
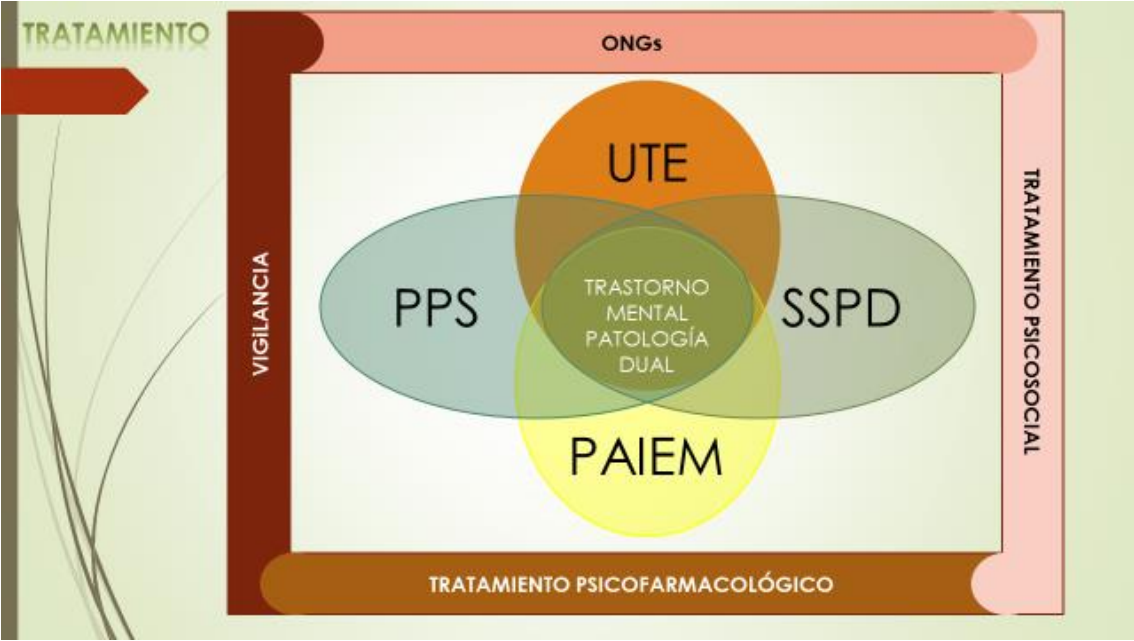
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DEFINICIÓN	ETIOLOGIAS	CARACTERISTICAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	CRITERIOS RESULTADO
RIESGO DE LESIONES	Aumento del riesgo de lesiones accidentales	Desorientación Estado confusional Debilidad, descoordinación motora Convulsiones Problemas de memoria Déficits sensoriales Agitación	Tropezos, caídas o golpes contra los muebles Cortes o quemaduras accidentales	Supervisión de las actividades Prevención de lesiones	Mejorar las condiciones de seguridad en situaciones de desorientación o confusión Ayudar a mejorar la orientación Reducir la hiperactividad mediante medicación sedante Orientar a los cuidadores sobre su manejo	Realización de actividades diarias en condiciones de seguridad Los cuidadores son capaces de proveer medidas de seguridad en circunstancias concretas
RIESGO DE VIOLENCIA	Riesgo de comportamientos en los cuales el individuo demuestra que puede ser física, psíquica o sexualmente dañino (hacia él u otras personas)	Interpretaciones delirantes Suspiciona Alucinaciones Ilusiones Desorientación y estado confusional Déficit de control de impulsos	Inadecuada percepción del medio Lenguaje corporal Ideación suicida Déficit cognitivo Humor depresivo	Manejar el nivel de violencia hasta evitar el daño a sí mismo o terceros	Evaluar el nivel de ansiedad y conductas que indican aumento de la ansiedad Reducir el nivel de estímulos ambientales Eliminar los elementos potencialmente peligrosos Buscar el suficiente personal por si fuera necesaria una contención Mantener la calma Ayudar a la orientación Uso de medicación sedante o medidas restrictivas bajo indicación facultativa Técnicas de relajación Enseñar a los cuidadores a detectar precozmente episodios con riesgo de violencia	Manejo de estas situaciones por parte de los cuidadores (prevención por detección precoz) Con ayuda del cuidador el paciente es capaz de controlar sus impulsos redirigiendo su violencia
CONFUSION CRÓNICA	Deterioro progresivo e irreversible de la inteligencia y de la personalidad, caracterizado por una reducción de la capacidad de interpretar los estímulos del medio, manifestándose por una	Edad avanzada Enfermedad vascular Hipertensión Hipoxia cerebral Abuso de sustancias Exposición a tóxicos Otros	Alteración de la interpretación de la realidad, de la personalidad, de la respuesta a estímulos Evidencia clínica de disfunción orgánica Disfunción de la memoria (a corto y largo plazo) y de la socialización	El paciente acepta las explicaciones sobre la inadecuación de su interpretación de lo que ocurre en el medio Con ayuda del cuidador es capaz de interrumpir fenómenos de pensamiento no basados en la realidad	Ayudar en la reorientación y capacitar al cuidador para hacerlo Dar un feedback positivo cuando expresa pensamientos o realiza conductas apropiadas Explicaciones sencillas y frente a frente, evitando gritar	Con ayuda del cuidador consigue distinguir la realidad de lo que no es El cuidador es capaz de ayudar a reorientarse el paciente cuando lo necesita

	alteración en la conducta, memoria y orientación		Deterioro cognitivo Nivel de conciencia mantenido		Expresar dudas razonables a pensamientos suspicaces Romper con rumiaciones entorno a ideas falsas	
DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS	Disminución de la capacidad para alcanzar unos cuidados básicos diarios de una forma autónoma	Deterioro cognitivo	Incapacidad para asearse, para vestirse, para alimentarse y/ o para ir al aseo	El paciente participa con ayuda de su cuidador en sus cuidados básicos El paciente mejora su autonomía a la hora de realizar sus actividades básicas	Promover un ambiente estructurado y simple que minimice la confusión Planificar los cuidados	El paciente participa en su cuidado básico hasta ganar una progresiva autonomía
DIFICULTADES EN LA PERCEPCIÓN	Cambio en la cantidad o calidad de los estímulos de entrada acompañado de una respuesta distorsionada a los mismos	Alteración de la estructura o función cerebral por: Edad, Enfermedad vascular, Hipertensión, Tóxicos...	Dificultades de concentración Alteraciones sensoriales Alucinaciones Desorientación Respuestas inadecuadas Soliloquios Suspiciencia	Mantenimiento de orientación con ayuda externa Respuesta apropiada a los estímulos	Reducción de estímulos externos No reforzar las alucinaciones Reducir la angustia asociada a la percepción inadecuada Favorecer la sensación de seguridad	Ayudar al cuidador a manejar estas situaciones (facilitando el reconocimiento de signos y síntomas de alteración en la percepción y su resolución)
BAJA AUTOESTIMA	Evaluación negativa de uno mismo (sentimientos o capacidades)	Baja independencia en el funcionamiento, en la capacidad de recuerdo y en la comunicación verbal	Aislamiento Rechazo en la participación en terapias y autocuidados Exacerbación de la dependencia	Reintegración voluntaria del desarrollo de actividades con ayuda y sin ella	Estimulación a la expresión de sentimientos de pérdida Desarrollo de métodos de ayuda en los déficits mnésicos Facilitar la comunicación verbal Estimular la rememoración Estimular la participación grupal Mostrar empatía ante dificultades Aumentar la independencia y el autocuidado	Alcanza las iniciativas propuestas de autocuidado Relación con otros con un nivel de angustia mínimo
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	Dificultad para el desarrollo del papel de cuidador	Severidad de los cuidados Cronicidad y complejidad de los cuidados Ausencia de ayuda en los cuidados Aislamiento	Miedo a la institucionalización Miedo al futuro Dificultad para alcanzar objetivos marcados	Facilitar la verbalización de los miedos y dificultades Demostrar la eficacia en la resolución de los problemas y en el desarrollo de estrategias adaptativas	Facilitar información sobre las habilidades necesarias y formas de anticiparse a las necesidades Búsqueda de soportes comunitarios Facilitar expresión afectiva (angustia y miedo) Grupos de pares	Capacidad de resolver efectivamente los problemas y tener conciencia de ello Patrones de afrontamiento efectivos Expresión abierta de sentimientos Colaboración en grupos de pares

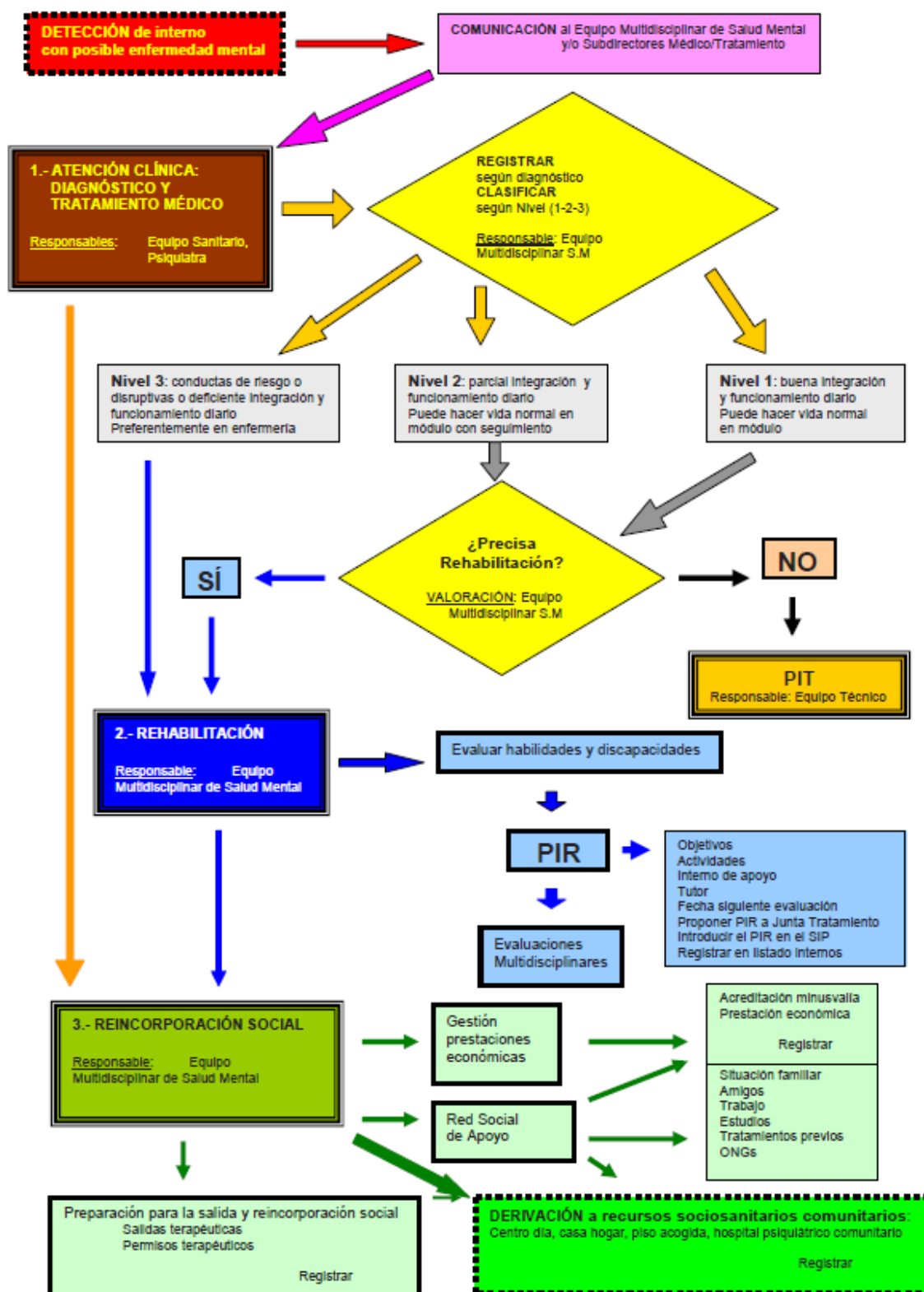
4. PAIEM



ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PAIEM Y RELACIÓN CON OTROS PROGRAMAS



Anexo 4 ITINERARIO DEL INTERNO CON ENFERMEDAD MENTAL



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
- Ausencia de conductas de riesgo - Ausencia de conductas disruptivas - Ausencia de síntomas positivos - Síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración y funcionamiento diario.	BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes) NIVEL 1 Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.
Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren parcialmente el funcionamiento diario y la integración al medio	RESPUESTA PARCIAL (Si está cualquiera de los criterios presentes) NIVEL 2 Precisa seguimiento. Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos
- Persistencia de conductas de riesgo - Persistencia de conductas disruptivas - Síntomas positivos que interfieren significativamente el funcionamiento y la integración al medio	MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes) NIVEL 3 Precisa control. (BAJA ADAPTACIÓN) Interno de apoyo

TRASTORNOS MENTALES

Entre las personas ingresadas en los centros penitenciarios son frecuentes los problemas de salud mental. Los estudios realizados (DGIP 2006, PRECA 2009, ESDIP 2016 y 2022) señalan que en torno a un tercio de los internos han sido diagnosticados de uno o varios trastornos mentales, destacando los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos. El consumo de drogas es frecuente en estas personas, configurando en estos casos dos trastornos, la patología dual. De ahí que la prevalencia de internos en tratamiento psicofarmacológico sea elevada.

La enfermedad mental compromete la globalidad de la persona, ya que a las afecciones biológicas (alteraciones estructurales y funcionales) se unen las afecciones psicológicas (limitaciones personales de actividad) y sociales (restricciones a la participación social).

Estas características se manifiestan de forma más acentuada en aquellas personas que padecen un Trastorno Mental Grave (TMG), colectivo al cual va dirigido el Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM). Los trastornos mentales graves, (TMG) a diferencia de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y, por lo general, menos incapacitantes), se caracterizan por tener mayor gravedad clínica (incluyen trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores y algunos trastornos graves de la personalidad), duración de la enfermedad y del tratamiento (superior a dos años) y discapacidad importante con disfunción severa en el funcionamiento social.

El TMG cursa con un deterioro importante, que se evidencia a través de diversas

discapacidades, con pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales, por una afectación severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar. Además, puede haber un determinado nivel de dependencia, ya que en ocasiones estas personas no se pueden valer por sí mismas, y precisan de la ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria para su autonomía personal.

OBJETIVOS PAIEM

Las intervenciones con la población interna con TMG en los centros penitenciarios se fundamentan en las necesidades de este colectivo. Por ello los objetivos se concretan en:

- Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- Mejorar la calidad de vida de los internos con enfermedad mental, aumentando la autonomía personal y la adaptación al interno.
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio- sanitario comunitario, para la continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo, una vez el interno con TMG abandona el centro penitenciario.

Estos objetivos se corresponden con tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: atención clínica, rehabilitación y reinserción social, desarrolladas por los profesionales de los centros penitenciarios, entidades del tercer sector e instituciones.

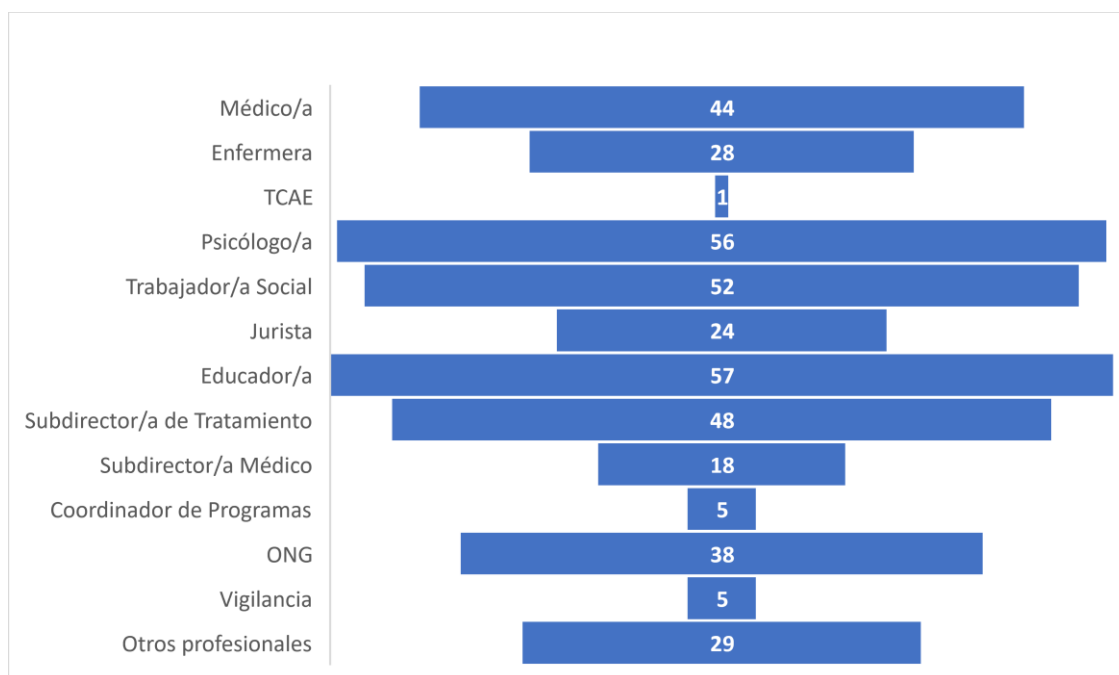
EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

El diseño y ejecución del PAIEM en cada centro penitenciario corre a cargo de un Equipo Multidisciplinar propio, con las siguientes funciones:

- Conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro.
- Establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de Intervención.
- Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades (Anexo 2 del PAIEM).
- Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos.
- Diseñar y ejecutar para cada interno el plan de reincorporación social (PIR).
- Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento y Comisión Disciplinaria a los efectos que procedan.

Composición

De los **65** Equipos Multidisciplinares del PAIEM constituidos, la distribución de los profesionales que los conforman es la siguiente.



Composición de los Equipos Multidisciplinares del PAIEM

Es fundamental la incorporación en los Equipos de profesionales de las entidades del tercer sector, entidades que desempeñan un papel primordial en todo el proceso de recuperación de estas personas como, sobre todo, en la reincorporación a la sociedad. Por la misma razón, la participación en estos Equipos de psiquiatras consultores o pertenecientes a los sistemas autonómicos de salud y la de fiscales. La participación en los Equipos Multidisciplinares de los subdirectores de tratamiento del CIS t a m b i é n es importante, ya que facilita la toma de decisiones y la coordinación en los momentos de progresión de grado y derivación a CIS de internos con TMG, facilitando la coordinación de procesos.

Coordinación

Uno de los integrantes del Equipo Multidisciplinar, realiza las funciones de coordinación, efectuando esta función entre los miembros del propio equipo como en la relación con otros estamentos del centro penitenciario.

INSTITUCIONES Y ENTIDADES DEL TERCER SECTOR

Aunque no formen parte de los Equipos Multidisciplinares, hay otros profesionales de Instituciones y entidades del tercer sector de apoyo al PAIEM, que participan en la ejecución de actividades de atención clínica, rehabilitación y reinserción, de forma puntual o regular. En algunos centros no hay participación de estas entidades, lo que dificulta considerablemente la rehabilitación y reincorporación social de internos con TMG.

POBLACIÓN ATENDIDA

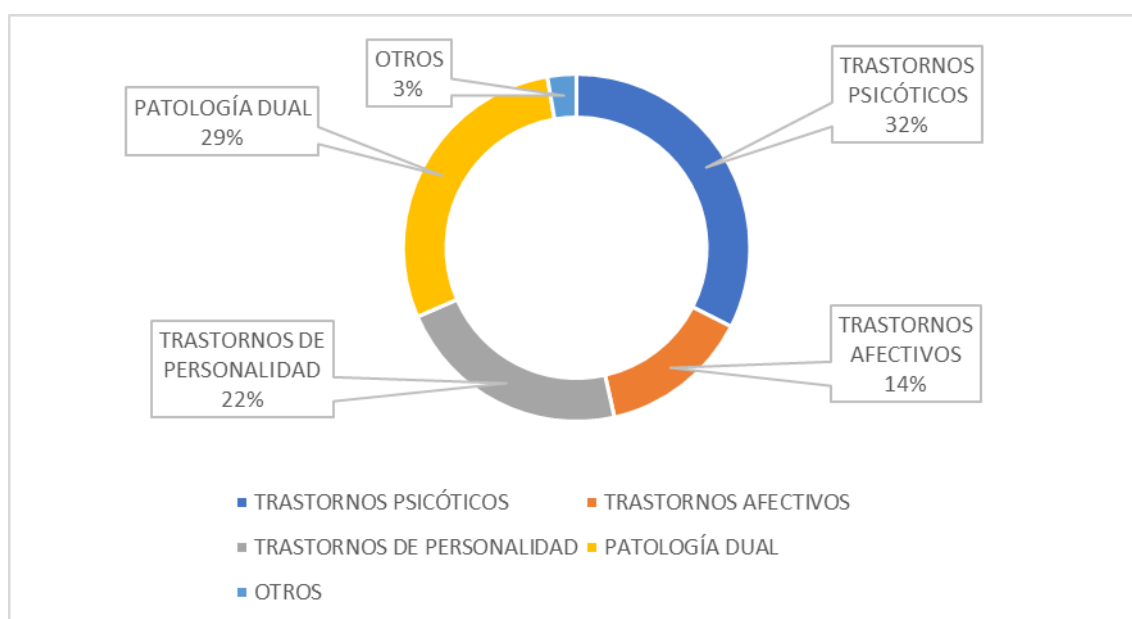
A fecha 31/12/22, se encontraban incluidos en dicho programa un total de 1.817 personas, según reporte de los centros. De ellas, 162 eran mujeres (8,91% de las personas integradas en el programa). Estos datos representan el 4,45% de la población total privada de libertad (4,21% de los hombres y 5,67% de las mujeres). El Programa Marco fija como indicador de calidad el 4%.

Durante el año 2022, un total de 2.768 personas fueron atendidas en el programa.

ATENCIÓN CLÍNICA

El primer requisito para desarrollar una intervención eficaz en materia de salud mental con la población privada de libertad es la detección de los casos, su diagnóstico clínico y la instauración de un tratamiento farmacológico que conduzca a la estabilización de los enfermos. En todos los centros penitenciarios se desarrollan actividades propias de la Atención Clínica, tanto por parte de los Equipos Sanitarios de Atención Primaria de los establecimientos como por especialista en Psiquiatría (ya sea como consultores, ya pertenezcan a los Servicios Autonómicos de Salud Mental correspondientes).

En el **76%** de los centros la consulta de psiquiatría se efectúa en el interior, mientras que en el 24% es en el hospital de referencia comunitario.



Tipo de trastorno de los internos en PAIEM

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

El segundo objetivo del PAIEM se corresponde con la rehabilitación psicosocial, dirigida a conseguir la recuperación en la medida de lo posible de las capacidades personales, aumentar la autonomía personal, la calidad de vida y la adaptación al entorno, evitando el deterioro psicosocial, la marginación y la discriminación.

NIVELES

Los internos con TMG se incluyen en uno de los Niveles de Intervención, de acuerdo con las características clínicas y las respuestas a los tratamientos farmacológicos:

- Nivel 1. Buena respuesta, con ausencia de conductas de riesgo y disruptivas y posibilidad de existencia de síntomas, pero los que presentan no interfieren significativamente en la integración y funcionamiento diario. Precisan seguimiento haciendo vida normal en los módulos.
- Nivel 2. Respuesta parcial, persisten síntomas positivos y/ o cognitivos y/ o afectivos que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración. Precisan seguimiento y preferentemente pueden hacer vida normal en los módulos. en ellos se hace una valoración individual de la necesidad de Interno de Apoyo (IA).
- Nivel 3. Mala respuesta y bajo nivel de adaptación dada la persistencia de conductas de riesgo y/ o disruptivas y de síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio. Precisan control y preferentemente están ingresados en el departamento de enfermería y requieren la asignación de un IA.

En diciembre de 2022, la distribución de las personas incluidas en el PAIEM es el siguiente.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
NIVEL 1	720	43,5	85	53,1	805	44,3
NIVEL 2	765	46,2	55	34,4	820	45,1
NIVEL 3	172	10,4	20	12,5	192	10,6
	1657		160		1817	

Distribución porcentual de los internos por Niveles de Intervención.

INTERNOS DE APOYO

Dentro del PAIEM constituyen un elemento destacado los “Internos de Apoyo” (IA), quienes reciben una formación específica por medio de un curso de 300 horas de duración, organizado por TPFE- Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, obteniendo una titulación de “Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanías”, desempeñando en los centros este puesto de trabajo, por el que perciben una retribución económica. Las funciones de los internos de apoyo del PAIEM están reguladas por la orden de servicio 7/2008 del TPFE, consistiendo principalmente en ayudar a internos con TMG en la alimentación e higiene, facilitar su integración y las relaciones interpersonales de los enfermos de su entorno, y acompañar a los enfermos mentales en las actividades terapéuticas (asistencia a terapias, a consulta, a talleres...). **Desde el año 2008 un total de 878 internos han realizado el curso** de 300 horas que les da la titulación. En la actualidad un total de **112** Internos están desempeñando este puesto de trabajo.

En definitiva, es conveniente la generalización en todos los centros de estas actividades, en especial las de psicoeducación y restantes de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía, deporte, escuela, talleres de manualidades y ocupacionales, talleres formativo- laborales y destinos.

ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN

Una vez efectuada la evaluación de habilidades y discapacidades, por medio de la Escala Anexo 2 del PAIEM, el Equipo Multidisciplinar elabora el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), en el que se determinan los objetivos terapéuticos y las actividades de rehabilitación a realizar para conseguirlos.

Estas actividades van dirigidas a remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía posible de los internos con TMG, en el grado que estos puedan alcanzar.

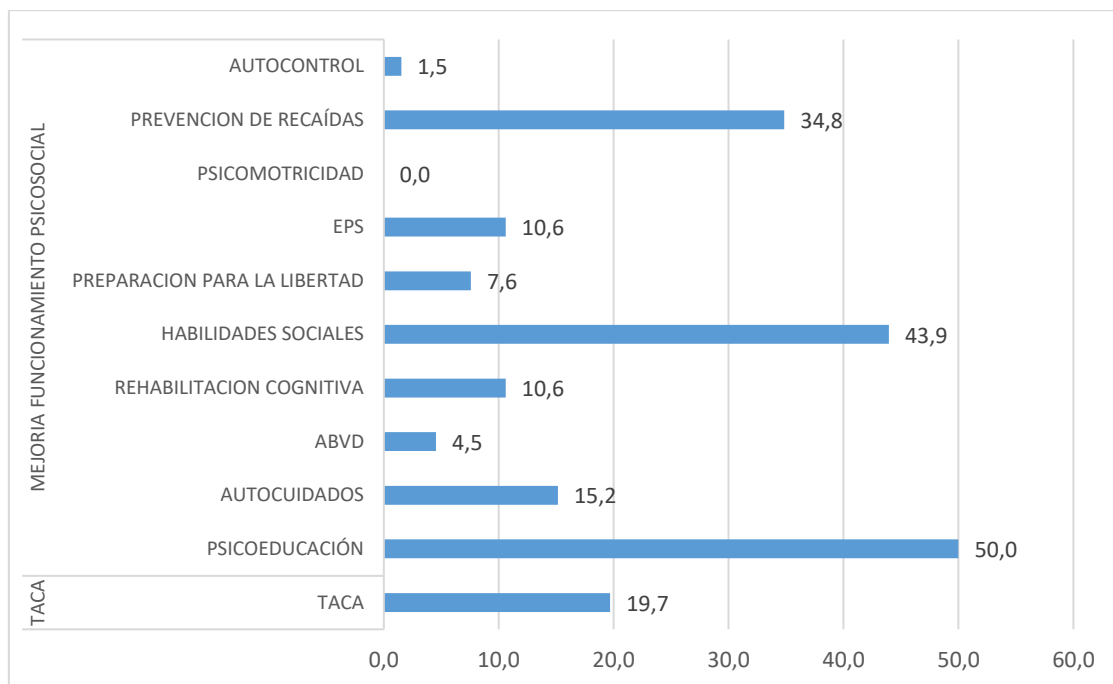
Por un lado, están las actividades denominadas “comunes”, en las que los internos con TMG participan conjuntamente con la población general del centro, y por otro las “específicas”, dirigidas exclusivamente a los internos con TMG.

Las distintas actividades que se realizan en los centros penitenciarios se pueden clasificar desde el punto de vista de la rehabilitación, en los siguientes grupos:

- **Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía.**
 1. Psicoeducación. Una de las actividades principales de la rehabilitación, y base para desarrollar las demás. Se basa en que cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Consiste en la educación o información que se ofrece al paciente con el objetivo de que entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. Se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacer frente a su enfermedad y a mantenerse con el tratamiento farmacológico, trabajando la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, y evitar en lo posible

las recaídas.

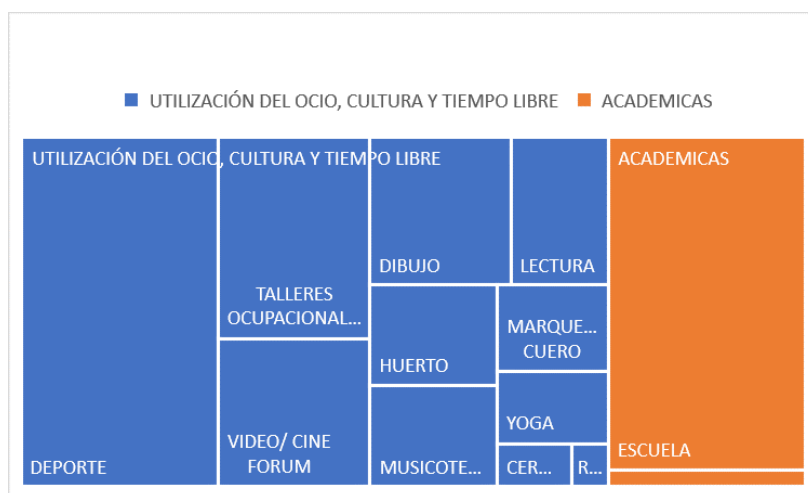
2. Rehabilitación de déficits cognitivos. Se trata de incidir de forma concreta sobre procesos cognitivos básicos, como la atención y la memoria, para una mejora en el funcionamiento social y de la autonomía del interno con TMG.
3. Prevención de recaídas en el consumo de drogas. Actividad fundamental en el colectivo de personas con TMG, en las que según los estudios en torno al 75% consume sustancias de abuso.
4. Habilidades sociales. El entrenamiento en habilidades sociales tiene como fin enseñar a ejecutar comportamientos en situaciones sociales, mejorando la competencia social, habilidades instrumentales para que la persona obtenga independencia y beneficios materiales, tales como dinero, vivienda, amigos...y habilidades interpersonales que posibiliten que la persona haga amigos, disfrute de relaciones íntimas, muestre afecto...
5. Actividades de la vida diaria. Tratan de potenciar las habilidades y recursos de los pacientes para posibilitarles un adecuado desempeño en las áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la independencia y la autonomía. Se diferencian:
 - Las AVD básicas o autocuidados, inciden en el aseo personal (higiene personal, vestido) y hábitos de vida (sueño, alimentación, salud).
 - Las AVD instrumentales o autonomía, trabajan aspectos relacionados con la vivienda (limpieza, organización, cocina...), manejo social (manejo del dinero, uso de medios de comunicación y transporte, recursos comunitarios formativos y laborales), educación vial y realización de trámites burocráticos.
6. Psicomotricidad. Favorece el autoconocimiento y la relación con los objetos, el espacio, consigo mismo y con los otros. Para permitir la reeducación de determinados aspectos como la sociabilidad, la comunicación con los demás y el medio, los trastornos motores, la percepción, el desarrollo cognitivo y la expresión corporal.



Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía

OTRAS ACTIVIDADES:

- Actividades de utilización del ocio, cultura y tiempo libre.
- Actividades de terapia asistida con animales (TACA).
- Actividades académicas.
- Actividades formativo- laborales y de integración laboral.



TACA, académicas, formativo-laborales y de integración laboral, porcentaje por centros

REINSERCIÓN: SALIDAS A LA COMUNIDAD, PERMISOS Y DERIVACIONES A CENTROS DE LA COMUNIDAD

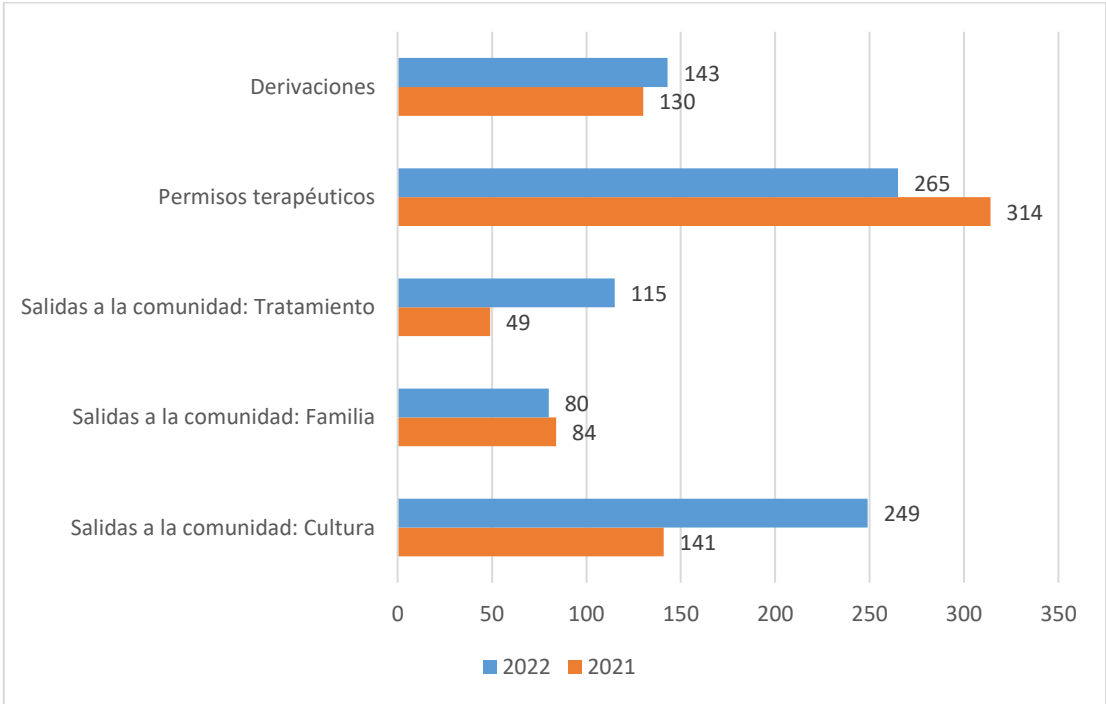


Gráfico 4.7.9 Distribución por salidas, permisos y derivaciones a centros comunitarios en PAIEM