

# EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Silvia Orrego Sierra\*

## Resumen

*Revisión bibliográfica sobre las situaciones de salud que con mayor frecuencia se atienden en la modalidad de urgencias psiquiátricas —paciente violento, paciente potencialmente suicida y paciente con crisis de ansiedad o ataques de pánico—, que orienta la aplicación del proceso de enfermería en estos casos.*

*La atención de dichos pacientes se hace no sólo en los hospitales especializados, sino que por su carácter de urgentes, su primera consulta se hace en unidades generales en las cuales es más difícil su tratamiento, tanto por las condiciones físicas de los servicios como por la no existencia de personal preparado en el manejo de dichos eventos.*

### Palabras claves

*Enfermería psiquiátrica  
Atención de enfermería  
Salud mental*

---

\* Enfermera especialista en salud mental y psiquiatría. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

## **Introducción**

El profesional de enfermería en el proceso asistencial tanto en hospitales generales como en hospitales especializados —psiquiátricos, neurológicos, entre otros—, atiende individuos con síntomas mentales y signos conductuales, que pueden ser el rasgo manifiesto de un trastorno psiquiátrico o neurológico que exige una rápida intervención.

Con el fin de tomar decisiones que permitan hacer frente en forma efectiva a los diferentes tipos de urgencias psiquiátricas, el profesional de enfermería necesita habilidad para realizar una valoración rápida del paciente y la familia, valoración que incluye el examen mental. Al hacer las evaluaciones de urgencia es mejor adoptar una actitud conservadora, con el objetivo de descubrir cualquier trastorno orgánico potencial o trastorno psiquiátrico mayor. Además, la enfermera debe tomar en serio cualesquiera amenaza, gesto o intento suicida y homicida, incluso si a primera vista el paciente parece querer manipular a los demás.

Las urgencias psiquiátricas más comunes son el paciente violento, el paciente suicida, el paciente con trastorno de personalidad que busca la hospitalización como medio para obtener cuidado y el paciente con síndrome mental orgánico agudo (intoxicaciones, traumas de cráneo, entre otros).

Este escrito se ocupa del paciente violento, del paciente suicida y del paciente ansioso, por ser bastante frecuentes, de más difícil manejo por el equipo de salud de una unidad general y por no ser prioritaria la atención somática del usuario como sucede en los casos de intoxicaciones y traumas.

### **Aspectos generales de la evaluación inicial**

La evaluación debe incluir la entrevista al paciente y la familia, un examen completo del estado mental, el examen físico y neurológico y las pruebas de laboratorio relevantes.

Con la familia se debe identificar la percepción que ésta tiene del paciente, de su situación actual y del tratamiento de la misma, ya que en muchas oportunidades dicha percepción hace que la urgencia sea más de la familia que del paciente mismo.

La entrevista y el examen pueden ser modificados para adaptarse a la situación, pero los principios generales que los orientan deben tenerse en cuenta —respeto por el paciente y la familia, aspectos que deben contemplar una historia clínica—.

Al final de la evaluación se debe ser preciso y claro al abordar las recomendaciones. Resulta útil preguntar al paciente y a la familia qué opina sobre el tratamiento o disposición sugerida, a fin de identificar problemas de cumplimiento. Ocasionalmente, lo dispuesto supondrá el tratamiento involuntario, debe intentarse por todas las maneras aumentar el nivel de cumplimiento por medio de explicaciones claras de la razón para la decisión adoptada.

Las situaciones especiales se plantean cuando el paciente amenaza con violencia, está violento, está psicótico o delirante hasta el punto de ser incapaz de llevar una conversación. Pueden ser precisos la contención física o el tratamiento médico rápido antes de ser posible una valoración ulterior.

Los exámenes físico y neurológico deben ser especialmente completos, si el paciente tiene una psicosis aguda o delirio, si cualquier aparte de la historia clínica sugiere organicidad o si hay indicios de haber sufrido trauma o mal trato.

### **El paciente que genera temor (violento)**

La conducta violenta es primordialmente resultado de un estado psicótico, una enfermedad orgánica o un estado depresivo. También puede ser una forma de vida (estilo de vida en que las acciones tienden a ser impulsivas y no adaptadas a la realidad).

Los indicios más ciertos de la conducta violenta son: 1) el aumento de la actividad psicomotriz y la rápida expansión del espacio corporal, que comunica la necesidad de distancia, 2) la intensidad del afecto, 3) la expresión de ideas ilusorias, en especial de ideas relacionadas con amenazas, 4) las alucinaciones amenazantes, nuevas, de naturaleza exigente o que suponen una grave alteración y 5) una historia anterior de conductas violentas en situación de estrés.

La psicosis aguda no es un diagnóstico sino un síndrome clínico que puede ser producido por multitud de trastornos como la manía, una exacerbación

de la esquizofrenia o el abuso de sustancias. Todos estos pacientes pueden mostrar agitación, hiperactividad automática, alucinaciones y delirios, lo que se torna difícil de tratar en la sala de urgencias porque suele estar excitado, ser molesto y no puede razonarse con él.

Por definición, los signos y síntomas de la psicosis aguda se han desarrollado rápidamente, en el transcurso de unos días o semanas. El síndrome incluye ideación psicótica, es decir delirios, alucinaciones, ideas de referencia —el paciente está convencido de que los sucesos ordinarios tienen alguna relación con él— o pensamiento incoherente. Otros síntomas pueden incluir insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz, hiperactividad, desequilibrio afectivo —como euforia o labilidad emocional— y la falta de consideración hacia las consecuencias de sus actos.

La psicosis aguda, al igual que el delirio es una urgencia médica.

La observación cuidadosa es la respuesta que deben asumir los profesionales de enfermería, pues les permite una mejor definición de la situación y la formulación de un plan de intervención. La capacidad de intervención depende de la conciencia sensible de las propias percepciones y del habitual esquema de respuestas.

### *Diagnóstico asistencial*

Tan importante como la intervención en la conducta violenta del paciente una vez desencadenada, es la capacidad de predecir cuándo un paciente va a actuar violentamente y adoptar las medidas preventivas.

Hay cuatro causas inmediatas de la conducta violenta. (West)

1. La intoxicación por alcohol o drogas
2. La actividad criminal relacionada con el deseo de obtener droga.
3. Los episodios agudos de trastornos mentales funcionales.
4. Los síndromes mentales orgánicos incluido el delirium tremens.

Cuando cualquiera de estos factores aparece en sitios de gran estrés —lugares de reunión de muchas personas, donde se consume licor, donde hay

poca iluminación, entre otros—, es muy elevada la posibilidad de aparición de conducta violenta u homicida.

Una vez hecha la predicción de aparición de la conducta violenta, el paso siguiente es determinar cuán peligroso será éste. Cuanto más repentino sea el cambio de conducta y mayor sea el número de eventos presentes, más fuera de control estará el paciente. Para garantizar la seguridad hay que ir siempre un poco adelante del paciente.

Los objetivos inmediatos de la *intervención* son devolver el control de los pacientes agresivos y violentos y evitar nuevas pérdidas de control. Una vez identificado el problema de conducta violenta en el paciente, es conveniente observar las siguientes recomendaciones:

Ser consciente de los signos precursores y utilizarlos como medio de control, si una vez recuperado el paciente se prevé una nueva pérdida de control.

Reducir los estímulos y separar de su entorno cualquier objeto o persona que parezca asustar al enfermo.

Dejar distancia entre paciente y examinador, además el examinador debe identificarse ante el paciente.

Dar seguridad a los pacientes explicándoles lo que sucede, diciéndoles que van a estar seguros y preguntándoles si tienen alguna duda —retire del paciente todo objeto con el cual pueda hacer daño a sí mismo o a los demás—.

Si un paciente expresa su temor de cometer un acto violento, estimar la gravedad del peligro e iniciar los pasos necesarios para evitarlo.

Ante los signos de posible conducta violenta en un paciente, es necesario identificar las causas y corregirlas. Sin embargo, mientras se realiza dicho diagnóstico hay que evitar que el paciente potencialmente violento se exprese en forma dañina; por tanto, hay que considerar la posibilidad de sedación. En caso de no tener claro el diagnóstico nosológico, debe utilizarse la menor dosis posible hasta tanto éste se clarifique.

Cuando el asistente se encuentre frente a un paciente altamente violento se aconseja una intervención más inmediata teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Nunca intentar establecer contacto con el paciente en solitario, solicite ayuda al personal entrenado en técnicas de contención.

Si el paciente no puede autocontrolarse, probablemente será necesario aplicar un protocolo de sedación (médico-delegado). En este caso debe tomarse la tensión arterial antes y media hora después de cada dosis y administrar la medicación sólo si la presión sistólica es superior 90 mmHg.

Conocer la historia anterior del paciente, relacionada con conductas violentas.

Controlar al paciente en previsión de nuevos ataques violentos utilizando los criterios descritos en el diagnóstico.

Adoptar una decisión sobre la hospitalización. Cuando el paciente se trata en la modalidad de hospitalización, el equipo sanitario debe alcanzar una comprensión estructurada de los sentimientos, lo cual se consigue ayudando al paciente a controlar o fijar límites a la conducta impulsiva-agresiva, a examinar la situación inmediata que precipitó la reacción impulsiva y a aprender métodos alternativos de reacción en situaciones similares u otras formas de descargar las energías agresivas en forma estable.

### *La evaluación*

Debe enfocarse a identificar cuándo el paciente anteriormente violento es capaz de interrumpir, de forma estable, sus acciones impulsivas y de elegir formas no violentas de descarga de la agresión. Cuando esto ocurra, estará en camino de rehabilitación.

## **El paciente que genera culpa y rechazo (deprimido con intento de suicidio)**

La depresión figura entre las alteraciones psiquiátricas más comunes evaluadas en las salas de urgencias. Cuando un paciente deprimido experimenta también impulsos suicidas, puede producirse una crisis que ponga en

peligro su vida y la estabilidad emocional de su familia y del equipo de salud que la atiende. El personal sanitario debe ser capaz de distinguir la depresión de la tristeza normal, de la respuesta a la pérdida, de la decepción y de la respuesta a la enfermedad crónica. La distinción es importante porque permite la orientación en el tratamiento, que de no ser específico, se asociaría a una significativa morbimortalidad y harían el proceso recurrente.

La depresión alude a un síndrome psiquiátrico mayor caracterizado por el estado de ánimo depresivo y síntomas y signos neurovegetativos de duración significativa. El objetivo por lograr en el servicio de urgencias es determinar si el paciente tiene una depresión u otro síndrome psiquiátrico mayor e iniciar un tratamiento idóneo sobre la base de la valoración y el diagnóstico.

Las personas cometen suicidios por diversas razones, algunos son empujados al acto por delirios o alucinaciones; algunos a causa de sentimientos de depresión o una enfermedad crónica o terminal, pues no ven esperanza para el futuro; para otros es el alivio del dolor físico o psicológico intratable; en tanto que otros han experimentado tantas pérdidas que la vida ya no tiene valor; para muchos, han sido perseguidos por múltiples crisis que han dañado sus recursos internos y externos y para otros, el suicidio es la expresión externa de la ira hacia personas significativas.

Cualesquiera sea(n) la(s) causa(s) la evaluación debe ser completa e incluir:

1. Manifestaciones clínicas (incluye estado mental)
2. Historia de enfermedad actual
3. Historia psiquiátrica anterior
4. Historia familiar (con énfasis en problemas similares).
5. Historia médica (incluido uso de fármacos prescritos o no).
6. Examen físico y exámenes de laboratorio.

El asistente debe evaluar el riesgo de suicidio en todos los pacientes deprimidos. El riesgo suicida puede presentarse en forma aguda, especialmente

si el paciente está psicótico. Ciertos modelos de comportamiento o expresiones verbales pueden indicar las intenciones de suicidio —consecución de armas o tóxicos, cambios en testamento, actualización de pólizas de vida, comunicaciones con ideas de muerte—; el riesgo de suicidio en individuos con episodios depresivos agudos, parece proseguir durante semanas o meses después de empezar la mejoría de los síntomas depresivos. El índice de suicidios recurrentes en pacientes con depresión es del 15%. Entre los pacientes que son bipolares, hay un mayor riesgo durante el periodo de cambio de la manía a la depresión.

La entrevista de valoración debe ser empática, privada, orientada a evaluar el riesgo de suicidio, en la que no se intenta disuadir al paciente del suicidio sino evaluarlo con el fin de establecer el tratamiento.

La valoración del riesgo de suicidio es una de las tareas más importantes y difíciles de la psiquiatría de urgencias. Como el suicidio puede ser prevenido, es obvia la importancia de una buena predicción y una adecuada intervención. Los factores de riesgo demográficos y personales, aunque son útiles para estimar el grado de peligro, no son predictores infalibles del suicidio.

La evaluación del paciente suicida se complica por los sentimientos que estos pacientes suscitan en el personal que los atiende. Pueden provocar ansiedad debido a que un error de enfoque puede traer consecuencias catastróficas que a su vez generan culpa. Además, el paciente con múltiples intentos suicidas puede producir cólera y rechazo, lo cual dificulta una valoración objetiva.

Una de las características que debe tener la relación de apoyo a estos pacientes es la accesibilidad, esto significa que el paciente necesita ayuda para resolver sus problemas, adoptar decisiones o enfrentarse a un incremento de ansiedad; idealmente el usuario debería tener fácil acceso al asistente hasta tanto aprenda a defenderse más efectivamente de las tensiones. Simultáneamente se debe trabajar con la familia, ya que ésta puede ser víctima, espectadora o perpetradora del suicidio.

Existen cuatro tipos de pacientes suicidas:

Quienes han sobrevivido a un intento suicida.



Los que se quejan de ideas o impulsos suicidas.

Los que consultan por otros motivos pero que admiten tener ideación suicida.

Quienes niegan sus intenciones suicidas pero que se comportan de manera tal que muestran un potencial suicida. Casi siempre son llevados al servicio de urgencias por familiares o amigos.

El objetivo inmediato de la valoración es determinar la probabilidad de que el suicida potencial lleve a cabo un intento en un futuro inmediato. La letalidad está relacionada con algunos factores de riesgo como son la edad, el sexo, el plan suicida y la disponibilidad de medios para ejecutar el plan.

El primer paso en la *intervención* es establecer una relación en la que el asistente asuma un papel de autoridad, cuyo objetivo es disminuir la letalidad, por tanto se recomienda:

1. Tomar en serio todas las amenazas suicidas, incluso si parecen manipulativas.
2. Considerar la posibilidad de suicidio en cualquier paciente que tiene sentimientos de desamparo o desesperanza.
3. Indagar sobre ideación suicida en los individuos con historia de frecuentes lesiones accidentales, consumo de alcohol o drogas, depresión y sentimientos autodestructivos.
4. Interrogar a los pacientes que han estado deprimidos y súbitamente mejoran; una mejoría aparentemente inexplicable puede ser el indicio de que el paciente haya resuelto sus problemas decidiendo suicidarse.
5. Preguntar a la familia sobre la conducta del paciente, en el caso que éste no hable sobre su potencial suicida.
6. Algunas personas que tienen un estado afectivo paranoide o son propensas a la violencia como método de enfrentarse a sentimientos pueden combinar el suicidio con el homicidio. Suelen matar a alguien que conocen, un pariente o amigo y luego suicidarse; es menos común que maten a un extraño antes de suicidarse.

7. En ningún caso un paciente potencialmente autodestructivo debe abandonar el servicio de urgencias antes de ser evaluado.

Para resumir, el proceso de intervención con el paciente potencialmente suicida se centra en la valoración del riesgo suicida, el estrés y los síntomas; la identificación y aclaración de los problemas; la formulación del plan de tratamiento y el seguimiento.

En la *evaluación* deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

Ideación suicida (ideas, deseos y motivos).

Planes suicidas: grado de esfuerzo que lleva la planificación del intento, especificidad del plan, acceso a los medios elegidos y letalidad de los mismos.

Orientación futura: si existe, si tiene planes y si éstos son realistas, si ha puesto en orden sus asuntos.

Estado mental: si está deprimido, psicótico o intoxicado.

Determinar los factores de riesgo: personales y demográficos.

### ***Factores de riesgo***

Más del 90% de los pacientes que intentan el suicidio tienen un trastorno psiquiátrico mayor. La depresión es el diagnóstico más comúnmente asociado; si el paciente deprimido experimenta también síntomas psicóticos aumenta el riesgo de suicidio.

Las psicosis suponen riesgo, sobre todo si los síntomas incluyen paranoia o alucinaciones de mandato que instan a la autodestrucción. Los pacientes disfóricos con trastornos de personalidad, frecuentemente intentan el suicidio y un significativo número de ellos lo consuman.

Entre las mujeres, los trastornos psiquiátricos posparto y el síndrome premenstrual están asociados a un riesgo mayor de suicidio.

El alcoholismo y la farmacodependencia aumentan el riesgo, el alcoholismo es el principal diagnóstico que acompaña al suicidio, 25%

Una historia de amenazas e intentos suicidas es un gran factor de riesgo, que tiene más peso aún que el diagnóstico psiquiátrico; entre el 25% y 50% de los suicidios consumados estuvieron antecedidos por un intento anterior. El riesgo de un segundo intento es mayor dentro de los tres meses posteriores al primero. Incluso los pacientes que realizan intentos suicidas crónicos y manipuladores, a menudo consuman el acto.

Con referencia a la edad, existe una distribución bimodal con una mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes y en personas mayores de 50 años.

Los suicidios son más comunes en hombres en una proporción de 3 a 1, mientras que los intentos son más frecuentes en mujeres en la misma proporción. En general, los hombres se han hecho suicidas por pérdidas de trabajo, de egresos, de poder y prestigio, mientras que las mujeres lo hacen por pérdidas en las relaciones.

Factores sociales: el suicidio se puede producir cuando las personas sienten aislamiento social, cuando están alienadas de la sociedad, la familia y amigos. Otra causa sociológica es el rápido cambio social que dá como resultado la pérdida de los modelos previos de integración social.

El estado civil incide como factor de riesgo en el suicidio de la siguiente forma, ocurre más comúnmente en viudos y separados —cuatro a cinco veces más que en casados— y en solteros —dos veces más que en casados—.

Además, es importante destacar el mayor riesgo para las poblaciones urbanas en comparación con las rurales.

En cuanto a la ocupación, los desempleados y trabajadores no cualificados tienen mayor riesgo. Existen además profesiones u oficios de mayor riesgo como los médicos, odontólogos y los policías.

Con relación a la historia de salud y familiar se encuentra que aproximadamente el 50% de los pacientes que intentan el suicidio tienen una enfermedad física; el riesgo aumenta especialmente por un dolor crónico, una intervención quirúrgica reciente, una enfermedad crónica, una enfermedad terminal.

Los intentos y los suicidios aumentan en los pacientes con historia familiar positiva para ambos eventos.

### *La intervención*

Se basa en los datos obtenidos en la valoración. El juicio clínico se apoya en el grado de deseo de suicidio del paciente, la capacidad del paciente para combatir sus impulsos, la calidad de los controles externos de que dispone el paciente y de las probabilidades de aumentar los factores de riesgo en el futuro.

El principal objetivo profesional es proteger a los usuarios hasta cuando puedan protegerse a sí mismos.

Cuando se tengan dudas sobre el riesgo, es mejor extremar las medidas de seguridad y hospitalizar al paciente. Las negativas al tratamiento sugieren una alta dosis de autodestructividad.

### *Evaluación*

Una vez cometido el suicidio, esta parte del proceso de la atención debe enfocarse a la familia. Los niños son especialmente vulnerables a la muerte de uno de sus padres por suicidio.

Es necesario que los miembros del equipo sanitario participen en comentarios sobre sus sentimientos y responsabilidades sobre el suicidio del usuario; si estos sentimientos no se expresan pueden proyectar enojo y echar la culpa a otros miembros o incluso al usuario muerto.

## **El paciente que genera frustración y ansiedad (crisis de ansiedad y pánico)**

En los servicios de urgencias se pueden presentar situaciones cuyo común denominador es la existencia de ansiedad prominente, expresada en forma variable que da origen a diversos cuadros clínicos, tales como los estados de pánico, las crisis histéricas o conversivas, las crisis disociativas, los trastornos transitorios del ajuste que cursan con ansiedad manifiesta —reacciones a desastres naturales, accidentes, pérdidas afectivas severas— y las crisis familiares —entre cónyuges o padres e hijos, por abuso del alcohol o

fármacos, experiencias sexuales como violación o infertilidad, enfermedades físicas agudas—.

La ansiedad puede definirse como una reacción emocional frente a un estímulo indefinido o inespecífico, con manifestaciones en los diferentes niveles de respuesta de la persona.

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad. Cada uno de ellos presenta unas manifestaciones diferentes que varían en intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona, en sus diferentes dimensiones —fisiológica, cognitiva y comportamental—.

1. El nivel de *ansiedad leve* se caracteriza, principalmente por un estado de alerta en la que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. Fisiológicamente se puede presentar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.

2. El nivel de *ansiedad moderada* provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. En lo fisiológico se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y pueden producirse, además, temblores y estremecimientos.

3. El nivel de *ansiedad grave* se caracteriza, principalmente, por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. Fisiológicamente se puede presentar taquicardia, cefalea o náuseas.

4. *El pánico* se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad, con incapacidad para comunicarse o actuar. En este nivel de ansiedad la persona es incapaz de concentrarse o aprender por sí misma y las manifestaciones fisiológicas provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico —vómitos, dolor precordial, sensación de sofocación o asfixia—, agitación psicomotriz, entre otros. En este nivel de ansiedad la persona pierde el control de sí misma y sobre el medio, con necesidad de ayuda profesional.

Debe recordarse que en algunos casos un cuadro psicótico incipiente se puede manifestar primordialmente por un estado de ansiedad.

## **Valoración**

La valoración del paciente que presenta ansiedad debe realizarse de acuerdo con las características individuales de la persona, de su enfermedad y de la situación. Sin embargo, los aspectos más importantes que deben ser valorados son:

1. Nivel de ansiedad del paciente. Debe valorar los factores que causan ansiedad en el paciente, descartar las causas médicas de la ansiedad, sobre todo en el paciente con ansiedad endógena, y explorar sus pensamientos y sentimientos; así mismo, debe valorar la existencia de síntomas físicos indicativos de ansiedad y comportamientos que denotan tensión o ansiedad —irritabilidad, llanto, movimientos bruscos y agitados.
2. Estrategias de afrontamiento personal. Valorar la capacidad de la persona para hacer frente a situaciones de ansiedad y estrés y considerar las respuestas emitidas en situaciones anteriores y el grado de adaptabilidad a las mismas. También se deben identificar los mecanismos defensivos que la persona está utilizando para afrontar la situación actual y el nivel de distorsión que producen.
3. Existencia o ausencia de personas-recursos que puedan proporcionarle el apoyo suficiente, así como los recursos disponibles en su entorno más inmediato.
4. Nivel de ansiedad del asistente. Debe identificar los pensamientos y sentimientos que está vinculando en su interacción con el paciente y la forma en que éstos interfieren en la relación.

En la valoración es importante tener en cuenta algunos aspectos que permiten caracterizar algunos de los estados más frecuentes. Los ataques de pánico se caracterizan por crisis repentinas y espontáneas de ansiedad, en circunstancias diferentes al agotamiento físico, a situaciones de amenaza a la vida o a la exposición a situaciones fóbicas. Síntomas comunes durante estas crisis pueden ser: diarrea, palpitaciones, dolor u opresión precordial, sensación de asfixia, sensación de mareo o vértigo, inestabilidad, sensaciones de irrealidad o extrañeza, parestesias, oleadas de

calor o frío, sudoración, desmayos, temblores, miedo a descontrolarse o a enloquecerse.

Las crisis histéricas o conversivas se manifiestan por síntomas variados no explicados por causas orgánicas —sordera, ceguera, afonía, pérdida de la conciencia, convulsiones, parestias, paresias, dolor, entre otros—.

Las crisis disociativas se caracterizan por la aparición súbita, generalmente precedida de alguna situación de estrés o de un cuadro de amnesia y comportamientos no habituales para el sujeto —fugas de conducta organizadas, estados de estupor o trance, comportamiento descontrolado o desorganizado.

### *La intervención*

Debe incluir todas las estrategias necesarias para disminuir rápidamente el nivel de ansiedad, provocando cambios en el medio estresante o para modificar la forma en que la persona percibe la situación. Existen numerosas técnicas de apoyo y conductuales para abordar estas crisis, en su selección hay que considerar tanto las características de las personas implicadas como las de la situación en que deben aplicarse. Entre las más utilizadas pueden ser citadas las técnicas de relajación, masaje, asertividad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas e intervención en crisis, biorretroalimentación, psicoterapia breve; todas ellas dirigidas a fomentar la independencia y el autocontrol de la persona sobre sí misma y sobre la situación.

A menudo, es preciso administrar medicación ansiolítica para tratar la ansiedad aguda, caso en el cual el profesional de enfermería debe observar los requerimientos necesarios cuando se suministran este tipo de medicamentos.

## **Aspectos legales**

Aunque la hospitalización en psiquiatría se hace cada vez en forma más restringida debido a los procesos logrados por los psicofármacos y la psicoterapia, no son raros los casos en los cuales es necesario recluir al paciente para protegerlo del daño eventual que pueda causarse a sí mismo o causarle a los demás.

En muchos de estos casos la hospitalización debe efectuarse sin el consentimiento del paciente o aun en contra de su voluntad, debido a los trastornos psíquicos que le impiden reconocer su enfermedad o aceptar el tratamiento.

La Ley colombiana considera las hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría como una infracción grave a la libertad del individuo. Estas hospitalizaciones deben ser autorizadas por la autoridad local de policía previo el dictamen de peritos oficiales, preferiblemente psiquiatras forenses.

Los pacientes y allegados de un enfermo mental cuyo comportamiento implique peligro de causar daño a sí mismo o a los demás, deberán dar cuenta de ello a las autoridades policiales, obligación que se hace extensiva a cualquier persona que tenga conocimiento del hecho.

Una vez el médico tratante haya tomado la decisión de internar al paciente, deberá hacer la orden escrita y conseguir la autorización del paciente o sus familiares o representante legal, avaladas con las correspondientes firmas.

En cuanto al alta del usuario es importante tener en cuenta que los pacientes mayores de edad pueden solicitar el alta médica, salvo los casos en los cuales la hospitalización ha sido forzada. Cuando el paciente solicita el alta "sin el visto bueno del médico", deberá dejar expresa su voluntad por escrito con el respaldo de su firma.

El paciente sometido a hospitalización involuntaria que se escapa del hospital, será dado de alta y se dará aviso a su familia y a los órganos judiciales y de policía que sea necesario.

Con respecto a la atención del paciente, toda acción que se realice debe tener en cuenta el respeto de los derechos del paciente psiquiátrico. El profesional de enfermería deberá hacer una inspección cuidadosa del paciente y registrar en la historia clínica, con lujo de detalles, toda situación anómala que observe, así como todos los procedimientos que se ejecuten con la correspondiente evaluación de los efectos conseguidos.

Antes de actuar, trate de resolver cualquier duda sobre la situación legal en la atención del paciente psiquiátrico urgente.



## Bibliografía

- COOK, J Sue y FONTAINE, Karen L. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid, Interamericana, 1990.
- HABER, Judith y otros. *Psiquiatría texto básico*. Barcelona, Salvat, 1983.
- HYMAN, S.E. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona, Salvat, 1987.
- NOVEL M, Gloria y otros. *Enfermería psicosocial II*. Barcelona, Salvat, 1991.
- STUART, Gail y SUNDEEN, Sandra. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid, Interamericana, 1992.
- TORO G, Ricardo y YEPES, Luis Eduardo. *Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. Medellín, CIB, 1986.

*Línea  
Blanca*

**Uniformes y Artículos  
para Enfermeras y  
Personal de Salud**

**Centro Comercial Villanueva  
Local 9910 Primer Piso  
MEDELLIN - Tel. 511 01 79**