

## **ATENCIÓN SECUNDARIA EN PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL**

### **GENERALIDADES**

Las funciones asistenciales de un equipo en psiquiatría infantojuvenil son fundamentalmente de dos tipos, por una parte la hospitalaria, hacia los pacientes de origen psiquiátrico ingresados, atendiendo las necesidades de la psiquiatría de enlace (interconsulta), en apoyo a la urgencia hospitalaria, resolviendo las urgencias psiquiátricas de tipo infantojuvenil; y por otra ambulatoria, con atención hacia los pacientes que proceden del propio hospital, del centro de asistencia en psiquiatría infantojuvenil (CAPIP), de la red de la Seguridad Social (psiquiatría de zona, pediatría, médico de familia), o bien de origen espontáneo

El equipo de asistencia hospitalaria en psiquiatría infantojuvenil necesita una estructuración compleja de tipo multidisciplinar y desde nuestra experiencia es indispensable la coordinación entre el equipo pediátrico, tanto de médicos, ATS como de psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales

En algunos aspectos, con fines de eficacia asistencial y para favorecer una calidad será necesario que se creen programas especiales de asistencia a los que, entonces, se dedica especialmente un equipo, formado por los profesionales más adecuados, en función del interés y de la capacidad (como pueda ser p.ej: trastornos de alimentación, diálisis, oncología, quemados, hiperactividad, suicidio, trasplantes, etc.)

Es aconsejable que el marco teórico de una unidad de psiquiatría Infantojuvenil sea plural dentro del modelo biopsicosocial pues permite el trabajo integrado e integrador en equipos con profesionales distintos (psiquiatras y psicólogos básicamente) de orientaciones diferentes, que se convierten en una posibilidad enriquecedora a la hora de abordar la complejidad del paciente a asistir.

Centrándonos especialmente en la hospitalización, vamos a exponer las líneas generales de mayor interés.

### **HOSPITALIZACIÓN: INTRODUCCIÓN:**

Generalmente desde un punto de vista epidemiológico, se considera que el 15 % de los niños y adolescentes presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticable en un momento determinado de su evolución madurativa y que entre el 1-2 % éste trastorno es, lo

suficientemente perturbador o grave como para requerir un tratamiento intensivo, en ingreso.

La necesidad de la inclusión de la atención psiquiátrica en la práctica asistencial global con la aplicación de criterios y valoraciones adecuadas de tipo psicopatológico a los pacientes ingresados en un hospital general, junto a las necesidades asistenciales de los pacientes psiquiátricos, es donde está la razón del incremento en la incidencia de ingresos observada, en todas partes, sin que todavía hayamos llegado a la situación de los Estados Unidos, donde los ingresos de adolescentes aumentó de 17.000 en el 80 a 38.000 en el 86.

Al hablar de hospitalización, de un paciente psiquiátrico en edad infantojuvenil, nos referimos siempre a un ingreso de corta estancia (6 a 40 días). Generalmente, indicado como respuesta a una crisis aguda, o para realizar una forma de intervención en situación de crisis, pero en otros casos con una finalidad diagnóstica, debido a la posibilidad de realizar técnicas que fuera del hospital no serían posibles, o también con la finalidad de establecer una acción terapéutica determinada, como pueda ser una parentectomía o otros aspectos del tratamiento con los trastornos alimentarios por ejemplo; la hospitalización intervendrá en el niño y la familia; permitirá preparar al niño para un tratamiento de tipo ambulatorio posterior y establecer las bases de las estrategias terapéuticas en todos los ámbitos donde se desarrolla la vida del niño.

No intenta reconstruir la personalidad del niño sino hacer los cambios mínimos para que el niño retorne, lo mas pronto posible, a la comunidad y proseguir en ella la consecución total de la acción terapéutica, cuyo fin primordial es el desarrollo adaptativo, por lo tanto de interacción constante por parte del niño con su ambiente natural y propio

## **OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN**

Puede ser orientador en primer lugar considerar los criterios de ingreso propuestos por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry que recomienda tener en cuenta los siguientes: (1989)

1. Trastorno que altera el funcionamiento diario de por lo menos dos áreas de la vida del niño (escolar, social, familiar).
2. El tratamiento propuesto es adecuado para esos problemas y probablemente útil.
3. No es posible el abordaje ambulatorio, se valora como probablemente ineficaz o ha sido intentado infructuosamente.

Debemos considerar en primer lugar que la valoración de los objetivos de la hospitalización determina, básicamente, como prioritarios los siguientes: a) Las intervenciones y recursos utilizados, en función de cada problema motivo de ingreso y de cada paciente, por una

parte y por otra b) La duración del ingreso.

Esta situación aconseja que en lo posible, para cada caso, se instaure una ordenación de sistemática, dentro del marco global de la rutina específica de aquel proceso que justifica su ingreso, con todo se llegará entonces, a que los objetivos propuestos estén lo mas explícitamente manifiestos.

Definir los objetivos es más complicado en el tratamiento de niños y adolescentes, que en los adultos, por varias razones:

- 1) El paciente acude al hospital por un conjunto de problemas más amplio donde se encuentran, fácilmente, desde síntomas agudos hasta trastornos del desarrollo, cuando no están los problemas, motivo de atención, complexificados entre si. Tal situación amplía la actitud expectante del personal sanitario que se encuentra frente a problemas mucho mas diferentes y diversos, que los que la clínica pediátrica habitual les tiene acostumbrados y se producen reacciones de sorpresa, desorientación y perplejidad que a la vez que son innecesarios son también perjudiciales para la asistencia del paciente.
- 2) El tratamiento no se dirige solo al niño hospitalizado sino al niño y a la familia juntos; a veces incluso conviene extender el grupo de allegados o a mas gente. La orientación terapéutica debe prever cuando se diseñan actitudes y formas de atención, las iniciativas imprevisibles generadas por personal y personas de buena fe, que de acuerdo a criterios populares o de otro tipo adopten ciertas actitudes y acciones que en ciertos casos pueden ser beneficiosos, pero que generalmente generan perturbaciones en el curso evolutivo (personas de trabajos auxiliares, trabajadores de empresas concertadas de limpieza, familiares de otros enfermos de la misma sala, etc)
- 3) No debe olvidarse que la necesidad de elaborar el diagnóstico por si mismo no es la justificación del ingreso y por lo tanto no lo explica: El ingreso, en la mayoría de los casos, es la consecuencia de los matices que imprimen al paciente determinados factores asociados que inciden en la etiopatogenia del proceso que presenta y que crean en la situación, en la que se encuentra la enfermedad una necesidad de abordaje terapéutico determinado. En determinados casos, el ingreso permite una observación y la práctica de ciertas exploraciones con determinadas características que sólo la estancia hospitalaria permiten realizar.
- 4) Emergen las expectativas, ilusiones terapéuticas, forjadas por proyecciones, tanto de los familiares como del personal sanitario, durante la hospitalización; aparecen con más frecuencia y con mayor claridad, que en otras situaciones de la asistencia, que no significan como la hospitalización una situación extrema desde un punto de vista cultural. La excesiva esperanza de optimización de resultados a corto plazo o la

banalización de los factores etiopatogénicos que facilitarían en ciertas situaciones, actitudes educativo-sanitarias hacia los pacientes pueden convertirse a veces en un auténtico obstáculo terapéutico ulterior. Serían ejemplos las dos situaciones extremas que exponemos a continuación:

- a) Entre los profesionales sanitarios la fantasía mas frecuente es la de tipo redencionista: "Se lo vamos a arreglar todo" (exploraciones orgánicas, intervenciones, diagnósticos múltiples, etc).
- b) En la familia la solución mágica o la exculpación de su imbricación en el problema o de su responsabilidad debido a la valoración de múltiples causas y enfermedades o problemas que diluyen su acción específica de un daño que ha quedado justificado "Pobre niño, lo estamos haciendo todo por él". ¿Que hay mas allá del hospital? ¿Que mas tendremos que sufrir por él?

<b>CRITERIOS DE INGRESO</b>
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
1. Alteración diaria mínima de dos áreas del niño (escolar, social, familiar). 2. El tratamiento parece adecuado al problema y puede ser útil. 3. El abordaje ambulatorio, es poco eficaz o ha sido infructuoso.

Debemos centrar a todo el complejo sistema asistencial alrededor de los siguientes objetivos concretos de hospitalización que se resumen en trazar los vectores de acción que permiten conseguir la satisfacción de las siguientes necesidades:

- a) Establecer una pausa (tregua) y una protección, tanto para el paciente como para el grupo. Un esfuerzo importante debe dirigirse hacia este fin, ya que la parada en la dinámica relacional existente, la ruptura transitoria que el ingreso significa permite una frágil reestructuración inicial que puede facilitar una actividad terapéutica, que a la larga puede ser notablemente fértil.
- b) Estudio y diagnostico, del paciente, de la familia, de la situación social y escolar. Elaboración del diagnostico diferencial. La estancia en hospital, favorece un abordaje total del problema que estamos resolviendo, permite observación prolongada, directa e indirecta por parte de personal especializado a diferentes niveles, la practica de exploraciones psicológicos en los momentos mas adecuados para el paciente, acercamiento y distanciaci3n de personas y situaciones importantes para el paciente, planteamiento de comprensi3n total médica, a través de las exploraciones pediátricas y para pediátricas que permiten discernir todo lo orgánico, valoración dinámico-relacional con los estudios psicológicos y de observación registrada,

valoración neuropsicológica y por ultimo la valoración social y escolar a través de las informaciones dadas tanto por parte de la asistencia social como por los informes escolares.

- c) Estabilización aguda, a través de la modificación de situación que la estancia en internamiento hospitalario significa. En lo posible, este va a ser, uno de los objetivos prioritarios, y de ahí el empeño de todo el equipo multidisciplinar que trabaja con el niño. En un hospital pediátrico la consecución de una estabilización inmediata es corriente y esta absolutamente mentalizada en cualquier tipo de practica asistencial que se realice, el equipo de psiquiatría es el que mas fácilmente puede sentirse presionado, por una cierta mentalización hacia la no necesidad de conseguir resultados objetivables precozmente, forzados por el curso general que habitualmente siguen los pacientes afectos de trastornos psiquiátricos.
- d) Inicio de cambio, al tener que reestructurar todo su comportamiento a tenor del nuevo ambiente y del inicio del trabajo terapéutico. Conseguir aquellas variaciones en la actitud del paciente, en las actitudes de familiares y educadores; facilitadas tanto por las vivencias que la estancia hospitalaria, como elemento de diversificación ha generado en unos y otros, como por la objetivización de los distintos elementos que inciden en la estructuración psicopatológica.

## **PROCESO DIAGNOSTICO**

Las categorías diagnósticas, necesarias para tipificar de forma completa un trastorno, no son suficientes para establecer un plan terapéutico global psiquiátrico. Así no son suficientemente clarificadores para diferenciar los pacientes que requieren la hospitalización de los que no la precisan.

Por ello frente al diagnóstico se plantea el proceso diagnóstico por la necesidad de tener en cuenta, todos los factores que permitan adoptar la totalidad de las medidas o elaborar la estrategia terapéutica global. Incluye:

- a) Motivo de consulta y remisión.
- b) Problema focal.
- c) Valoración global: Formulación.
- d) Factores y fuerzas en juego
- e) Diagnóstico categorial.

a) Motivo de remisión y consulta:

Puede ser un indicio ("ticket de entrada" o "grito de ayuda") de un problema más grave aun no detectado.

b) Problema focal:

Es el problema desencadenante o alteración específica a veces asociada; que es la que requiere e indica el ingreso del niño. Diferencia el niño ingresado de otro, con el mismo trastorno, no ingresado:

- 1) Siempre esta en relación a la situación actual del niño.
- 2) Define de forma concreta lo que constituirá el trabajo de hospitalización.
- 3) Debe ser claro, manifiesto, no controvertido, esto es aceptado por todos
- 4) Debe ser expresado en lenguaje no ordinario (no médico-psiquiátrico) permitiendo así la alianza, sistema asistencial/paciente-familia.

c) Valoración global: Incluye la necesidad de conocer de forma indispensable:

- 1) La presente enfermedad, en sus características evolutivas y de intensidad, en el momento en el que se considera la necesidad de ingreso
- 2) La evolución de la Maduración y del Desarrollo
- 3) Valoración escolar, forma de adaptación inicial, evolución relacional con compañeros, adaptación a los distintos profesores, curso del aprendizaje de los conocimientos escolares, etc
- 4) Valoración familiar, características relacionales de los sistemas y subsistemas del medio familiar
- 5) Valoración socio-cultural
- 6) Puede requerir exploraciones complementarias:
  - EEG, TAC, RMN...
  - Test psicotécnicos (proyectivos, cognoscitivos...) o consulta con otros especialistas.

c2) Formulación final:

Es bueno realizar una descripción resumida de la situación actual del niño y elaborar las hipótesis etiopatogénicas que se puedan, puesto que esta composición de lugar es la que dará la noción precisa de la complejidad de lo que estamos asistiendo y en función de ello permitirá elaborar las distintas medidas terapéuticas necesarias para ayudar eficazmente al niño .

d) Factores y fuerzas en juego:

Los factores no son un compendio ni tan solo un resumen de la historia, sino que en este apartado recogeremos los elementos que contribuyen como desencadenantes y mantenedores del problema focal. Se seleccionarán aquellos que son necesarios o pretendemos modificar durante el ingreso.

Fuerzas en juego, son los recursos que dispone el niño o de determinadas características de su situación que mitigan el problema focal.

El Tratamiento, en medio hospitalario, consiste en el conjunto de intervenciones coordinadas dirigidas a un objetivo acordado y articulado, para evitar el establecimiento de

múltiples terapias en paralelo. Busca conseguir esos cambios mínimos indispensables que permitan entrar en un nivel asistencial menos intensivo y mas abordable ambulatoriamente o en los servicios específicos de la red asistencial.

Esta actitud terapéutica restrictiva responde a realidades económicas y al principio de tratar al paciente en la forma mas eficaz y en mayor nivel de adaptación a su medio posible. Sin embargo rompe con el deseo tradicional del clínico de efectuar la totalidad del tratamiento.

La base fundamental del tratamiento es la contención a través de aquellas medidas que proporcionan y facilitan, desde fuera, el control de impulsos, organización o autoprotección que los pacientes no se pueden dar a si mismos.

El ingreso inicia la contención gracias a que interrumpe las interacciones que han agotado el niño y a los padres, hasta este momento; al mismo tiempo protege al niño frente a sus propios impulsos y del de los demás. Ofrece una esperanza y renueva la capacidad de interacción.

Más allá de la acción de contención el manejo terapéutico aúna varios componentes, que se ponen en marcha al efectuar la asistencia en medio hospitalario, y que si alguno ya se realizaba con anterioridad se debe procurar seguir lo más coordinadamente posible con el servicio externo de asistencia:

- a) Atención a la estructura global de la personalidad del niño y ejecución del programa diseñado, tanto para conseguir la contención individual frente a sus diferentes impulsos como elaboración de las características dinámicas de los sistemas relacionales que existieran con su grupo.
- b) Plantearse como realizar las intervenciones a nivel individual para contener las respuestas de característica no adaptativa y facilitar, así, la disposición para el cambio necesario.
- c) Es conveniente que las intervenciones individuales generen la recuperación y desarrollo del paciente facilitando alternativas a los problemas actuales.

Para finalizar este apartado nos referiremos brevemente a la familia, en especial en lo que hace referencia a la necesidad de tener en cuenta las actitudes; en la asistencia hospitalizada se debe de trabajar tanto con los niños y adolescentes como con su familia.

La actitud con los padres ha de ser de colaboración, pondremos muy de relieve que el equipo trabaja para ellos con una comprensión clara hacia su sufrimiento. Será muy eficaz acordar con ellos el problema a tratar, abordándose clara y abiertamente los objetivos del tratamiento y de tal manera se les incluye totalmente en el proyecto terapéutico

Los padres cuando tienen un hijo ingresado a menudo manifiestan sentirse agotados, desesperados, desmoralizados, del niño y de su comportamiento. Tales sentimientos generalmente esconden una actitud de enfado hacia el niño ("! Como ha podido hacerme esto!") o también hacia el equipo asistencial. Este malestar de enfado puede expresarse abiertamente o no; habitualmente desaparece en pocos días, en caso de que se produzca una persistencia entonces sugiere la existencia de problemas en el tratamiento como podrían ser, el que se haya establecido una orientación inadecuada del plan terapéutico o el desarrollo del consenso, sobre lo que se debe tratar haya frustrado las expectativas parentales de forma excesiva o mal elaborada.

Que nos encontremos frente a la existencia de un problema familiar no detectado, que requiere una revisión.

## **ATENCIÓN ESPECIAL EN LA HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS**

La enfermedad es un episodio normal e inevitable en la vida del niño. En el espíritu del niño la enfermedad y el médico ocupan un importante lugar. El "jugar a médicos", se encuentra constantemente en las actividades espontáneas de la vida del niño.

La enfermedad física constituye una parte en la vida de todos los niños; benigna o grave, aguda o crónica, representa una situación cuyos efectos psicológicos en el niño y en la familia no pueden despreciarse. Es una ruptura del estado de salud anterior, se interrumpe un curso evolutivo. Patológico implica "pathos", sentimiento directo y concreto de sufrimiento e impotencia, sentimiento de vida contrariada.

La valoración de los efectos psicológicos que se derivan de una enfermedad somática en el niño, conlleva, discriminar la acción que diversos factores sobre el paciente, entre ellos citaremos:

- a) En primer lugar las características de la enfermedad, su naturaleza, su gravedad, su duración y la especificidad de la sintomatología.
- b) Se tendrá en cuenta las modalidades de las exploraciones a realizar, tipo de vigilancia, los cuidados generales y concretos a que deba estar sometido.
- c) La edad del niño, las características de su vida afectiva y relacional, su personalidad.
- d) La dinámica relacional en la constelación familiar y en particular el lugar del niño en el seno de la familia, tanto a nivel consciente como en el inconsciente. Valorar los sistemas de interacción. etc.

## **REACCIONES DEL NIÑO**

La enfermedad física se presenta como una agresión a la vez interna y externa (el sufrimiento interno, las exploraciones, los cuidados necesarios, las privaciones secundarias, las restricciones obligadas, etc.) a la cual debe someterse. Esta sumisión, constituye una modificación global de las exigencias que habitualmente los adultos próximos al niño, hacen.

Puede ser que, el niño, por ejemplo, este en vías de conseguir un cierto grado de dominio sobre sus funciones corporales y gracias a ello una autonomía tanto física como psíquica; tendrá que abandonarse ya que su cuerpo, se ha convertido en objeto de vigilancia y tienen derecho y poder sobre él. Se favorece entonces una vuelta a un estado de dependencia y de pasividad.

Así pues, existe, un sufrimiento psicológico ligado por una parte a los cambios producidos por la enfermedad y por otra, a los fantasías angustiantes centradas sobre su cuerpo, más o menos importante.

## **CONFUSIÓN ENFERMEDAD CASTIGO**

Para defenderse contra la angustia y ciertas fantasías, el niño construye una interpretación de su enfermedad que le de un sentido a esta situación aparentemente insensata y destructora, que generalmente la elabora en términos de falta/ noción de culpa y castigo.

Se sienten causa de su enfermedad, es como un castigo merecido por las picardías, las desobediencias, la masturbación, etc. Estos sentimientos de culpa y responsabilización, encuentran además una resonancia confirmación en aquellos castigos que los padres evocaban fuera de toda enfermedad: "Llamaré al médico", "te darán un pinchazo", etc.

## **ACTITUDES DEL NIÑO FRENTE A SU ENFERMEDAD**

La reacción es variable. Así podemos ver entre ellas,:

- 1) Actitudes regresivas, que se manifiestan con comportamiento de pasividad, con solicitud de cuidados, de atención, generalmente poco habituales;
- 2) Actitud de retraimiento, con tendencia al aislamiento y retirándose el niño de toda actividad, con pérdida de interés y como si se concentrara en si mismo y sobre su propio cuerpo, a la vez que manifiesta enojo;
- 3) Actitud de rechazo hacia la enfermedad o de negación de los sentimientos penosos que entraña, por sí misma, o bien por la hospitalización, o por las exploraciones, o por los terapéuticas dolorosas.
- 4) Actitud de focalización agresiva hacia un adulto, la madre, la enfermera, el médico, etc;

como si fuesen responsables del mal.

Si la angustia es muy intensa y permanente, pueden aparecer manifestaciones mas estructuradas que pueden consistir en fobias, sentimiento de culpa generalizado, actitud agresiva dirigida contra los demás o contra si mismo, así como también una regresión parcial o global permanente.

El menoscabo del esquema corporal o mejor la alteración de la autoestima, depende de la gravedad, duración y naturaleza de la enfermedad (noción de imperfección, debilidad, defecto).

Según cual sea la afectación de la autoestima mas se facilitará la aparición de fantasías alrededor de sentimientos ligados a la herida narcisista más o menos profunda que hubiera podido provocarse. La muerte siempre esta tácitamente insinuada, en según que enfermedades mas, aunque tanto el niño como su familia hablen poco de ella.

La benignidad o la gravedad de una enfermedad trasciende poco en las reacciones afectivas que presentará el niño, si bien la noción de gravedad le puede afectar mas por la mayor participación de los padres en situación de angustia.

La duración en enfermedades agudas y crónicas, repercute de forma diversa con actitudes muy distintas de niños frente a este aspecto. Un adulto establece diferencias entre un breve período de reposo en la cama de un niño con anginas y los cuidados en el hospital de un niño durante meses o años. Pero para los niños, sobre todo entre los más pequeños no existe ninguna enfermedad breve, aunque lo sea, resulta casi siempre "prolongada"..., el ser humano adquiere la sensación objetiva de la marcha del tiempo en un período relativamente tardío de su existencia.

La estructuración de la reacción psicopatológica sigue varias etapas que esquemáticamente podríamos exponer de la siguiente forma:

- 1) Todo se moviliza para enfrentarse al mal físico;
- 2) Aparece un sentimiento de caos y de impotencia;
- 3) Reacción de defensa y de negación sobre la gravedad del mal, su irreversibilidad;
- 4) Cuando la invalidez, por mínima o grave que sea, llega a ser admitida, puede sobrevenir una depresión prolongada, que a su vez, esta favorecida por la agresividad y la reacción de duelo, de los demás.

Estas etapas están en la realidad imbrincadas.

Los niños con enfermedades crónicas se presentan bajo aspectos variables. Unos reivindicar con agresividad su independencia, rechazando o negando la enfermedad, resistiéndose a los cuidados, quizás incluso de forma casi suicida. Otros, dependientes en

extremo, aceptan pasivamente la enfermedad y los cuidados, obteniendo beneficios secundarios. La mayoría se adapta a la realidad y asume la enfermedad; y sabe encontrar compensaciones por la daño/pérdida sufrida.

Desde un punto de vista epidemiológico los niños con una enfermedad grave o crónica, es variable. Se estima según las afecciones consideradas entre el 6 % y el 20 % de la población infantil. En dicha muestra la incidencia de psicopatología está algo más elevada.

No existe un perfil de personalidad propio para una enfermedad dada, aunque, por su naturaleza y los cuidados que precisan, algunas afecciones suscitan cambios o vivencias particulares (diabetes insulino dependientes, insuficiencia renal crónica, etc.).

La complejidad de la reacción ante la enfermedad prolongada, depende ante todo, de la edad y la capacidad de comprensión que el niño pueda tener de su enfermedad. Así, antes de los 3/4 años, la enfermedad difícilmente se percibe como tal. El niño es ahora solo sensible a la separación, hospitalización, que vive como "agresiones". Entre los 4/10 años la enfermedad es ante todo, motivo desencadenante de una regresión más o menos profunda y prolongada; ante su persistencia el niño pondrá en marcha otros sistemas compensatorios con finalidad adaptativa:

- 1) De oposición: Rechaza la limitación impuesta por la enfermedad y los cuidados secundarios necesarios; puede aparecer como crisis de agitación, reacción de cólera o impulsividad, también en forma de una negación de las dificultades; esta negación se acompaña a veces de actos de provocación, en ocasiones peligrosas, como pueda ser la práctica de actividades desaconsejadas.
- 2) De sumisión e inhibición: La enfermedad se acompaña en estos casos de una vivencia depresiva por la afectación en la autoestima, debido a la vergüenza o rechazo de su cuerpo y el sentimiento de culpa secundario.  
La inhibición es física, si se caracteriza por la pasividad y aceptación de la dependencia, o psíquica si predomina la inhibición intelectual; cuya manifestación más clara es la incomprensión de su enfermedad.
- 3) De sublimación: La colaboración es el sistema adaptativo más positivo para la liberación de tensiones. Puede conseguirse gracias a un proceso facilitado por el sistema de identificación con el agresor (el médico). Este tipo de reacción beneficiosa se facilita si se da la posibilidad de dar al niño una mayor autonomía, responsabilizándole de su propio tratamiento.

Cualquiera que sea el mecanismo que aparezca, el niño, organiza su alrededor de la experiencia traumática, mas todavía si lo favorece el medio familiar, por su ansiedad, solicitud excesiva. Raimbault afirma que:.."el niño construye de forma más o menos elaborada una interpretación de su enfermedad, como si quisiera dar un sentido a este conjunto insensato y destructor y a menudo, lo hace en términos de falta-culpa y castigo"...

## **VARIABLES DEPENDIENTES DE QUE LA ENFERMEDAD SEA PERCEPTIBLE O NO**

No es indiferente que la enfermedad radique en el interior del organismo, oculta a la visión de los demás, o en el se manifieste en el exterior, visible.

Por ejemplo, los pacientes afectados de problemas ortopédicos, salvo excepciones, aceptan fácilmente sus limitaciones. toleran mal que se les imponga una medida suplementaria o inesperada. Parece que la tolerancia esta ligada al carácter comprensible y visible de los instrumentación ortopédica, que ofrece una posibilidad apaciguadora. Los niños sometidos a un tratamiento ortopédico, saben que todo el grupo que esta en rehabilitación tiene que someterse a limitaciones idénticas y que la mayoría no puede moverse, provisionalmente, como sería su deseo.

En sentido contrario se encuentran los niños cardiopatas, que suelen aparecer como deprimidos, y en la mayoría de los casos, bastante hipocondríacos; no dispone de referencias para concretar sus miedos. por lo que su temor es interno y mal definible para él. La relación en grupo aporta muy poco o nada. Suelen ser dóciles, tristes y muy pendientes de su propio cuerpo.

## **VARIABLES DEPENDIENTES DE QUE LAS ENFERMEDADES SEAN BENIGNAS O GRAVES**

El niño no diferencia entre lo benigno y lo grave y carece de puntos de referencia para conocer si lo que le sucede es más o menos amenazador; pero no por ello no percibe con agudeza el ambiente que le rodea, el clima de angustia, de urgencia, el temor, la ansiedad o la tristeza de su entorno familiar, sus silencios, sus engaños, el malestar psicológico a través de sus promesas de mejoría o curación, y hasta las vacilaciones técnicas del entorno médico. Todo ello aumenta su angustia y le induce a darse cuenta de los peligros que representa para él, lo que esta ocurriendo.

## **REACCIONES DE LOS PADRES**

Los padres valoran mas las características de la enfermedad que las reacciones del niño. La diferencia entre enfermedad grave y leve, para un niño no es de importancia, pero influye mucho en el comportamiento de los adultos.

Los padres, los médicos y los miembros del personal de enfermería suelen juzgar los casos con objetividad y realismo. Generalmente hay escasa comprensión hacia la angustia de los niños, ya que las expresiones infantiles se refieren a cosas que parecen anodinas a los ojos

de la razón. Sólo se establece esta comprensión en el momento en que coinciden los peligros vividos internamente y los riesgos externos, o sea cuando hay un relación expresa entre las amenazas subjetivamente percibidas y objetivamente presentes para la vida y la salud del niño.

El sufrimiento, la angustia de los padres, particularmente la de la madre, mayor cuanto más pequeño es el niño, aparece, sobre todo mientras se encuentran frente a lo desconocido. El diagnóstico médico es, si no el comienzo de la curación, al menos el control sobre la enfermedad, por lo que permite considerar su resolución; esto alivia a los padres. Contrariamente, cuando se trata de una enfermedad crónica, el diagnóstico señala el fin del estado de buena salud.

En cierta manera, la evolución adaptativa de los padres va a atravesar las mismas etapas que las que hemos ido describiendo para el niño. Si va a ser crónica o es grave, la enfermedad actúa en los padres como una agresión que reactiva sus problemas personales y suscita una búsqueda obcecada de causas y responsabilidades que justifiquen la noción de daño injusto.

A veces se culpa al niño enfermo, a un miembro de la familia, a la línea hereditaria, al destino, a Dios, a un médico o bien a sí mismo. Este sentimiento de culpa es particularmente importante cuando la enfermedad es grave o bien cuando antes de que el niño enfermara existía unos sentimientos ambivalentes notables hacia el niño. Los padres pueden también sentir la enfermedad del niño como una agresión a su autoestima (lesión narcisista personal).

La enfermedad de un niño actúa como un revelador fotográfico de la problemática relacional entre este niño y su familia, como de la de los progenitores entre sí y de cada uno de ellos en particular.

## **RELACIONES MÉDICO-FAMILIA**

Las nuevas relaciones que se establecen entre médico-familia-niño deforman las relaciones entre madre y niño, mas todavía cuando este es pequeño. Algunas madres soportan muy mal sentirse desposeídas por otro de su función de cuidadora o de protección. Se han observado depresiones en las madres, en ocasiones incluso profundas.

La relación de dependencia de los padres con el personal médico, tanto mayor cuanto más grave y prolongada sea la enfermedad, puede abocar a una relación superficial y obsesiva, centrada en los pequeños detalles de la enfermedad. A esto Cramer lo denomina "Colusión del silencio", donde "las actitudes del médico y la familia se entrelazan reforzándose unas con otras, para acabar en un diálogo limitado a aspectos rutinarios o externos de la enfermedad"; se deriva, de esta situación, una ocultación de los problemas de fondo, del

pronóstico, de la etiopatogenia y de las necesidades del mundo afectivo, del enfermo.

## **NOCIÓN DE MUERTE**

La noción de muerte, como concepto existencial o como vivencia, en el niño se organiza, a lo largo de la evolución madurativa de este, en torno a dos ejes fundamentales; por una parte la percepción de la ausencia de un ser querido y más tarde la integración por introyección mental de la persistencia de esta ausencia afectiva.

El proceso madurativo, a lo largo de la edad evolutiva, que se desarrolla, dibuja unas cuatro fases o etapas, que podrían definirse de la siguiente manera:

- 1) De 0-2 años, fase de incompreensión total. En este periodo el niño no percibe mas que la insatisfacción ligada a un deseo de presencia inmediata
- 2) Fase de 2-4/6 años, fase abstracta de percepción mítica de la muerte.
- 3) Fase de hasta los 9 años fase concreta de realismo y personificación.
- 4) Fase a partir de los 10 - 11 años, fase abstracta de acceso a la angustia existencial.

El dominio cognitivo de la noción de muerte es relativamente tardío.

Las observaciones de niños con pronóstico mortal demuestran que, en la mayoría de los casos, el niño tiene conocimiento, si no la certidumbre, de su destino. Puede experimentar un sentimiento de culpabilidad en relación a su familia que está triste, que llora por su causa... Esta culpabilidad puede ser el origen de una reacción en apariencia paradójica en el niño, que muestra una subexitación que puede incluso tomar el aspecto de una discreta euforia.

En el periodo terminal, si no está dominado por la enfermedad física, el niño desea hablar de lo que le amenaza; algunos no dicen nada rechazan los cuidados, se aíslan como si huyeran ante el abandono que teme, o como si no soportasen a los que le abandonan y que no saben aportarle recursos.

Hay pocos recursos de ayuda para conseguir una tranquilización; mas allá del uso de sedantes, tranquilizantes o antiálgicos, puede utilizarse las técnicas fundamentadas en el contacto corporal; facilitar la verbalización de la angustia que pueda expresar el niño, nos permite conocer el nivel de su sufrimiento, su miedo al abandono y a la soledad.

Es fundamental dejarse llevar por las preguntas del niño, bajo ningún concepto eludirlas y siempre darles respuestas simples y directas, con finalidad clara de tranquilización.

## **NORMAS Y ORIENTACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS DE PSIQUIATRÍA**

### **INTRODUCCIÓN**

Desde la creación de la Red de Asistencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil, por la Conselleria de Sanidad de la Generalitat, nuestro Hospital forma parte de dicha Red. De esta forma, desde 1990, la Unidad de Psiquiatría de nuestro Hospital con la denominación de URPI (**U**nidad de **R**referencia de **P**siquiatría **I**nfantil) es, en el aspecto asistencial, el dispositivo de segundo nivel para los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes, hasta los 18 años, correspondiente a 13 Centros de Asistencia Primaria de Psiquiatría Infantil (denominados CAPIP) que abarca una población global de mas de un tercio de Catalunya.

Una de las funciones, como URPI, es la hospitalización.

Los pacientes siguen dos vías de acceso a la hospitalización:

- a) A través del Servicio de Urgencias, en los casos de urgencias.
- b) O bien a través del Servicio de Admisión, en el resto de los casos: son ingresos programados por la Unidad de Psiquiatría.

De esta forma los pacientes psiquiátricos, como otros pacientes atendidos en nuestro Hospital, son ingresados en las correspondientes Salas en función de su edad, con las ventajas que conlleva evitar la estigmatización del niño y, especialmente, del adolescente por un ingreso en un Hospital Psiquiátrico.

Ahora bien la mayoría son ingresados en la Planta quinta, en el Servicio de Adolescentes por presentarse una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos en esta etapa evolutiva.

Además en la planta quinta, Servicio de Adolescentes, se dispone de dos habitaciones, intercomunicadas, con dos camas cada una de ellas, acondicionadas especialmente para pacientes cuya clínica requiere unos cuidados especiales, una mayor contención, atención u observación. Así por ejemplo en caso de un cuadro psicótico con agitación psicomotriz.

Las dos habitaciones de la Unidad de Contención de Psiquiatría están acondicionadas físicamente para este tipo de pacientes.

La Unidad de Psiquiatría, perteneciente a los denominados Servicios Centrales, dispone:

De los siguientes recursos humanos:

5 Psiquiatras  
5 Psicólogos  
1 Auxiliar de Clínica  
1 Administrativa

La Unidad de Psiquiatría, en base a su trabajo de equipo, esta estructurada en tres equipos, si bien, para facilitar la coordinación, asigna a cada paciente un responsable del caso, quien, entre otras funciones de coordinación, se encarga de informar a los familiares responsables.

El equipo correspondiente de la Unidad de Psiquiatría pasa visita diariamente, y a demanda tantas veces como sea necesario.

Paralela e independientemente se desarrollan las entrevistas exploratorias, las exploraciones psicotécnicas (tests), las entrevistas terapéuticas, o la realización de psicoterapia a aquellos pacientes que lo requieren o bien a padres o grupos de padres.

La Unidad de Psiquiatría realiza una reunión semanal de coordinación, general, otra semanal de equipo reducido, y las necesarias de interconsulta.

También semanalmente se realiza una sesión clínica de la Unidad. independiente de la docente, también semanal.

A través del responsable del paciente, y en función de la situación concreta de cada paciente (su clínica, evolución y estrategia terapéutica) el equipo indicará el régimen de visitas (profesores, amigos, etc.), así como el régimen de vida (asistencia a la Sala de Juegos o a la Escuela).

Los cuadros clínicos, motivo de ingreso de mayor frecuencia, son:

Trastornos alimentarios: especialmente:

Anorexia Mental y Bulimia

Tentativas de suicidio

Cuadros de agitación psicomotriz

Brotos psicóticos

Trastornos depresivos

El tipo de ingreso desarrollado por la Unidad de Psiquiatría, de nuestro Hospital, responde al denominado de estancia corta.

Esto es de intervención en crisis, con la finalidad de promover el rápido retorno a su medio familiar habitual, para un mejor restablecimiento del paciente, siguiendo el tratamiento en régimen ambulatorio, según lo más conveniente para el paciente.

Todos los miembros de la Unidad de Psiquiatría están siempre a disposición para cualquier duda o cuestión que se pueda plantear.

## **NORMAS GENERALES**

### **A) SOBRE LOS FAMILIARES:**

Los familiares, habitualmente los padres, han de recibir siempre, a través de nuestras actitudes y conductas una percepción clara, de nuestra disposición de colaboración,

Debe evitarse de forma lo mas expresa posible las actitudes que puedan sugerir en los familiares ideas de censura o crítica.

Esta predisposición de relación debe ser fundamental y básica para el equipo terapéutico.

Tanto si es el caso que se considera conveniente la presencia de la familia de forma continuada, como en el caso que la presencia de la familia este desaconsejada.

La familia deberá tener presente unas normas básicas de seguridad como son:

- a) No tener objetos punzantes o cortantes (tijeras, limas de uñas, cuchillos, navajas, hojas de afeitar, mecheros etc.)
- b) No deben guardar ninguna clase de medicación o tóxico, así en su caso deben entregarlo a la enfermera responsable a su llegada al Servicio.
- c) Deberán avisar al personal sanitario ante cualquier dificultad que se les plantea frente al paciente.
- d) Deben colaborar y seguir las instrucciones que se les de, tanto a nivel de cuidados, como en la vida cotidiana (horarios, comidas, baño, etc.).
- e) El paciente permanecerá en su habitación o en la planta hasta que el médico autorice los paseos.
- f) Esta prohibido fumar en el Hospital.
- g) Durante los primeros días se evitaran las visitas que no sean necesarias.

### **B) SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

El papel del personal de enfermería es básico dada su especificidad y capacidad técnica y el tiempo que pasan con los niños y familiares.

Los cuidados van dirigidos tanto a la atención de los problemas somáticos como de los psicólogos e incluso sociales en múltiples ocasiones, dada la familiaridad de relación entre el personal y los pacientes o familiares.

Hay que evaluar, valorar y atender, por lo tanto, las necesidades básicas como son:

- a) La alimentación,
- b) Estado de hidratación,
- c) Horario y consecución de descanso
- d) Y ofrecer seguridad y una relación afectiva adecuada.

Al mismo tiempo debe velar por el cumplimiento de las medidas generales de seguridad.

## **FUNCIONES ESPECÍFICAS DE ENFERMERIA**

Las funciones específicas del personal de enfermería, se podrían agrupar en las siguientes:

### **a) Informar:**

Deberá informar de las normas generales, del Hospital y de la planta, a los pacientes y familiares, y velar para que estas se cumplan.

### **b) Cuidados somáticos:**

Administrar la medicación pautaada (dosis, vía y horarios).

Hidratación de enfermos confusos o delirantes.

Control de constantes: T.A., pulso (F.C.), temperatura, micciones, deposiciones, talla, peso, etc.

Si el paciente precisa contención mecánica: valorar el estado de los miembros a fin de evitar lesiones por compresión.

### **c) Cuidados psicológicos:**

Adoptar una actitud terapéutica: favorecer la confianza, con una actitud fundamentalmente receptiva: de escucha cordial (más que directiva o de rigidez inflexible) y tolerante (que no permisiva) (siguiendo el refrán árabe: "Dios nos dio dos orejas y una boca").

Evitar las actitudes de sobreprotección o de agobio.

Favorecer un medio terapéutico:

- a) Habitación limpia y ordenada.
- b) Evitar los ruidos innecesarios.
- c) Ayudar en la higiene personal del paciente si es necesario.
- d) Evitar que el paciente haga o se haga daño; para ello deberá actuar siempre en equipo y

pedir ayuda cuando sea necesario.

e) Valorar y transmitir la información recogida a los compañeros.

Detectar los pródromos de la agitación, avisando al psiquiatra o médico de guardia en su caso.

#### **d) Habitaciones y control:**

No se puede fumar en el Hospital, ni tener tabaco, encendedores o cerillas (el tabaco ingerido es altamente tóxico).

No se debe administrar ningún medicamento que no haya sido pautado.

Vigilar la farmacia del control de enfermería y que los medicamentos, detergentes o tóxicos estén bajo llave.

Las habitaciones que no estén ocupadas permanecerán cerradas y preparadas para acoger al paciente.

Si el paciente requiere contención mecánica deberá visitársele regularmente para atender a sus necesidades.

#### **e) Contención mecánica:**

El personal debe conocer el lugar en donde se guarda el material para poder realizar la contención mecánica cuando sea necesario.

Es necesario revisar el material periódicamente y comprobar que esté en buen estado.

La sujeción deberá sujetar al paciente sin comprimirlo, y se debe comprobar que no le hace ningún daño.

#### **f) Enfermos agitados o agresivos:**

En caso de enfermos agitados, agresivos o con ideas de suicidio se ha de extremar la vigilancia, procurando prestar la atención asistencial con ayuda de algún compañero/a, en el supuesto de no haber un familiar, que habitualmente se aconseja que permanezca cerca del paciente de forma constante.

Utilizar cubiertos de plástico y retirar cualquier objeto, punzante o cortante con el que pueda hacer o hacerse daño.

En estas situaciones están indicadas las habitaciones de contención, que permiten una mejor atención y asistencia.

La contención mecánica puede ser necesaria ante:

- a) Estados confusionales
- b) Riesgo de autoagresión.
- c) Conductas heteroagresivas
- d) Agitación psicomotriz, sea cual fuera su etiología (orgánica o psíquica)
- e) Síndromes mentales orgánicos
- f) Cuidados especiales (fracturas, llagas, etc.)

La enfermera, ante la situación de agitación, puede poner en marcha el dispositivo de contención, llamando al médico de guardia o al psiquiatra, y/o a seguridad.

El psiquiatra siempre dejará en la historia el tratamiento más adecuado para administrar a cada paciente, en caso de agitación importante, una vez lo haya atendido.

## **GRANDES CUADROS CLÍNICOS**

### **1. Conducta de excitación o de agitación psicomotriz:**

La función de la enfermera es prioritariamente la de atender las necesidades básicas, aunque a veces sea difícil establecer contacto, con este tipo de pacientes.

Debe cubrir las necesidades fisiológicas fundamentales (rehidratación, procurar que duerman lo suficiente, estar alerta frente a una nueva crisis de agitación, etc).

Darle seguridad, ayudándole en su higiene, prevenir el agotamiento, reducir los estímulos innecesarios, protegerlo de sí mismo y de los demás. (Utensilios cortante y/o punzantes de uso para la comida tanto si son de plástico como si no, etc.)

Demostrarle interés y confianza. Comportarse de manera que el enfermo se sienta querido y aceptado, con la actitud y conducta de aceptación y comprensión.

Las amenazas y actitudes sancionatorias pueden exacerbar el cuadro, muy a menudo.

Procurar que el paciente sea respetado y cuidado.

Si hay que tomar medidas de contención, adoptarlas como protección del paciente, (no como sanción) explicándole la finalidad de las mismas.

## **2. El paciente deprimido:**

Atender las necesidades de seguridad del paciente es decir: protegerlo de la autodestrucción o de la automutilación, hasta que él sea capaz de hacerlo.

Hay que saber que cuando el paciente empieza a mejorar es el momento de mayor riesgo de suicidio, ya que desaparecen la inhibición psicomotriz pudiendo persistir la ideación autolítica.

Estimularlo para que coma y beba.

Ayudarlo para que exprese sus sentimientos de agresividad de una manera constructiva; es mejor que las verbalice que no que actúe sobre sí mismo o los demás.

Favorecer el ejercicio físico o acompañarle a dar un paseo.

Procurar que participe en actividades sencillas.

Responder a las necesidades de afecto, comprensión y de apoyo: ayudarlo para que tenga una concepción más real y positiva de su persona, esto es: mejor autoestima.

Ayudarlo a mejorar su estado físico y su arreglo personal (como en los cuidados de su aseo).

Estimularlo para que cuando se sienta mejor participe en la vida de grupo y que ayude a otros pacientes.

## **3. El paciente suicida:**

Cuidados básicos médicos de enfermería: si hay fracturas, heridas, etc.

Evitar una nueva tentativa y limitar los riesgos (medidas de seguridad explicadas anteriormente).

A pesar de los sentimientos personales frente al acto suicida es muy importante que la enfermera se muestre dispuesta, abierta, natural y reconfortante: esto es receptiva.

Por lo que respecta a los cuidados psicológicos lo esencial estriba en una presencia atenta y afectiva con espíritu abierto y deseos de ayuda.

Permanecer vigilante y transmitir a los compañeros cualquier empeoramiento del estado de

ánimo.

Tomarse en serio siempre cualquier amenaza de suicidio y avisar al médico responsable del paciente.

#### **4. El comportamiento psicótico.**

Este tipo de comportamiento, caracterizado por la presencia de ideas delirantes y/o alucinaciones, es frecuente en las siguientes entidades clínicas:

- a) Trastorno Esquizofrénico:  
paranoide  
hebefrénico
- b) Trastorno esquizofreniforme
- c) Psicosis infantiles crónicas
- d) Depresiones muy graves de tipo melancólico
- e) Otros brotes psicóticos: como el Trastorno Disociativo.

La enfermera debe como siempre atender a los cuidados generales de la vida del paciente y su seguridad.

En este caso, como el paciente es posible que no se comunique, hay que atender a la comida, la buena hidratación, la micción y defecación, llevando un control estricto, ya que estos pacientes pueden no comer, ni beber, ni orinar, etc.

Las quejas que el personal pueda manifestar en ocasiones a este tipo de pacientes son peligrosas puesto que su sensibilidad esta a veces muy alterada.

Bajo, en ocasiones, una apariencia fría, indiferente e insensible estos enfermos tienen una vida afectiva, con necesidad de afecto y apoyo, por lo que es importante la actitud de aceptación, disponibilidad, afecto y seguridad.

Debemos darle calor humano, seguridad y disponibilidad. A veces en fase aguda no soportan el contacto físico, lo rechazan y pueden reaccionar violentamente si no se respeta este rechazo.

A veces, muñecos, objetos, libros, etc. pueden darle seguridad y sirven de objeto de reafirmación y apoyo, hay que respetarlos y estimularlos para que traigan dichos objetos de su casa si los tienen.

En cuanto sea posible la comunicación hay que avanzar lentamente con apoyo, comprensión y dando el máximo de seguridad.

Las alucinaciones y posibles conductas derivadas, se ha de recordar que son consecuencia del trastorno psiquiátrico que padecen por lo que únicamente se abordaran con una actitud receptiva, de aceptación y comprensión del paciente (que no de la alucinación que por otra parte no se ha de cuestionar).

## **5. La anorexia mental:**

Dicha patología es más frecuente entre las jóvenes, pero también puede presentarse en chicos. El pronóstico es variable y depende de diversos factores (como tiempo de evolución, edad, etc.)

En esta situación el papel de la enfermera es muy importante. La enfermera deberá permanecer atenta a los intentos de manipulación o engaño por parte de la paciente que a menudo suelen presentar (esconder o tirar la comida, reducción de ingesta al escoger el menú del día siguiente, hiperactividad o gimnasia, insomnio forzado, etc). con la finalidad de reducir la ingesta o aumentar el gasto calórico, evitando erróneas complicidades.

Son pacientes expuestos dado su estado físico a infecciones o desequilibrios metabólicos, etc. Hay que estimularlos, evitando planteamientos de enfrentamiento, con persuasión sin discusiones que producen actitudes y resentimientos que luego interfieren el tratamiento psicoterapéutico y son difíciles de resolver.

Respetar al máximo las indicaciones médicas y avisar de cualquier variación por leve que parezca.

Puede ser necesario hacerles compañía durante las comidas.

Estos pacientes a su llegada adoptan una actitud de desconfianza y recelo, en ocasiones están profundamente deprimidos; a través de la relación y contacto se ha de ir desarrollando una modificación de actitudes y de conducta para favorecer la creación de una relación terapéutica.

No rechazarles a pesar de que en ocasiones su actitud es francamente hostil o provocadora; en el fondo hay una gran necesidad de relación y apoyo vivida de forma ambivalente (deseo y rechazo a la vez, actitud confusa de amor y odio)

Favorecer la integración con otros pacientes y hacerlos participar en actividades simples, pero gratificantes.

Estar atentos para prevenir las lesiones físicas que pueden aparecer en el curso de la enfermedad (escaras de decúbito, edemas de hambre, etc.). La Anorexia Nerviosa se

acompaña de una manifestación de deterioro físico importante (delgadez extrema, caída del cabello, alteraciones hormonales, etc.), es un síndrome psicopatológico que requiere unos cuidados distintos

Desgaste físico disimulado o evidente (pasea por la planta, duerme poco, hace gimnasia en W.C., etc.).

La hospitalización tiene por fin: recuperar físicamente al paciente y romper una situación familiar catastrófica e inoperante que ha puesto en riesgo físico al paciente, en el plano inmediato, y psíquico a largo plazo.

Como mujer, la enfermera y cuidadora, tiende a ser asimilada por la niña anoréxica al rol materno.

Durante el tiempo de ingreso la relación con el paciente puede caracterizarse por situaciones tiranizantes y /o de gran dependencia.

Desde esta situación hay que utilizar las ventajas e inconvenientes de esta relación, ya que será la experiencia "básica" de una relación normal. Se convierte, así, en la primera oportunidad de cambio ante la que puede empezar a variar sus actitudes.

En Resumen se debe:

- a) Acoger al paciente y ayudarlo a instalarse en el nuevo medio.
- b) Realizar una vigilancia discreta de sus acciones ya que es un paciente con alteraciones comportamentales y cuyo ingreso a veces es no deseado por el paciente
- c) Vigilancia de que se cumpla la separación ambiental a la que se han comprometido paciente y familia, por parte de ambos (no visitas hospitalarias, no llamadas telefónicas, no correo).
- d) En las comidas: observar con discreción lo que ha comido y si hay alguna posible manipulación de la comida (si hay idas al WC, restos escondidos en los cajones, etc).
- e) No insistir ni exigir que coma.
- f) No entrar en chalaneo ni aceptar cambios de alimentos (a no ser algo muy concreto que se remonte a períodos anteriores a estar enfermo).
- g) Relacionarse con el paciente en un plano adolescente:
- h) Racional, apelando a su sentido común y sin permitir una relación de sumisión desvalorizadora
- i) Positiva y tranquilizante de la ansiedad del paciente en esta situación difícil (hospitalización sin presencia de los padres).
- j) Fomentar que la relación entre ambos sea madura: que la enfermera responda a las demandas del paciente basadas en el diálogo mas que en el comportamiento impulsivo y tiranizante.

- k) No asumir la responsabilidad de notificar decisiones en cuanto al peso y tiempo de estancia idóneos (invitarlo a que tome decisiones por él mismo respecto a lo que supone la voluntad comer o no y a lo que supone la hospitalización como forma de tratamiento de urgencia).
- l) Fomentar, en los primeros días, la relación con otros pacientes.

## **5. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE PSICOFARMACOLOGIA**

Los psicofármacos son aquellos fármacos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central y por ello de principal utilización en Psiquiatría para tratamiento.

Los grupos de psicofármacos más habitualmente usados son tres: (que se denominan función de su principal acción):  
los antidepresivos, los ansiolíticos y los antipsicóticos.

### **LOS ANTIDEPRESIVOS:**

Así denominados por haber sido descritos por primera vez, en 1952 y demostrado su eficacia en 1957, por su efecto antidepresivo (eutimizante).

Los más comúnmente usados son:

- a) Imipramina: Tofranil (R)
- b) Clomipramina: Anafranil (R)
- c) Amitriptilina: Tryptizol (R)
- d) Nortriptilina: Martimil (R)
- e) Fluoxetina: Prozac (R), Reneuron (R), Adofen (R) .
- f) Paroxetina: Seroxat (R). Motivan (R), Frosinor (R)

Indicaciones: Los antidepresivos en la actualidad se utilizan en niños y adolescentes con:

- a) Trastornos depresivos
- b) Trastornos por ansiedad:
  - 1) Ansiedad de separación
- c) Trastornos fóbicos:
  - 1) Fobia escolar
- d) Trastornos obsesivos
- e) Enuresis.
- f) Trastornos del sueño.
- g) Trastornos por déficit de atención.
- h) Bulimia
- i) Dolor

Efectos secundarios más frecuentes:

- a) Efectos anticolinérgicos:
  - 1) Sequedad de boca,
  - 2) Estreñimiento,
  - 3) Retención de orina,
  - 4) Visión borrosa.

La suspensión brusca de los antidepresivos puede dar lugar a un Síndrome gástro-intestinal, similar a una gripe, con náuseas, calambres, vómitos, cefaleas y dolores musculares.

Sobredosis:

Riesgo de muerte:

- a) Convulsiones
- b) Arritmia
- c) Hipertermia
- d) Depresión respiratoria

## **ANSIOLITICOS**

Preparados cuya finalidad primordial es disminuir la ansiedad

Los más comúnmente usados son:

- a) Cloracepato dipotásico: Tranxilium (R)
- b) Diacepan: Valium (R) puede administrarse por vía oral o intramuscular
- c) Alprazolam: Trankimazin (R)

Indicaciones:

- a) Trastornos por ansiedad
- b) Trastornos del sueño

Acción:

- a) Ansiolítico.
- b) Miorrelajante.
- c) Anticonvulsivante.
- d) Hipnótico.
- e) Sedante.

Efectos secundarios:

- a) Hipersedación
- b) Irritabilidad
- c) Dependencia

Contraindicaciones:

- a) Enfermedades neuromusculares (miastenia, distrofias musculares). Insuficiencia respiratoria

Interacciones:

- a) Alcohol y depresores del S.N.C.
- b) Antiácidos
- c) Contraceptivos orales
- d) Barbitúricos

Sobredosis:

- a) Somnolencia
- b) Estupor o coma
- c) Relajación muscular marcada

## **ANTIPSIKOTICOS**

También llamados Neurolépticos:

Acción:

- a) Antipsicótica

Los más comúnmente usados son:

- a) Levomepromazina: Sinogan (R)
- b) Haloperidol: Haloperidol (R)
- c) Clorpromazina: Largactil (R)
- d) Tioridazina: Meleril (R)
- e) Clotiapina: Etumina (R)

Indicaciones:

- a) Trastornos esquizofrénicos.
- b) Psicosis infantil
- c) Conductas auto y heteroagresivas
- d) Esterotipias
- e) Discontrol emocional.
- f) Enfermedad de Guilles de la Tourette
- g) Trastornos maníacos

Efectos adversos:

- a) Distonías agudas
- b) Acatísia
- c) Parkinsonismo
- d) Discinesias tardías
- e) Síndrome neuroléptico maligno
- f) Hipotensión ortostásica
- g) Cambios en el E.G.G.
- h) Efectos urinarios (retención)
- i) Amenorrea
- j) Visión borrosa

Remitiéndonos a las pautas de urgencias para dosificaciones e indicaciones en situación de urgencia, que de no disponer de ellas pueden solicitar una copia a nuestra Unitat de psiquiatria.

## **URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS INFANTO-JUVENILES**

Pautas terapéuticas orientativas

La práctica médica habitual supone un proceso diagnóstico (con la visita médica, anamnesis, exploraciones, diagnóstico diferencial) que conduce a una terapéutica específica. Ahora bien existen situaciones, como las urgencias, que requieren una intervención terapéutica inmediata ("parar el golpe"), prioritaria.

Recordar la importancia, también habitual de la práctica médica, de establecer una buena relación, contacto, con el paciente.

En el caso de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles la mayoría dependen de sus padres u otros adultos. Los cuales son los que definen una situación como urgencia.

Así, si los padres (u otros remitentes) se sienten demasiado angustiados, enfadados o incapaces de ayudar o dominar al niño o la situación, entonces por estar fuera de control, buscan ayuda inmediata.

Este aspecto se ha de tener en cuenta en a lo largo de todo el proceso de abordaje de la urgencia.

Por otro lado, los adolescentes, son más proclives a buscar o provocar la asistencia de urgencias por si mismos.

## **AGITACIÓN PSICOMOTORA**

**CONCEPTO:** Actividad motora excesiva, asociada a sentimientos de tensión interior, la actividad suele ser improductiva y repetitiva. Cuando la agitación es intensa puede ir acompañada de gritos o quejas aparatosas. El término - en sentido técnico - solo se debe usar en los estados de tensión o inquietud que se acompañen de una actividad motora excesiva y observable: ej.: incapacidad para estar sentado, retorciendo las manos y quitándose-poniéndose la ropa (DSM III-R).

Frente a la agitación puede hacerse una diferenciación general esquemática entre:

A.- Trastorno de ansiedad: (clásicamente: trastorno neurótico):

El paciente establece contacto con el médico, contactando con la realidad (No actividad delirante ni alucinatoria). Mejora con el abordaje verbal.

B.- Trastorno psicótico:

No contacto con la realidad (contenido del pensamiento alterado , y / ó sensopercepción).  
No mejora con el abordaje verbal.

Pautas terapéuticas: Siempre a aplicar con y como las medidas médicas habituales:

a) Vigilancia y control de constantes

A veces es necesario aplicar pautas médicas inhabituales como:

b) Contención mecánica

## **CONSUMO DE DROGAS**

### **1.A. INTOXICACIÓN AGUDA :**

#### **1.A.1. ALCOHOL:** (Intoxicación Alcohólica)

Tratamiento inicial:

Vitaminoterapia B

(atención a la hipersensibilidad ó  
alergia al complejo vitamínico B)

Benerva(R)(Tiamina)amp 100mg i.m.

Tratamiento ulterior:

50 mg/8 h i.m

con complejo B: Hidroxil B12B6B1(R)

1comp/8h.

### **1.A.2. CANNABIS (Marihuana)**

Habitualmente sólo las medidas médicas habituales de tipo general.  
Si existe agitación ó conducta agitada aplicar pauta de trastorno de conducta.

### **1.A.3. ALUCINOGENOS (LSD, MESCALINA)**

Valium(R): 0,1-0,4 mg/Kg/día  
Diacepam 1-2,5 mg/6-8h i.m  
ó  
Librium(R) 5mg grag :a partir de 6 años  
Clordiacepóxido 5mg/6-12h(máx 30mg/d)

### **1.A.4. ESTIMULANTES (Anfetaminas, Cocaína)**

Medidas generales (monitorización, mantenimiento vía aérea abierta,..) y vigilancia.

Si presenta cuadro psicótico:

Haloperidol(R) amp 5 mg i.m: 0,1-0,3mg/Kg/dia  
Haloperidol

(Atención al uso combinado con heroína "speedball" que puede requerir el uso de Naloxona  
(1.A.7)

### **1.A.5. SOLVENTES (Cola)**

No medicación psicotropa

### **1.A.6. ANTICOLINERGICOS (Atropina, Escopolamina)**

Valium(R) amp: 0,1-0,4mg/Kg/d/i.m  
Diacepam 1-2,5 mg/6-8h  
Si aparecen arritmias ó convulsiones repetidas:  
Fisostigmina 0,5-2mg/i.m/2h

### **1.A.7. NARCOTICOS (Heroína)**

Naloxone(R) amp(0,4mg/cc): 0,01mg/Kg.

Naloxona

Se puede repetir dosis a los 2-3 minutos, si a la tercera dosis no hay mejoría la sintomatología no es causada por narcóticos.

### **1.A.8. BENZODIACEPINAS**

Pauta de Anexate(R)

Flunazil

Nota: considerar las politoxicomanías (alcohol con estimulantes, fármacos con drogas, etc).

### **1.B. ABSTINENCIA (en adolescentes)**

#### **1.B.1. ALCOHOL**

La ingesta alcohólica persistente produce una dependencia y la interrupción brusca de la ingesta alcohólica da lugar al Sd de abstinencia.

La abstinencia alcohólica aguda se caracteriza por presentar hiperactividad neurovegetativa, inquietud, agitación, temblor e hiperreflexia. Puede iniciarse a las 4-6 horas de la última ingesta. La alucinosis alcohólica puede presentarse a las 12-24 horas de la última ingesta alcohólica.

Pautas a seguir:

Medidas generales (hidratación, control iónico,...)

Pauta terapéutica 1 ó 2 ó 3:

- 1) Librium(R): 25-100 mg/6h -Clordiacepóxido-
- 2) Valium(R): 5-20mg/6h -Diacepam-
- 3) Tegretol(R): 600-800mg/d -Carbamacepina-

#### **1.B.2. OPIACEOS**

Debe prestarse la precisa asistencia urgente del momento (No en absoluto la asistencia global del drogadicto, que requiere unos dispositivos asistenciales específicos y completos).

Así, es opción preferente su derivación a centro asistencial específico para toxicómanos.

En caso de urgencia, pauta a seguir:

Trankimazin(R) 1mg:1 comp -Alprazolam-

ó

Tranxilium(R)50mg amp. 1/2 amp -Cloracepato dipotasico-

Las vías de administración serán oral ó intramuscular, nunca endovenosa.

No hacer prescripción alguna de recetas.

## 2.-TRASTORNOS DE CONDUCTA

**(niño ó adolescente agresivo ó, violento, reacciones agresivas no socializadas, agitación ó ansiedad intensa no psicótica)**

Valium(R) amp 10mg: 0,1-0,4mg/Kg/d

a) Niños (5-12 años): dosis inicial 1mg (con margen de 2 a 20mg/d)

b) Adolescentes: dosis inicial de 2mg (con margen de 4 a 30mg/d)

ó

Haloperidol (R) amp 5mg i.m: 0,04-0,21mg/Kg/d Haloperidol (oral) 1-6 mg/d

ó

Meleril (R) gotas (1gota=1mg) v.o: dosis máxima 3mg/Kg/d (Tioridacina)

## 3.-TRASTORNOS PSICOTICOS

**(Incluyendo la fase maníaca)**

Largactil (R) amp 25mg (5ml) i.m: 0,5mg/Kg/6-8h Clorpromacina

Dosis máxima:

a) Menores de 5 años (hasta 22 Kg): 40mg

b) De 5 a 12 años (22-45Kg): 75 mg

c) Adolescentes: 25mg i.m, que puede repetirse al cabo de 1 hora. Luego 25mg/4-6h.

ó

Haloperidol (R) amp 5mg i.m: 0,05-0,21 mg/Kg/d Haloperidol

En adolescentes: 0,5-5mg/8-12h

## 4.- TRASTORNOS DISOCIATIVOS

**(Clásicamente: Psicosis histérica)**

Cuadro más frecuente en chicas adolescentes, de inicio brusco con un claro precipitante y puede responder al diálogo (es modificable mediante el abordaje verbal)

a) Haloperidol (R) amp 5mg i.m: 0,05-0,21/Kg/d Haloperidol (oral) 0,5-5mg/8-12h

b) Valium(R) amp 10mg: 0,1-0,4/Kg/d Diacepam

Niños 5-12 años: Dosis inicial de 1mg, con margen de 2-20mg

Adolescentes: Dosis inicial de 2mg, con margen de 4-30mg

## 5.- TENTATIVA DE SUICIDIO

Indicaciones absolutas de ingreso:

- a) Necesidad de tratamiento médico de la tentativa (vgr.: tratamiento de la autointoxicación por analgésicos, antidepresivos...)
- b) Necesidad de tratamiento psiquiátrico:
  - 1) Tentativa persistente de suicidio.
  - 2) Depresión severa.
  - 3) Psicosis con predominio alucinatorio.
- c) Necesidades de una orientación terapéutica psicosocial:
  - 1) Cuando la familia no puede hacer una adecuada contención (observación las 24h/d, eliminación de armas y tóxicos, y retorno con el niño para visita ambulatoria.)
- d) Son indicadores de alto riesgo la presencia de:
  - 1) Psicosis.
  - 2) Depresión.
  - 3) Tentativa hecha sin probabilidad de ser descubierto.
  - 4) Tentativas repetidas.
  - 5) Tentativa por método "activo" (armas, ahorcamiento...).
  - 6) El ser Varón.
  - 7) La persistencia en el deseo de morir.
  - 8) Antecedentes familiares de conducta suicida.
  - 9) Antecedentes familiares de trastornos afectivos.
  - 10) Soporte social pobre (incluyendo joven sin hogar o con fugas).
  - 11) Ansiedad intensa.
  - 12) Antecedentes de separación parental.
  - 13) Conducta agresiva (y/o antisocial).
  - 14) Gravedad de la tentativa.
  - 15) Contacto pobre con la realidad.
  - 16) Ambiente familiar con rechazo.

Estos indicadores que, facilitan la decisión de si el paciente debe ingresar o no, deben utilizarse con la siguiente máxima: **"en la duda, ingresar"**