

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON



TRASTORNO BIPOLAR EN UNIDADES DE

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (U.H.P.)



cuidados de enfermería en pacientes con trastorno bipolar



- Los **actos de una persona** son consecuencia de su **intento por cubrir necesidades y objetivos personales**.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (U.H.P.):

Se definen como unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada, 24 horas al día, con dotación de personal especializado y con un tiempo de estancia media breve. La estancia media, en líneas generales, se sitúa entre 15 y 21 días. Física y funcionalmente están integradas en un hospital general, utilizando sus servicios generales y atienden a todos los pacientes enviados desde las USM por los criterios de derivación establecidos. La atención no se limita a la hospitalización psiquiátrica, también atiende las urgencias psiquiátricas, las interconsultas y la psiquiatría de enlace del hospital.

El hospital como contexto

- Realidad compleja
- Conviven diferentes intereses(políticos,sanitarios..etc.)
- Planificado según las necesidades o intereses profesionales
- Entra en conflicto con los intereses de los pacientes
- Añade problemas a los propios de la patología dando lugar a conductas disfuncionales



Dos tipos de respuesta al ingreso:

- Rol de paciente bueno: no se queja ,es obediente, no demanda información ;es favorecido por el personal por lo cómodo que resulta al sistema.Un buen paciente no es necesariamente un paciente adaptado y satisfecho.
- Rol del paciente malo: conducta desestabilizadora para el sistema.No ven cubiertas sus necesidades-reacción ante la pérdida de control y libertad.Se caracteriza por la hostilidad y la agresividad.

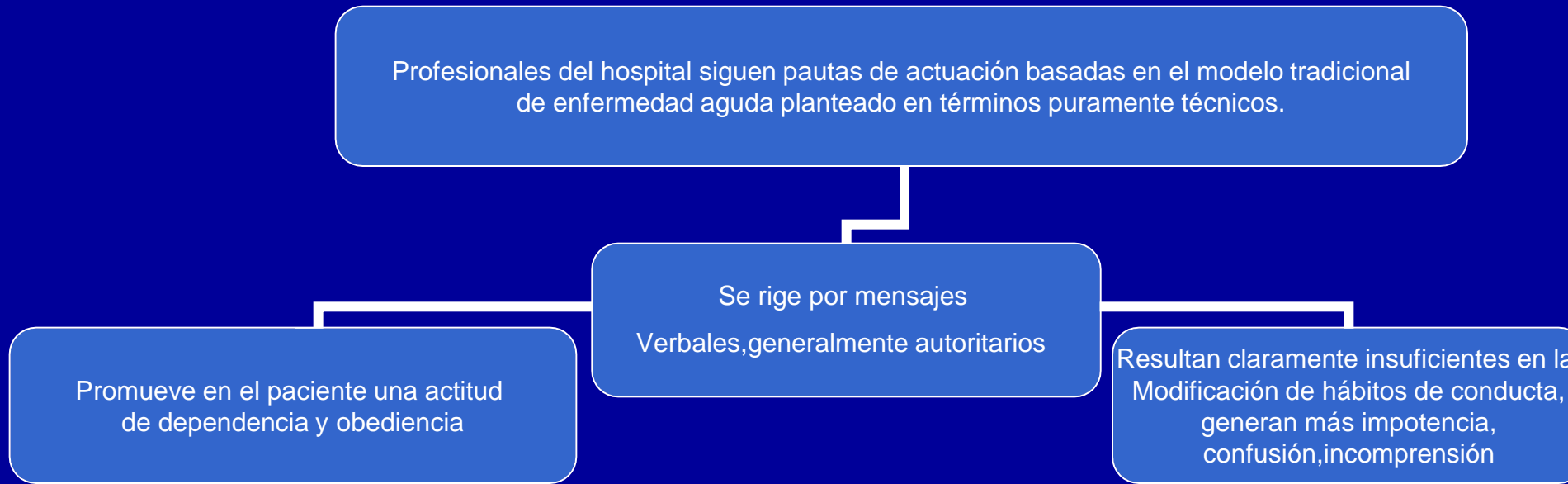
El sistema lo atribuye a rasgos de personalidad,en ocasiones es tratado con más medicación que el resto de pacientes,bajo el procedimiento de estar tratando síntomas,en realidad se tratan la quejas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MODO EN QUE EL PACIENTE SE ADAPTA AL MEDIO HOSPITALARIO



•El personal de enfermería necesita conocer la posible influencia negativa que pueda tener el ingreso en este contexto para evitar posibles iatrogenias hospitalarias.

En la práctica psiquiátrica sólo se puede distinguir entre una buena relación psiquiátrica (es decir, una **relación de ayuda**) y una “**mala**” **relación...**



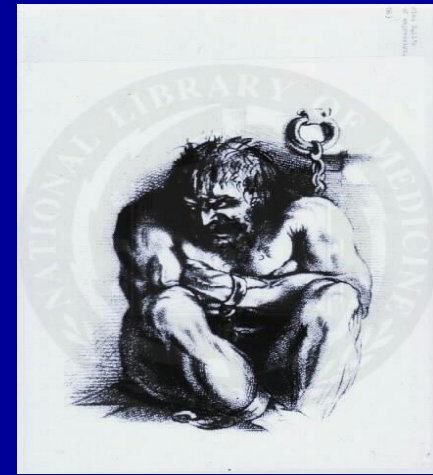
Las personas con **problemas mentales** o emocionales pueden presentar **conductas extrañas** o verbalizar **ideas inusuales** que producen en el **personal** que les rodea **sentimientos de rechazo, ira, animadversión, no aceptación**, etc... Estas actitudes desde el punto de vista de la **enfermería psiquiátrica** no ayudan en nada a entablar un **relación de ayuda** acorde a las necesidades de estos pacientes.

Para entablar una **relación terapéutica de ayuda** debemos generar una genuina **aceptación** de la persona en su **totalidad** y tratar de entender el porqué de dichas **conductas inadecuadas**, y aprender a **superar** los sentimientos de **ambivalencia** o de **rechazo**, e **inseguridad** que determinadas conductas puedan generar en nuestro “**interior**”. Este trabajo interior (**insight**), sería necesario para afrontar nuestro trabajo con ciertas garantías de **objetividad** en el análisis y manejo de **situaciones delicadas** con las que sin duda nos vamos a encontrar.

ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL EN HOSPITALIZACIÓN



- De esta forma iremos superando el rol que históricamente ha venido desarrollando el personal de enfermería psiquiátrica cuya principal actividad era la custodia del paciente.



- Siguiendo los principios y actitudes que hemos nombrado se podrán ofrecer con responsabilidad los cuidados y técnicas terapéuticas más adecuadas y que predispongan al paciente a superar activamente sus dificultades.



- En este sentido podríamos afirmar que el fomento y el estímulo de pautas de conductas más saludables, complementaría la acción del tratamiento farmacológico, que actuaría desde 'dentro' poniendo al paciente en mejor disposición de valorar y desarrollar este tipo de actuaciones.

EL PACIENTE MANIACO EN HOSPITALIZACIÓN.

EVOLUCIÓN Y CUIDADOS.



Clínica del paciente maniaco en hospitalización:

Aspecto físico:

Descuidado, extravagante.

Expresión facial:

Animado, alegre o furioso

Lenguaje:

Rápido, prolijo, falta de hilación entre ideas. Habla sin cesar y rápidamente.

A veces grita o canta hasta enronquecer.

Movilidad:

No para de moverse.

En cuadros de agitación extrema: accesos de ira, en los que puede revolver y destrozar su habitación, llegando a mostrarse grosero y desaseado.

Psique:

Exaltación y desorden en todos los procesos psíquicos.

Gran distracción:

Por dispersión de la atención, “extraviada” en estímulos exteriores.

Humor:

Exaltado.

Se muestra eufórico, optimista, especialmente 'bien', pletórico, infatigable, 'emprendedor'.

Pasa de alegría a lágrimas, de lamentaciones a cólera con gran facilidad.

Gran confianza en sí mismo.

Críticos con las imperfecciones del servicio hospitalario, a veces pertinentemente y con cierta 'malignidad'.

Nivel somático:

perturbada la regulación térmica:

Gran resistencia al frío y

tendencia a quitarse la ropa e ir semidesnudo.

Infatigables.

El hambre y la sed se encuentran aumentados, come y bebe de forma exagerada.

Trastorno del sueño importante, evitando dormir a toda costa.

Relación interpersonal:

No guarda distancia apropiada.

Desinhibido, bromista, ocurrente, jovial.

Tendencia a manipular el medio y sus interlocutores (debido a la excitabilidad y expansividad.

'Buenos y malos'..., creando enfrentamientos y tensiones en el equipo.

Representa escenas, improvisa escenarios, imita personajes conocidos, ... La característica de este 'juego' es que: toma elementos del medio ambiente cercano y presiona a las personas a entrar en escena. Él se convierte en el 'centro' y todo lo demás en 'accesorios' de su representación.



Paciente maniaco en sala.

- *No conciencia enfermedad.
- *Ingresa involuntariamente.

Actitud defensiva, de rechazo.
Poco colaborador, desafiante, agresivo.



Recibiremos al paciente:
Actitud relajada, firme y respetuosa.
También gran dosis de paciencia.



El ambiente será tranquilo, con pocos estímulos. Limitar relaciones con otros pacientes, ya que transmite excitabilidad – problemas interpersonales



... Mediante el cultivo de una relación terapéutica, de ayuda, basada en la confianza y respeto mutuos ayudaremos a que el paciente se sienta más seguro y confiado.



Cada interacción, cada palabra, cada actitud, cada gesto, es parte del proceso terapéutico total...



Paciencia

Perseverancia

Coherencia



Carácter tranquilo y fiable

ENTORNO TERAPÉUTICO

Rutina diaria:

Reglas, horarios, actividades,



Orden y organización.



Entorno consistente y predecible.



Frente a conductas agresivas



Garantiza:

Protección hacia sí mismo y que se pondrán límites a todo tipo de conductas disruptivas: Excesos verbales, de comportamiento, de relación, etc

COMUNICACIÓN.

Establecida la relación de ayuda y confianza mutuas, cubiertas las necesidades básicas intentaremos potenciar la comunicación terapéutica, creando el espacio y la situación idóneas para facilitar que el paciente maniaco pueda expresar sus sentimientos.

ESCUCHA TERAPÉUTICA: En sí misma comunica aceptación y respeto

*Pactar 'encuentros' regulares:

por ejemplo, dos o tres intervenciones de 15 a 20 minutos por turnos, ayudará a centrar su atención 'dispersa' en temas más cotidianos, del momento presente, contrarestando la tendencia a la fuga de la realidad inmediata

TERAPIA FARMACOLÓGICA



- Terapia central
- Dosis altas de neurolépticos y otros fármacos
- Mejora del paciente y efectos secundarios
- No confundir éstos con sintomatología psiquiátrica

“... Al intentar suprimir los síntomas patológicos , tales como la agitación, agresividad, ansiedad, delirios, etc. Es importante conocer que el medicamento neuroléptico modifica la conducta en su conjunto, el campo de conciencia y la comunicación e interrelación con su medio social, modifica la manera de ‘estar en el mundo’ y toda su personalidad, de forma que: se modifica su humor, se reduce su rendimiento intelectual, actividad psicomotriz, potencia sexual, pero sobre todo se le priva de los síntomas a los que el individuo tiende con todas sus fuerzas y al que apuntan principalmente los neurolépticos. El paciente desprovisto de su delirio, siente una falta de ‘algo’ que se traduce en una depresión más o menos acusada, apareciendo desinterés, pérdida de iniciativa, somnolencia, embotamiento, pasividad, ...” (H. EY)

Rechazo ante la toma de medicación

- Tranquilizar al paciente
- Información de efectos secundarios
- Beneficios de una correcta cumplimentación

Educación sanitaria



Reforzar la conciencia y
responsabilidad activa del
paciente ante su enfermedad



**Adherencia al
tratamiento**

**ATENCIÓN Y CUIDADOS ADECUADOS A LOS
TRASTORNOS DEL SUEÑO Y LA
ALIMENTACIÓN ...**

PROCESO TERAPÉUTICO

- Desaparición sintomatología aguda
- Normalización de humor y conducta
- Desarrollo de la relación terapéutica y cuidados específicos



Adaptación paulatina al ritmo de actividades de la sala:
Reuniones con otros pacientes, juegos, salidas al exterior, etc



Aumento de autoestima y confianza en posibilidad de
enfrentamiento de problemas de forma activa, adecuada y eficaz.

EL PACIENTE DEPRESIVO EN HOSPITALIZACIÓN.

EVOLUCIÓN Y CUIDADOS

CLÍNICA DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO:

- La actitud corporal:
 - -inmóvil, recogido en si mismo, palidez.
 - expresión facial triste, rasgos caídos, entrecejo fruncido. No habla, gime, llora.
 - astenia, no tiene fuerzas para nada.
- inhibición psíquica importante: ideación lenta, asociaciones dificultosas. El lenguaje a veces bloqueado, respuestas monosilábicas y aumento periodo latencia. A veces mutismo.



*Sentimiento de tristeza profunda que invade todo su ser.

- Dificultad para expresar dolor, lamento, disgusto...
- Baja consideración de sí mismo:
 - Sentimientos de impotencia, incapacidad e improductividad.
- Gran pesimismo, incapacidad de 'proyectarse' hacia el futuro.
- Ideas de indignidad: deshonesto, culpable, se avergüenza de sí mismo.
- Deseo y búsqueda de muerte, son constantes en la conciencia del melancólico. Riesgo suicida.
- Rechazo de alimento, desde la inapetencia a la negativa total a alimentarse.

DEPRESIÓN MAYOR:

Gran inhibición

-absolutamente inmóvil.

-no habla no come, no gestos.

-expresión de dolor y desespero

INGRESO EN U.H.P.:

- Seguir línea terapéutica activa y controlada.
- Necesidad de proteger al paciente:
 - Ideas de suicidio.
 - Rechazo obstinado a alimentos.
 - Negativa o imposibilidad tratamiento médico-farmacológico.



REFLEXIÓN...

- Cuidar **no es** un acto técnico-protocolario, frío y calculado, distante desde el punto de vista interpersonal, magistralmente ejecutado, en el que el paciente es objetivado como un mera etiqueta psicopatológica.
- Cuidar **es** una acción que comunica preocupación, sensibilidad y afecto y debe ser situado en el marco de una relación terapéutica de ayuda.

RECIBIMIENTO DEL PACIENTE EN U.H.P.

Desde el 1º contacto, cualquier relación que tengamos, influye + o – mente, en las posibilidades de curación:

- Cuando se le dice una frase trivial.
- La manera en que se administra el tratamiento.
- El mismo hecho de negarse a hablarle.

-El paciente será ubicado en un ambiente tranquilo, agradable y acogedor. En principio puede compartir habitación con otros, lo que ayudará a ↓ la sensación de soledad y aislamiento y ↑ eficacia las medidas de seguridad por las ideas de muerte.

La aproximación al paciente: será tranquila y respetuosa. Una actitud de sincera preocupación ayudará a establecer relación de confianza y conseguir paulatinamente la cooperación.

EL DEPRESIVO GRAVE DEBE SER TRATADO:

- Persona adulta.
- Dotada de dignidad y responsable.
- Su dolencia debe ser tratada con respeto
y permitírsele
- Retroceder a una situación de pasividad,
de dependencia,
de dolor y
de ausencia total-aunque temporal-de responsabilidad
hacia sí mismo,
hacia los demás y
hacia la propia enfermedad.

EL PACIENTE DEPRESIVO INHIBIDO PRESENTA GRAVES DEFICIENCIAS EN LA COMUNICACIÓN

Principios para una comunicación efectiva:

- INICIAR la comunicación y continuar durante un tiempo aunque no obtengamos respuestas verbales.
- HABLAR pausadamente y en tono bajo.
- NO FORZAR la situación para que no resulte incómoda.
- ACTUAR SIN PRISA, disponer de tiempo, dedicarlo a hablar, escuchar o acompañando.
- DAR TIEMPO para que responda. PACIENCIA en largos periodos de latencia.
- MANTENER actitud de **ÁCEPTACIÓN** y **APOYO INCONDICIONAL**.
- CONSEGUIR ambiente adecuado, que se sienta seguro y poder expresar **SENTIMIENTOS** en libertad y confianza.

PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERÍA PARA RESTABLECER DEFICIENCIAS EN NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

ALIMENTACIÓN:

- Identificar preferencias dietéticas.
- Estimular deseos con zumos, frutas, etc... Agradables a los sentidos.
- Conocer gustos dietéticos.
- Ofrecer líquidos entre comidas.
- Controlar signos de deshidratación.

ELIMINACIÓN:

- Prevenir dificultades teniendo en cuenta que ATD agravan los problemas de eliminación (fibra, hidratación, ejercicio, laxantes suaves.)
- Ayudar en **HIGIENE, VESTIMENTA y MOVILIDAD**
- COMPROBAR y ASEGURAR** personalmente la toma de medicación prescrita.

Dinámica de relación U.H.P.

- Conductas y relación sanas. Nivel individual y grupal
- Cuidados propios enfermería



Educ. Sanitaria:

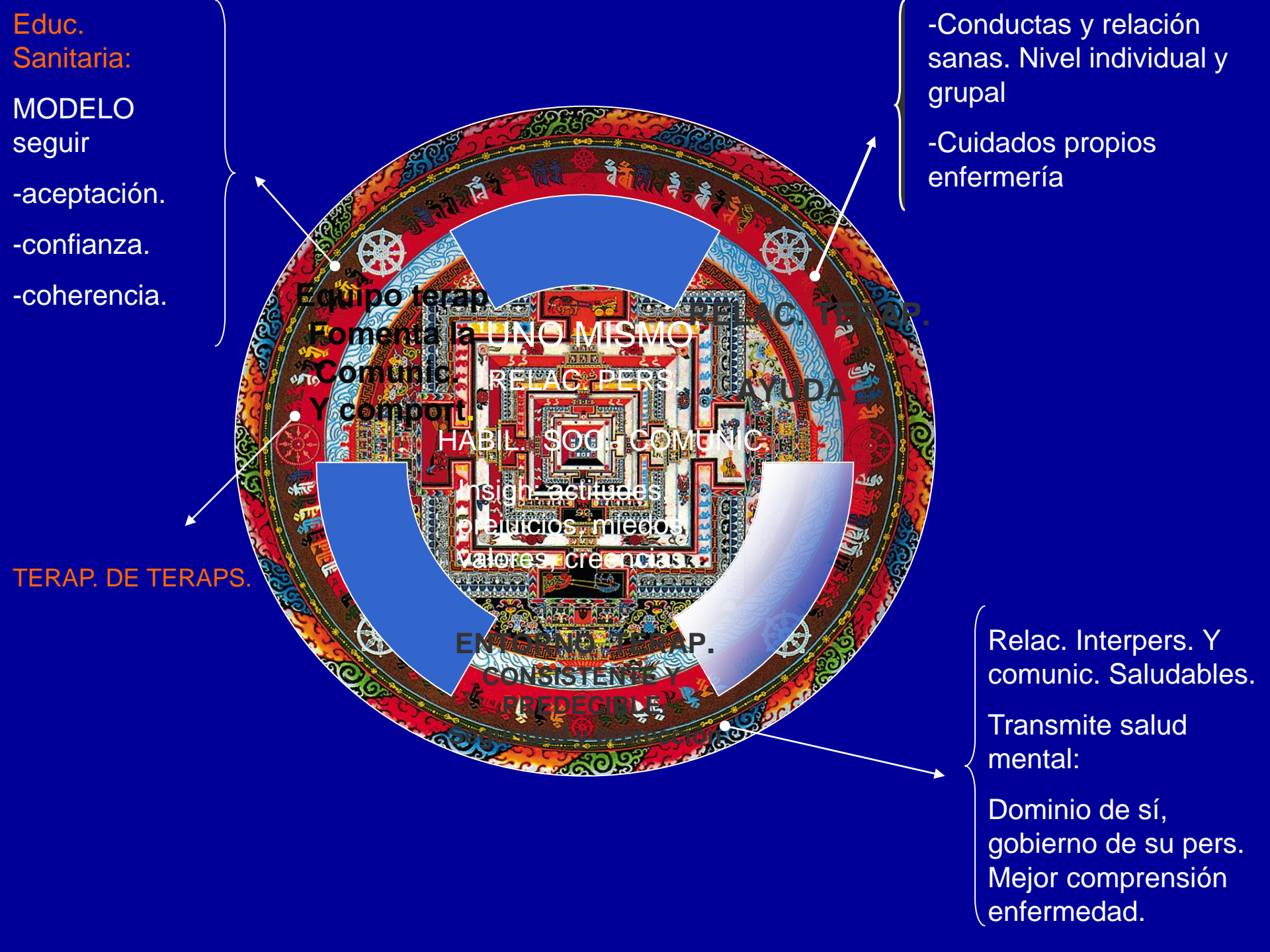
MODELO seguir

- aceptación.
- confianza.
- coherencia.

TERAP. DE TERAPS.

- Relac. Interpers. Y comunic. Saludables.
- Transmite salud mental:
- Dominio de sí, gobierno de su pers.
- Mejor comprensión enfermedad.





Educ. Sanitaria:

MODELO seguir

- aceptación.
- confianza.
- coherencia.

- Conductas y relación sanas. Nivel individual y grupal
- Cuidados propios enfermería

Equipo terap.
Fomenta la
Comunic.
Y compott

UNO MISMO

RELAC. PERS

HABIL. SOC. COMUNIC

Insight, actitudes,
prejuicios, miedos,
Valores, creencias

C. TERAP.
AYUDA

TERAP. DE TERAPS.

ENTENIENDO LA TERAP.
CONSISTENTE Y
PREDEGIRLE

Relac. Interpers. Y comunic. Saludables.

Transmite salud mental:

Dominio de sí,
gobierno de su pers.
Mejor comprensión enfermedad.

SALUD Y GRACIAS

**GRUPO DE TRABAJO Y ESTUDIO
ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA**