

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (U.H.P.)

Si vamos a hablar de los **cuidados de enfermería** en pacientes con **trastorno bipolar** ingresados en **salas de agudos**, deberíamos plantearnos en principio el conocer que características presentan las **salas de hospitalización (contexto)** donde se van a realizar dichos cuidados, ya que como sabemos, si queremos entender la **conducta** de cualquier persona necesitamos conocer la **estructura interna de referencia de la persona** así como el **contexto** donde se da dicha conducta.

También nos servirá de ayuda el conocer que 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 es una realidad compleja donde conviven diferentes intereses (políticos, sanitarios, institucionales, empresariales, profesionales, laborales, sindicales, etc...) y que generalmente está planificado según **las necesidades o intereses** de los **profesionales**, y esto puede entrar en **conflicto** con los **intereses** de aquellos hacia los que va dirigida la atención, los **pacientes...**

Esto acaba generando **más tensión y problemas añadidos** a los propios de la **patología** concreta por la que es ingresada una persona en el **hospital** e **influye negativamente** en la forma en que esta regula su **comportamiento**, pudiendo dar lugar en ocasiones a formas de **conductas disfuncionales**. Se pueden distinguir **dos tipos de respuestas al ingreso**, dando lugar al:

Rol de paciente bueno: sería aquel que **no demanda información, no se queja, es obediente**, lo que **facilita totalmente el trabajo del personal**. Este rol es favorecido por el personal por lo **cómodo** que resulta al **sistema**, aunque la conducta del paciente pueda ser buena para el sistema, seguramente no lo sea para él mismo, ya que **el buen paciente no es necesariamente un .paciente adaptado y satisfecho**

Rol de paciente malo: al contrario que el anterior la **conducta** de este paciente puede ser **desestabilizadora** para el sistema. Este rol lo adoptan **pacientes** que se resisten a **no ver cubiertas sus necesidades** y suele ser una **reacción** ante la **pérdida de control** y de **libertad** y ante el **no cumplimiento de sus expectativas** en relación al sistema, y se caracteriza por **hostilidad y agresividad**.

La reacción del **sistema** ante este patrón de **comportamiento es atribuido a rasgos de personalidad** y por ello, en ocasiones el paciente recibe **más medicación** que el resto de pacientes, y bajo el procedimiento de estar tratando los **síntomas**, en realidad se están tratando **las quejas**.

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

El personal de **enfermería** necesita conocer y entender la supuesta **influencia negativa** que pueda tener el **ingreso** en el **contexto hospitalario** y tratar de evitar en la medida de lo posible las consecuentes **iatrogenias hospitalarias**.

-IMPACTO DEL MARCO FÍSICO:

En general la arquitectura, decoración y percepciones físicas como olores, luces, ruidos, temperatura, suelen ser **poco agradables a los sentidos**.

-AISLAMIENTO Y ESPACIO REDUCIDO:

La separación del medio habitual, a veces de forma **involuntaria o por orden judicial**, agrava más la sensación de **frustración e impotencia**, pudiendo dar lugar a reacciones **hostiles o agresivas** como mecanismo de **defensa**.

-PERIDA DE APOYO SOCIAL:

Se produce al ser **separado** del ambiente familiar, social y laboral, el marco de referencia donde se desarrolla su vida; además se **limitan** sus visitas, contactos telefónicos, salidas al exterior, etc...

-DESPERSONALIZACIÓN:

Con el ingreso se entra en un proceso de **estandarización** donde pierde algunos de los indicadores de su **identidad personal** (ropa, objetos personales, espacios propios, etc...), y se ve **uniformizado**.

-DEPENDENCIA:

El paciente se encuentra en una situación de máxima **dependencia**, teniendo que asumir la rutina hospitalaria, las instrucciones de los profesionales y la necesidad de recurrir a estos para cubrir cualquier **necesidad**, lo que va generando la sensación de:

-PERDIDA DE CONTROL:

Lo que va debilitando el **autoconcepto** y la **autoestima**, lo que no hace sino aumentar el nivel de **dependencia**.

-PERDIDA DE INTIMIDAD:

No hay **espacio propio**, normalmente se comparte con una o dos personas desconocidas y en situaciones muy diferentes lo que genera **frustración** y **conflictos interpersonales**.

-FALTA DE COMUNICACIÓN:

En este contexto la comunicación suele ser **deficiente** y **defectuosa**, por lo que el paciente la intenta conseguir indiscriminadamente con distinto personal del equipo, llegando a **conclusiones contradictorias** y **erróneas**.

-JERARQUIZACIÓN Y FALTA DE COHESIÓN DEL SISTEMA:

Dando lugar a distintas líneas de **autoridad** que van influyendo en el paciente a diferentes niveles, dando lugar a **órdenes y normas contradictorias**, lo que favorece la **confusión**.

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

En general los profesionales del hospital siguen unas pautas de actuación basadas en el **modelo tradicional de enfermedad aguda**, planteado este en términos puramente **técnicos** y que promueve en el **paciente** una actitud de **dependencia y obediencia**, que se rige por **mensajes verbales**, generalmente **autoritarios** y que resultan claramente **insuficientes en la modificación de hábitos de conducta** y que tienden a generar más **tensión, impotencia, confusión, sensación de incompreensión**, etc...

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.

Deberíamos aprender a considerar estas **conductas** como la expresión de **necesidades de comunicación**, deseos de **satisfacer necesidades** o simplemente como **formas equivocadas o erróneas**.

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

Cualquier persona con un **trastorno psiquiátrico** mantiene **relaciones** con otras en su vida cotidiana. Estas **relaciones** no son ajenas a los **problemas** de la persona. No son algo que se añadan para bien o para mal a la problemática interna, por el contrario, las **relaciones interpersonales** del **paciente** son siempre **parte integrante de sus problemas** y de su misma **dolencia**. En muchos casos toda la **dolencia** consiste en la **dificultad en las relaciones interpersonales**.

La situación más típica es la de la **persona** que es **consciente** de **estar mal** precisamente porque no consigue tener **relaciones interpersonales satisfactorias**.

El principal **instrumento terapéutico** con que cuenta **enfermería en salud mental** es **"uno mismo"**.

Es a través de éste **"uno mismo"**, de la conciencia de sí mismo, como se entabla una verdadera **relación de ayuda**, en la que la **preocupación por el bienestar del otro** (definición de **cuidar**) incluiría actitudes como **aceptar, ser honesto, confortar, escuchar con atención, mostrar sensibilidad, etc...**

El **trabajo de enfermería** en salud mental pasa por **alentar** el desarrollo de la propia **conciencia de los pacientes**, de forma que deberíamos estar dispuestos a ponerlo en práctica con **nosotros mismos**.

Es a través de la **interacción personal** como **enfermería** puede servir de vehículo para establecer **relaciones más satisfactorias** y movilizar al **paciente** hacia los **objetivos asistenciales** deseados.

Mediante la puesta en práctica de una **actitud y cuidados** adecuados, basados en el **acercamiento y comprensión** de la situación del **paciente**, así como con la **coherencia, la estabilidad** y el **compromiso** en nuestra relación con éste, es como sentaremos las bases para entablar una **relación terapéutica**, reforzando así la **confianza** y el **respeto** mutuos y **dirigida** a conseguir la **adhesión activa al proceso terapéutico** en marcha.

Esta **relación terapéutica humana** dirigida a **conocerse a sí mismos** y **relacionarse** mejor, basada en el **contacto** y la **interacción** con los miembros del **equipo sanitario** y que alienta formas saludable de **comunicación** y **comportamiento**, irá poniendo las bases para que nuestra **atención y cuidados** se

puedan dar en un **entorno terapéutico** que garantice los **objetivos básicos** de:

1°-**Proteger** al paciente y a los demás durante los periodos de **conductas desadaptadas**.

2°-**Ayudar** a los pacientes a desarrollar **autoestima y confianza**.

3°-**Enseñar habilidades adaptativas** más eficaces para **satisfacer sus necesidades**.

Superando así definitivamente **el rol** que históricamente ha venido desarrollando **el personal de enfermería psiquiátrica**, cuyo principal cuidado era la **custodia del paciente**.

Siguiendo los **principios y actitudes** que hemos nombrado se pueden ofrecer con **responsabilidad los cuidados y técnicas terapéuticas** más adecuados y que pongan al paciente en disposición de **superar activamente sus dificultades**.

En este sentido podríamos afirmar que el **fomento y el estímulo** de pautas de **conducta más saludables** complementaria 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 HOSPITALIZACION

EVOLUCION Y CUIDADOS

Hay unas **características generales** que podemos resaltar en el paciente con **crisis de manía aguda** que llega a necesitar hospitalización:

- El **aspecto físico** suele ser **descuidado y extravagante**.
- La **expresión facial** animada, alegre o furiosa.
- **Habla sin cesar** y muy rápidamente. El **lenguaje** es muy **rápido, prolijo** y con **falta de hilación** entre ideas. A veces grita o canta hasta enronquecer.
- **No para de moverse**, y en los estadios de **agitación extrema**, el paciente puede tener accesos de **ira** en los que puede revolver todos los objetos de su habitación e intentar destruirlo todo, llegando a volverse **grosero y desaseado**. Hay una **exaltación y desorden** en todos los **procesos psíquicos** en los que llama la atención una gran **distracción por dispersión de la atención** que se encuentra "extraviada" en todos los **estímulos exteriores**.
- El **humor** está **exaltado**, mostrándose **eufórico y optimista**. Se siente especialmente bien, **pletórico, infatigable, dichoso de vivir**, dispuesto a emprender todo tipo de empresas. Puede pasar rápidamente de la **alegría** a las **lágrimas** y de las **lamentaciones** a la **cólera**. Da muestras de una anómala **gran confianza en si mismo** y de una **agresiva y cordial arrogancia**, gustando de ridiculizar a su interlocutor. Son muy **críticos**, a veces pertinentemente y frecuentemente con malignidad, con las **imperfecciones del servicio hospitalario**.

- **A nivel somático:**
 - . El **trastorno del sueño** es muy importante, llegando a pasar bastante tiempo sin dormir.
 - . A veces tienen **perturbada la regulación térmica**, siendo muy **resistentes al frío** (muestran tendencia a quitarse la ropa y a ir semidesnudos), y también se muestran **infatigables**.
 - . El **hambre y la sed** están **aumentadas** por lo que come y bebe de forma exagerada.
- En la **relación interpersonal** no guarda la distancia apropiada, se muestra **desinhibido, bromista, ocurrente y jovial**, y plantea problemas relacionados con el **estado de excitación** y de **expansividad**, tendiendo a **controlar y manipular el "medio" y sus interlocutores**, para conseguir así sus objetivos por medio de halagos hacia unos, "los buenos", y criticando y descalificando a los otros, "los malos", creando, a veces, si no se es consciente de ello, enfrentamientos y tensiones entre el personal del equipo terapéutico.

La persona que sufre de **manía representa** escenas, improvisa escenarios, **imita** a personajes conocidos....., La característica de este "**juego**" es el tomar sus elementos del medio ambiente cercano y **presionar a las personas** que le rodean a que **entren en escena**. El se convierte en el centro y todos los objetos y personas se convierten en accesorios de su "**representación**".

El paciente con estas características descritas, ingresa en la **sala de hospitalización, sin tener conciencia de enfermedad** y

además **involuntariamente**, lo que como es natural, genera en el individuo **una actitud defensiva , de rechazo**, por lo menos en el primer momento, y como **respuesta** ante la imposición de este **ingreso** puede mostrarse **poco colaborador, desafiante y agresivo**. Por todo ello, es muy importante en el primer contacto recibir al paciente con una **actitud relajada, firme y respetuosa**, y también, por que no decirlo, con una buena dosis de **paciencia**.

Hay que intentar mantenerlo en un **ambiente tranquilo**, sin demasiados estímulos, y **limitar** la relación con otros pacientes, ya que puede **transmitir su excitabilidad** y llegar a crear **problemas interpersonales o enfrentamientos** con estos.

Paso a paso, iremos poniendo las bases para que el paciente pueda sentirse **confiado** en la **atención y cuidados** que pueda recibir por nuestra parte, no hay que olvidar que cada **interacción** y cada **conversación**, por pequeña que esta pueda ser, forma parte del **proceso terapéutico global**.

El **equipo de enfermería** debe crear un clima de **confianza** y **respeto** previo para que los **pacientes** se sientan lo bastante **seguros y cómodos** como para participar **activamente** en el **proceso terapéutico**.

Establecer este **clima de confianza**, requiere además, **paciencia, perseverancia**, y tal vez lo mas importante, **coherencia**.

En estas situaciones, el **paciente maniaco** necesita un **entorno acogedor** que le de **seguridad**, que le ponga **límites claros** a sus **excesos verbales, de comportamiento**, y de

relación, y un personal de enfermería con un carácter tranquilo y fiable.

Una vez consolidada la **relación de ayuda y de confianza mutua**, y cubiertas las necesidades básicas, el **paciente** se podrá centrar con más tranquilidad en la **comunicación**. Uno de los **instrumentos** importantísimos en la **comunicación** es la **escucha terapéutica** (en si misma comunica **aceptación y respeto**), por lo que es importante crear el espacio y la situación idónea donde poder desarrollar esta practica, y que así **el paciente** con una **crisis de manía** pueda expresar sus sentimientos de la forma mas adecuada. A veces, resulta beneficioso pactar con el paciente **"encuentros"**, por ejemplo, dos o tres intervenciones de 15 o 20 minutos por turno, lo que le ayudará a **canalizar tensiones y ansiedades** al tiempo que también le servirá para **centrar su atención "dispersa"** en temas más cotidianos, que tengan que ver con **el momento presente**, y contrarrestando así la **actitud de "fuga"** de la **realidad inmediata** que suele presentar el paciente maniaco.

La **terapia central** en las **unidades de agudos** es la **farmacológica**, y debido a las características del paciente, se utilizan cantidades altas de **neurolépticos** junto a otros fármacos, lo que puede producir al tiempo que mejora el paciente, **efectos secundarios** importantes, que deberíamos tener presentes para **no confundirlos** con la **sintomatología psiquiátrica** propiamente dicha:

....."Al intentar suprimir los síntomas patológicos, tales como la agitación, agresividad, ansiedad, delirios, etc. Es importante saber 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 mas o menos acusada, apareciendo desinterés, perdida de iniciativa, somnolencia, embotamiento, pasividad,....." (H. EY).

Es de sobra conocido, el **rechazo** que presentan muchos pacientes ante la **toma de medicación** y la gran cantidad de problemas que genera esta situación. La **actuación de enfermería** debe ser **clara** desde el principio, **tranquilizando** al paciente y aportando **información** sobre el **significado** de estos "efectos" y **reforzando** así la **importancia** y los **beneficios** de una **correcta cumplimentación**. Este trabajo de **educación sanitaria**, lo iremos desarrollando durante todo el tiempo que dure el ingreso, reforzando la **conciencia y responsabilidad activa** del **paciente** ante su **enfermedad**.

Los **entornos terapéuticos hospitalarios** proporcionan **orden y organización** a través de la rutina diaria y un conjunto de reglas, horarios y actividades. Este **entorno** donde se desarrollan los **cuidados y terapias** debe ofrecer un clima de **seguridad y protección**. En caso de producirse **conductas agresivas** el **paciente maniaco** recibe **protección contra si mismo** y garantías de que se pondrán **límites a sus acciones**. Esto hace que el **entorno** sea **consistente y predecible** lo que ayuda a afianzar la sensación de **seguridad y protección** que debe transmitir el **medio hospitalario**.

Es también de vital importancia crear las **condiciones necesarias** para que los **trastornos del sueño** y la

alimentación vayan normalizándose mediante la atención y cuidados mas adecuados.

En la medida en que vaya desapareciendo la **sintomatología aguda** que originó el **ingreso**, y se vaya normalizando el **humor** y la **conducta**, a través de la **relación terapéutica** y los **cuidados** que establecimos desde el principio y que hemos ido desarrollando durante todo el **proceso**, el **paciente** se irá adaptando paulatinamente al **ritmo** de **actividades** de la sala, participando en **reuniones** con otros paciente, **juegos**, **salidas** al exterior, etc., que irán afianzando su **autoestima** y **confianza** en sus posibilidades de **afrentamiento** de sus **problemas** de la forma mas adecuada y eficaz.

EL PACIENTE DEPRESIVO EN HOSPITALIZACIÓN. EVOLUCIÓN Y CUIDADOS.

Podemos resumir las características de una persona con trastorno depresivo o melancólico al ingreso en una U.H.P. como sigue:

- **La actitud corporal** nos muestra a un individuo **sentado, inmóvil, cuerpo y cabeza flexionado hacia delante, con palidez, expresión facial de tristeza, rasgos caídos, entrecejo fruncido**. El paciente **no habla, gime o llora**.
- Presenta signos de **astenia**, no tiene fuerzas para moverse.
- Hay un **inhibición psíquica** importante: ideación lenta, asociaciones mentales dificultosas.

El lenguaje puede estar **bloqueado**, con respuestas monosilábicas y gran aumento del periodo de latencia en estas, con frecuencia el **depresivo** permanece en un **mutismo total**.

- Lo más llamativo de cuadro depresivo es un sentimiento de **tristeza profunda** que invade todo su ser.

Presenta **dificultades para expresar su dolor, desespero, disgusto o lamento**, que también forman parte de la **sintomatología depresiva**.

Tiene una **baja consideración de si mismo**, así como **sentimientos de impotencia, incapacidad e improductividad**.

Existe un **gran pesimismo**: el futuro no ofrece horizontes, nada agradable puede esperar de la vida.

También aparecen **ideas de indignidad**: se siente deshonesto, culpable y avergonzado de si mismo.

- **El deseo y la búsqueda de muerte** suelen ser constantes en la conciencia del melancólico, lo que hace que este sea peligroso especialmente para si mismo, por el **riesgo suicida** que conlleva.

- **El rechazo de alimento**, desde la simple falta de apetito, a la más desesperada resistencia frente a cualquier tipo de alimentación, suele ser una constante en la mayor parte de estos pacientes.

Dadas las grandes variaciones existentes en el procedimiento que hay que utilizar según el tipo de trastorno depresivo de que hablemos, nos centraremos en la **depresión mayor** por ser seguramente la que presenta mas riesgos debido a la **gran inhibición** que presenta el paciente, que aparece en la **clínica**, como absolutamente **inmóvil: no habla, no come, no hace ningún gesto ni ningún movimiento** y mantiene una **expresión constante de dolor y desespero**.

Es en estas situaciones extremas en las que suele ser ingresado el paciente depresivo en la **U.H.P.**, donde podrá seguir una **línea terapéutica** activa y controlada, tendente sobre todo, a la necesidad de **proteger al paciente** de:

- Las ideas de suicidio
- El rechazo obstinado a los alimentos
- Negativa o imposibilidad del tratamiento médico-farmacológico

Recordemos que **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 una mera **etiqueta psicopatológica**, sino que más bien **es una acción** que

comunica preocupación, sensibilidad y afecto y debe ser situado en el marco de una **relación terapéutica de ayuda**.

Desde que tomamos **contacto** con el paciente, cualquier **relación** que mantengamos con él influye positiva o negativamente en las **posibilidades de curación** de éste, hasta cuando se le dice una frase trivial, la manera en que se administra una medicina, o el mismo hecho de negarse a hablarle.

Intentaremos que **el paciente** sea ubicado en un **ambiente tranquilo, agradable y acogedor**, en principio, tal vez resulte mas apropiado el compartir habitación con otros paciente, lo que ayudará a disminuir la **sensación de soledad** que suelen presentar, y también será mas fácil para mantener con más eficacia las **medidas de seguridad** adecuadas en relación con las **ideas de muerte** que suelen presentar.

El paciente **depresivo grave** debe ser tratado como una persona **adulta**, dotada de **dignidad y responsable**; su dolencia debe tratarse con **respeto**; pero al mismo tiempo debe permitírsele **retroceder provisionalmente** a una situación de **pasividad, de dependencia, de dolor, de ausencia total** -aunque temporalmente- de **responsabilidad** hacia los demás y por tanto hacia si mismo y hacia la propia enfermedad.

La aproximación al paciente será **tranquila y respetuosa**.

Una actitud de **sincera preocupación** se puede convertir en un **poderoso instrumento** para establecer una **relación de confianza** y conseguir la **cooperación** durante todo el **proceso terapéutico**.

Es mediante la **interrelación** y el desarrollo de una **comunicación terapéutica** como **enfermería** tratará de superar las **graves deficiencias** que presenta el paciente **depresivo inhibido**. Con vistas a establecer una **comunicación efectiva**, tendremos en cuenta los siguientes principios:

- **Iniciar la comunicación** y continuar durante un tiempo prudencial aunque no obtengamos respuestas verbales.
- **Hablar** pausadamente y en tono bajo.
- **No forzar** la situación a fin de que no resulte incómoda.
- **Actuar sin prisa, disponer de un tiempo y dedicarlo a hablar, escuchar, o simplemente estar disponible acompañando.**
- **Dar tiempo** para que responda y tener **paciencia** con los largos **periodos de latencia**.
- **Mantener** una actitud de **aceptación y apoyo incondicional**.
- **Conseguir el ambiente** adecuado para que se sienta **seguro** y poder **expresar sus sentimientos** con **libertad y confianza**.

Una vez ubicado el paciente y aclarados los **principios y fundamentos** sobre los que vamos a basar nuestro **plan de actuación y cuidados de enfermería**, la acción irá dirigida

a restablecer y mantener las **necesidades fisiológicas** básicas en las distintas áreas de: **alimentación, eliminación, descanso, sueño, actividad, higiene, vestido, mantenimiento de temperatura.....**, que podrían resumirse como sigue:

- **Identificar las preferencias dietéticas** y tratar de **estimular sus deseos** con zumos, frutas etc., que resulten **agradables a sus sentidos**. Conocer sus **gustos dietéticos** y disponer de una dieta según las preferencias del paciente. Si las comidas no son suficientes, **ofrecer líquidos** frecuentemente entre las comidas hasta asegurar la ingesta mínima básica.

Controlar posibles signos de deshidratación.

- **Aplicar** medidas habituales para **prevenir dificultades** en la **eliminación**, teniendo en cuenta que la medicación **ATD** puede agravar los problemas de **estreñimiento** (alimentación rica en fibra, hidratación, ejercicio, laxantes suaves.....).

- **Ayudar** en la **higiene personal**, en la **vestimenta** y en la **movilidad**.

- **Comprobar** y asegurar **personalmente la toma de medicación prescrita**.

.....

Cualquier plan de cuidados que realicemos, se irá revisando regularmente para adaptarlo a los nuevos cambios y necesidades surgidos durante el proceso terapéutico.

Recordaremos que la **relación interpersonal** es la **parte esencial** de la **labor de enfermería**. Estas **relaciones interpersonales** se producen durante todas las fases de la

vida del paciente en el hospital, a lo largo de las 24 horas del día, desde los acontecimientos más sencillos y cotidianos, como comer y dormir, hasta los más complejos, como participar en la organización de su propia vida. Es a través de esta **relación terapéutica de ayuda**, que **enfermería promoverá las relaciones interpersonales**, tanto **entre individuos** como **en grupo**, ayudando a los pacientes a encontrar pautas de comportamiento y relación más saludables para sí mismos y para el grupo.

La relación con los pacientes, en tanto que personas desconocidas y con problemas de difícil comprensión, acaban por **producir cierta ansiedad**, que junto con nuestras propias características **-creencias, juicios de valor, estados de ánimo, etc.-** pueden **desvirtuar la observación y valoración** que hacemos de las **conductas y actitudes del sujeto**, y como resultado de ello aplicar **respuestas inadecuadas y no terapéuticas**.

Para que la relación cumpla la función requerida, serán necesarias **la autoobservación y el conocimiento** de nuestras **actitudes, prejuicios o miedos**, con los que hacemos frente a esa **relación**, con el fin de evitar caer en **el subjetivismo**, y que pueda dar lugar a **actitudes rígidas o estereotipadas o proyectar** nuestros propios problemas en el paciente, lo que **no sería deseable ni terapéutico**.

Debemos conocer bien la **estructura hospitalaria** y **como puede influir ésta negativamente** en el **proceso de hospitalización** de los **pacientes**, para **evitar** las posibles **iatrogenias** inherentes al internamiento; crear las condiciones que hagan posible el desarrollo y mantenimiento de un **entorno hospitalario terapéutico, consistente y predecible**, capaz de ofrecer la sensación de **seguridad y protección**, donde poder desarrollar **relaciones terapéuticas** basadas en una **comunicación eficaz**, que

transmita **aceptación, confianza y coherencia**, y donde poder llevar acabo con garantías un **plan de cuidados de enfermería** adecuado a las necesidades del paciente en cada momento, dirigido a conseguir **pautas alternativas de comportamiento** tendentes a recuperar **el dominio de si mismo, el gobierno de su persona y una mejor comprensión de su enfermedad**.

Para mantener un **entorno** que pueda ofrecer con garantía el **desarrollo del proceso terapéutico**, deberíamos tomar en consideración el mantenimiento de la **salud mental del equipo**; es decir, encontrar un marco donde poder realizar, lo que podríamos llamar, una **terapia de terapeutas**, donde las **contradicciones, las crisis y las ansiedades** de los componentes del **equipo terapéutico**, puedan ser **diagnosticadas y tratadas** convenientemente y poder encontrar y explorar formas de **actuación** cada vez **más sanas y coherentes**.