



ACTUACIÓN TERAPEUTICA en un C.S.M. por la PROFESIONAL de ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA, en “LA PATOLOGÍA DE ANSIEDAD”

M^a Isabel Acosta Rey

Diplomada de Enfermería Psiquiátrica
del Centro de Salud Mental Gasteiz Lakuabizkarra

Resumen

Contenido de actuación terapéutica llevada a cabo por la profesional, enfermera psiquiátrica, con una paciente diagnosticada de agorafobia. Atendida en un C.S.M. mediante tratamiento farmacológico, es derivada por su psiquiatra a fin de realizar un abordaje de desensibilización sistemática. Se muestra la evolución desarrollada a lo largo del proceso de afrontamiento a estímulos fóbicos con acompañamiento profesional. El objetivo principal se basa en la recuperación del locus de control interno y la normalización de conductas cotidianas. La metodología utilizada se enmarca dentro de la terapia cognitivo-conductual. Los resultados finales son considerados óptimos especialmente en relación a las sesiones empleadas en el tratamiento. Este artículo pretende visibilizar la amplitud de las funciones, independientemente de las inherentes a la disciplina de enfermería psiquiátrica, que permiten desempeñar con éxito los objetivos planteados.

Summary

The treatment of a patient diagnosed with agoraphobia by a psychiatric nurse is described. The patient, who was being treated with drugs, was referred by her psychiatrist for a systematic desensitization therapy. The paper shows the course along the process of exposition to phobic stimuli with professional support. The therapy's primary target is the recovery of an internal locus of control and the normalization of daily behaviours, according to

a cognitive-behavioural framework. The outcome was optimal especially considering the small number of sessions it required. An insight is attempted into the wide range of functions, other than those inherent to the profession, that psychiatric nurses can successfully develop.

Palabras clave

Trastornos de ansiedad, agorafobia, desensibilización, ataque de pánico, enfermería psiquiátrica.

Key words

Anxiety disorders, agoraphobia, desensitization, panic attack, psychiatric nursing.

*No hay deber que descuidemos tanto
como el deber de ser felices.
(Robert Louis Stevenson)*

Introducción

La agorafobia es el síndrome fóbico más común e incapacitante en la clínica. El término de agorafobia fue acuñado por Westphal en 1871 a partir de los términos griegos *agora* (plaza del mercado) y *phobos* (dios griego del pánico)¹. Aunque etimológicamente “agorafobia” se refiere a miedo a espacios abiertos, en la actualidad este término se aplica en un

¹ Echeburua, E. *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Psicología Pirámide; 2002



sentido más amplio. En él se incluyen temores a lugares despejados, a multitudes, espacios cerrados... en definitiva, miedo a circunstancias que generen al sujeto la percepción de desprotección en el caso de padecer un próximo ataque de pánico, lo cual se expresa en una fuerte necesidad de huida de dichas situaciones; una salida inmediata.

Se podría considerar que en el trastorno de agorafobia se solapan diversas fobias específicas generadas por las falsas identificaciones que los sujetos tras un primer ataque de pánico, asocian el lugar en el cual acontece el hecho como causa de su malestar, llevando a cabo conductas de evitación hacia ese espacio (trenes, supermercados, cafeterías, autobús, centros comerciales...). El proceso de evitaciones progresivas y generalizadas puede ocasionar que el individuo quede confinado en su propio domicilio, en el cual, en ciertos casos, se mantienen dichos ataques dentro de este recinto supuestamente seguro para ellos, incluso se puede afirmar que ciertas personas pueden vivenciarlos en sueños y despertarse precipitadamente con toda la sintomatología asociada.

En los centros asistenciales la mayoría (más del 95%) de los individuos que acuden por agorafobia, presentan igualmente un diagnóstico o historia de trastorno de angustia².

La experiencia profesional desde la cual se parte, no ha constatado la existencia de trastornos de agorafobia sin ataques de pánico, por lo que se configura la relación significativa entre ambos términos psicopatológicos.

Según el DSM-IV TR², los ataques de pánico se caracterizan por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los síntomas recogidos en la Tabla I, que se inician

bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min. Junto con la sintomatología física se expresan características determinadas comportamentales y cognitivas. La ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas vivenciales, comportamentales y cognitivas, en la cual se produce un estado de activación y alerta urgente ante una señal urgente o ante una amenaza más o menos específica. Este concepto puede ser confundido con el de miedo por lo que cabe destacar que el miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo, se percibe un peligro real que no está amenazando. La ansiedad, en cambio, es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto e indefinido con referencia explícita. El miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior.

La ansiedad es capaz de prepararnos para una situación que nos plantea alguna dificultad o reto, nos sirve para poder reaccionar mejor en los momentos difíciles y como la ansiedad es una reacción normal, el objetivo no es hacer que desaparezca, sino aprender a controlar y reducirla a niveles manejables y adaptativos. En relación a esto último, se puede afirmar que la "ansiedad normal" posee una función adaptativa, mejora el rendimiento, constituye una emoción reactiva y no afecta a la libertad individual. La "ansiedad patológica" dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, es más profunda y persistente, más corporal y reduce la libertad del individuo.

La mayor parte de la ansiedad es generada no por los acontecimientos, sino por el significado que les atribuimos. Estas interpretaciones las realizamos de manera automática, sin reparar en analizar el contenido de las mismas.

² Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. DSM-IV TR. Ed. Masson, S.A. Barcelona; 2002. Pág. 492



Para Clark y Salkovskis³, las crisis se producen del siguiente modo: un amplio rango de estímulos pueden comenzar el proceso de una crisis. Estos estímulos pueden ser internos (pensamientos, imágenes o sensaciones corporales) o externos (supermercado). Si estos estímulos son percibidos como una amenaza. La consecuencia es un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones son interpretadas de un modo catastrófico, y sólo entonces, sobreviene un gran incremento de la ansiedad. Esto produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que culmina con una crisis de angustia.

En los últimos años el interés de los profesionales por los diversos trastornos de ansiedad ha aumentado y entre ellos el que más publicaciones ha originado, con gran diferencia, es el trastorno de pánico (TP). Según la base de datos *PsycLIT*, en el TP se centra exactamente un 50,6% del total de las publicaciones sobre los trastornos de ansiedad⁴. No es de extrañar que se haya dado tanto interés por la problemática puesto que es relevante el grado de sufrimiento que padecen los pacientes debido a las manifestaciones clínicas del trastorno y la resistencia al tratamiento que se experimenta. Dicho tratamiento genera un importante coste en recursos públicos y/o privados puesto que generalmente los casos acuden primeramente, debido a la dimensión fisiológica del trastorno, a los servicios de urgencias hospitalarias y/o a servicios médicos de atención primaria y/o diversas disciplinas médicas específicas de la red sanitaria.

La mayoría esta población clínica sigue un tratamiento farmacológico de larga duración acompañado normalmente por una terapia psi-

cológica centrada en entrevistas terapéuticas. Es trascendental que las intervenciones sean rápidas, con el fin de obtener una reducción de los periodos de incapacidad laboral temporal o del absentismo laboral, así como una reducción del uso de psicofármacos, que en algunos pacientes se prolonga de forma indefinida. En este trabajo defenderemos que los acompañamientos profesionales son una herramienta facilitadora de recuperación que minimizaría los costes económicos y de calidad de atención que acontecen actualmente en los centros de salud mental. La gran demanda existente en estos dispositivos implica que el tiempo de atención de los profesionales que habitualmente tratan esta patología (psiquiatría y/o psicología) dificulta la dedicación requerida para realizar dichos acompañamientos junto con sesiones clínicas periódicas semanales o quincenales según la evolución de cada caso. Este abordaje terapéutico puede ser asumido por el personal de enfermería psiquiátrica, puesto que su formación lo permite. La experiencia en nuestro dispositivo, en los últimos años, tanto a nivel individual como grupal, lo confirma. Exponemos a continuación un caso clínico que demuestra la efectividad del abordaje desde enfermería psiquiátrica.

CASO CLINICO

Diagnóstico psiquiátrico: **Trastorno de angustia con agorafobia. (F40.01 D.S.M.IV; [300.21] C.I.E.-10)**. Los diagnósticos de enfermería del caso se recogen en la Tabla 2.

Paciente de setenta años, con cónyuge con el cual tuvo cinco hijos, todos casados, menos el pequeño que falleció hace quince años en accidente de tráfico en las proximidades del domicilio familiar. En tratamiento psiquiátrico

³ Botella, C., y Ballester R. *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona. Martínez Roca; 1997. Pág. 18

⁴ Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995. *Íbid*, Pág. 15



por ansiedad y depresión desde dicho fallecimiento. De nivel socioeconómico alto, hasta ese momento realiza una vida activa y placentera, dispone de coche propio, buenas relaciones sociales, posibilidad de hacer viajes, etc.

Progresivamente evita situaciones y lugares por presentar inesperadamente: mareos, temblores, sudoración, gran malestar general y sobre todo necesidad de huir de dichas situaciones o lugares. En el primer contacto profesional, las taquicardias son nada más despertarse, sin levantarse de la cama toma el ansiolítico pautado por su psiquiatra y permanece en la cama una hora aproximadamente. Posteriormente, en el desayuno, ingiere el resto del tratamiento farmacológico y se refugia en “su butaca”, permaneciendo en ella unas dos horas más. Hacia las doce del mediodía, los temblores, taquicardias y demás sintomatología ansiosa se ve mitigada. Ya no sale del domicilio, ni tan siquiera acompañada, por lo que ha dejado de acudir; a la peluquería, aunque presta mucha atención a su imagen corporal. No sale de compras de artículos para cubrir necesidades básicas, ni para reponer su vestuario. No utiliza el coche, éste lleva un año en el garaje. Incluso en las reuniones familiares realizadas en su domicilio, junto con sus hijos y nietos, siente gran malestar, desasosiego y angustia. Está deseando que todos se vayan y si esto no sucede, es ella la que se retira a su dormitorio, abandonando la reunión familiar. Tiene la percepción de estar muy “enferma del corazón”. Refiere no tener fuerzas para vivir, en repetidas ocasiones. Su actividad lúdica se reduce a ver películas en televisión de pago, por lo que pasa la mayor parte del tiempo refugiada en “su butaca”. Respecto a las actividades fisiológicas destacar que la conducta alimentaria es adecuada y no se percibe alteraciones de patrón del sueño. La paciente padece osteoporosis, la cual le originaba dolores lumbares que reducían su movilidad. Como hábito tóxico es relevante señalar su adicción a la nicotina, expresada en más de

veinte cigarrillos al día, que incrementaban el nivel de ansiedad en la actividad diaria habitual. La progenitora de la paciente, se caracterizaba por sus demandas hipocondríacas, al igual que su hermana, la cual se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico por ello. El hijo fallecido fue diagnosticado de Síndrome de Tourette. El resto de antecedentes familiares carecen de relevancia a nivel clínico.

DIAGNOSTICOS en ENFERMERIA.

North American Nursing Diagnosis Association. (N.A.N.D.A.)⁵

PATRÓN 3

- 3.1.1 Deterioro de interacción social
- 3.1.2. Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad
- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol

PATRÓN 4

- 4.1.2 Sufrimiento espiritual

PATRÓN 5

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo

PATRÓN 6

- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
- 6.5.3 Déficit de autocuidado:
vestido/acicalamiento

PATRÓN 7

- 7.1.2 Trastorno de la autoestima
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

PATRÓN 8

- 8.3 Alteración en los procesos del pensamiento

PATRÓN 9

- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.3.1. Ansiedad
- 9.3.2 Temor

⁵ Luis Rodrigo, M.T. *Los diagnósticos Enfermeros*. Ed. Masson. Barcelona; 2001



ABORDAJE DE ENFERMERIA

Se plantea, dada la edad y consolidación de la patología, un tratamiento de larga duración y con escasas expectativas a corto plazo. En julio del año 1999 se le pide que acuda al C.S.M. dos veces por semana, siempre viene acompañada y en taxi, con la ayuda de tratamiento farmacológico.

Dentro de la primera fase se intercalan las conductas de afrontamiento con contenidos psicoeducativos que permiten la comprensión su patología. Durante la primera semana, el primer objetivo terapéutico se basa en establecer un vínculo de confianza entre terapeuta y paciente. Se valora necesario proseguir la siguiente fase, a la semana de la sesión inicial, de iniciar la fase de afrontamiento saliendo del despacho, con el consiguiente acompañamiento realizado por la profesional ante el estímulo fóbico. Esta fase se llevará a cabo mediante un afrontamiento progresivo el cual comienza en las intermediaciones del C.S.M. y gradualmente alejarse del mismo unos metros.

En septiembre, tras un mes de interrupción por vacaciones, se reanuda el afrontamiento en espacios abiertos y trabajando la relación interpersonal de confianza incondicional por parte de la terapeuta. Una vez conseguido dicho objetivo, se procede a avanzar a la siguiente fase de la intervención, focalizada en la mejora de su autoestima. Se inicia el proceso de autocuidado personal a fin de mejorar su imagen corporal, actuando esto último como refuerzo positivo perceptible de sus esfuerzos. Se valora la conveniencia, inicialmente, de la implicación por parte de la profesional como parte activa del afrontamiento sin que esto altere la capacidad de respuesta de la paciente; es ella la que compra los cosméticos, va a ver tiendas, escaparates y se le anima a que adquiera un chaquetón, que verbalizaba necesitar. La metodología de afrontamiento establece que la profesional espere fuera de los establecimientos, mien-

tras se realiza la interacción con el estímulo fóbico.

El primer día de habituación a un establecimiento ajeno a su entorno cotidiano, padece un ataque de pánico. La empatía y percepción de apoyo permitió que no abandonara dicho lugar de forma inmediata. Aunque no completó el afrontamiento con éxito esto permitió la interiorización de que la evitación no es una respuesta adecuada de superación de los miedos. En la siguiente etapa del tratamiento se sigue trabajando a este nivel junto con la identificación de otras situaciones vitales en las cuales el afrontamiento no ha sido el correcto. En ese momento manifiesta sentir un gran sufrimiento con respecto al fallecimiento de uno de sus hijos; "No soporté estar en todo el acto religioso del funeral... no me despedí de él... no he sido capaz de ir al cementerio una sola vez, en los quince años.... siento una gran necesidad de llevarle flores en el lugar donde fue el accidente...siempre he pensando que lo tengo que hacer, pero ¿cómo, cuándo?...". La terapia se centra en estos aspectos, muy relevantes para la paciente, por sus sentimientos de culpa y responsabilidad que debe superar. Las sesiones se configuran en dos citas semanales.

La primera decisión significativa tomada por iniciativa propia, como impulso de deseo de superación, se concretó en llevar un hermoso ramo de flores al lugar del accidente, condicionado por la percepción de preparación de la misma paciente. La mejora percibida días después de su cumpleaños, generó expectativas positivas de cambio en su vida y motivó su capacidad de esfuerzo.

Con todo ello, concluyó satisfactoriamente la primera parte fundamental del tratamiento, asimilando la necesidad del afrontamiento directo como herramienta única de mejora, independientemente del momento en el cual sucediera la situación generadora de estímulos fóbicos. En este punto se configura como próximo objetivo a alcanzar la visita al cementerio.



En enero del año 2000 es capaz de acudir acompañada a la peluquería, visita el domicilio de su hija y sale con su esposo a tomar un aperitivo. Es consciente de los cambios producidos en su vida, lo que da lugar a una etapa de consolidación de los avances realizados y su consiguiente disfrute como refuerzo positivo.

Durante las siguientes sesiones se realizan aproximaciones progresivas al objetivo fijado, el cementerio. Se llega en varias ocasiones hasta la entrada del mismo aunque no se accede al interior. La profesional demora dicha visita durante cuatro sesiones con la finalidad de elevar sus deseos de completar el objetivo planteado y con ello superar sus sentimientos de culpa.

A los nueve meses de tratamiento, el nueve de marzo, se decide que es el momento adecuado para resolver el duelo de su hijo fallecido hace años. Acude al cementerio con acompañamiento profesional, lleva consigo flores. Consigue manifestar su malestar y finalmente elabora la despedida. Su vida mejoró significativamente.

ALTA DE ENFERMERIA.— Junio 2.000.

La paciente prosigue en seguimiento farmacológico por parte de su médico psiquiatra, en consultas mensuales, como se venía haciendo anteriormente. En mayo del 2.001 fallece súbitamente un hijo de infarto agudo de miocardio, tras lo cual la paciente no desarrolló un duelo patológico ni precisó atención específica de desensibilización fóbica. Posteriormente se ha establecido comunicación puntualmente sin contenido terapéutico.

CONCLUSIONES

Es habitual que otros profesionales dedicados en principio a la atención de los trastornos de ansiedad se encuentren desbordados por la demanda asistencial y no puedan dedicar el tiempo necesario a estos casos. Por este motivo, la figura del profesional de enfermería psiquiátrica adquiere gran relevancia a la hora de aplicar sus conocimientos y disponibilidad, ampliando sus funciones descritas en su carta de

servicios. No se trata de una apropiación de cometidos, sino un planteamiento conjunto de equipo de trabajo interdisciplinar el cual puede completar la cobertura de necesidades clínicas del trastorno y enriquecer al ámbito de actuación realizado hasta ahora, puesto que supone la aportación de conocimientos y herramientas específicas de la especialidad de enfermería.

El trabajo que desempeña la profesional de enfermería psiquiátrica en esta área, tanto en tratamientos individuales como en grupo, se establece como una función significativa dentro del funcionamiento interno de los C.S.M, ya que descongestiona la lista de espera de este trastorno, el cual se constata como una de las demandas en aumento de estos servicios. Agiliza los seguimientos por parte de otras disciplinas y proporciona una mayor calidad de atención para el paciente. Y además la cuantía de casos similares al anteriormente expuesto ha verificado su eficacia.

Estas intervenciones además de posibilitar a los profesionales de enfermería psiquiátrica otras prestaciones como acompañamientos profesionales y/o exposiciones en vivo a situaciones fóbicas, no inherentes a la práctica laboral habitual, lo que da lugar a una oportunidad de enriquecimiento profesional, dicha actuaciones constituyen una fuente de satisfacción, puesto que en algunos casos, la evolución y tratamientos se habían dado a lo largo de varios años no consiguiendo los mismos resultados óptimos.

En conclusión, este tipo de intervenciones puede ser asumido por la enfermería psiquiátrica de forma eficiente. Al mismo tiempo, esta tarea repercute positivamente en la ampliación del ejercicio de la profesión, enriquece el trabajo realizado por el resto del equipo componente del CSM, beneficia en gran medida a la calidad de atención al usuario y agiliza significativamente la recuperación del mismo, hecho valorado enormemente por los pacientes atendidos debido al sufrimiento y al grado de incapacidad que este trastorno conlleva.





BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburua, E. *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Psicología Pirámide; 2002.
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2002.
3. Clark D, Salkovskis P. Cognitive treatment for panic attacks: therapist's manual. Manuscrito no publicado, 1987, citado en: Botella, C, Ballester R: *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca; 1997. pág. 18.
4. Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995, citado en: Botella, C, Ballester R: *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca; 1997, pág. 15.
5. Luis Rodrigo MT *Los diagnósticos Enfermeros*. Barcelona: Masson; 2001.

Mi agradecimiento al Dr. Juan Medrano, por su insistencia, apoyo, ayuda y entusiasmo, que ha conseguido transmitirme para que me pusiera a escribir. Sin él este trabajo no lo hubiera realizado.

Muchas gracias.



Tabla 1: **Síntomas de los Ataques de Pánico (DSM-IV TR)**

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Tabla 2: **DIAGNOSTICOS de ENFERMERIA. North American Nursing Diagnosis Association. (N.A.N.D.A.) (5)**

PATRÓN 3

- 3.1.1. Deterioro de interacción social
- 3.1.2. Aislamiento social
- 3.1.3. Riesgo de soledad
- 3.2.1. Alteración en el desempeño del rol

PATRÓN 4

- 4.1.2. Sufrimiento espiritual

PATRÓN 5

- 5.1.1.1. Afrontamiento individual inefectivo

PATRÓN 6

- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento

PATRÓN 7

- 7.1.2. Trastorno de la autoestima
- 7.3.1. Desesperanza
- 7.3.2. Impotencia

PATRÓN 8

- 8.3. Alteración en los procesos del pensamiento

PATRÓN 9

- 9.2.1.1. Duelo disfuncional
- 9.3.1. Ansiedad
- 9.3.2. Temor