

**Universitat de Lleida**

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON  
ESQUIZOFRENIA**

Por: Laia Vila Bonet

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

**Grado en Enfermería**

Trabajo tutorizado por: María Sánchez Fernández

**Trabajo Final de Grado**

Curso 2015-2016

**13/06/2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Dar las gracias a todas la personas que durante estos cuatro años me han enseñado tanto, des de profesores/as, enfermeros/as, auxiliares, etc. hasta ellos...mis pacientes.

A mis padres, por costearme la carrera, y sin los cuales no estaría realizando el presente trabajo.

A ti, Marisol, por ser mi profesora y tutora. Gracias a ti me interesé por la salud mental, la conocí, y me enganchó.

Y por último, gracias a todo el equipo del Centro de San Joan de Déu de Almacelles, por darme la oportunidad de realizar el trabajo en su centro, estar disponibles cuando lo he necesitado, por hacerme cambiar mi visión del enfermo mental y por transmitirme sus valores. Desde aquí, mi reconocimiento hacia ellos y a su gran trabajo.

## JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual escogí hacer el TFG sobre la esquizofrenia fue porque a raíz de realizar las practicas en salud mental, mi concepto del enfermo psiquiátrico cambio totalmente. La sociedad considera las personas esquizofrénicas como “locos”, malos, agresivos, peligrosos, y que deberían muchas veces ser internados en un centro de por vida. Esa era la idea que tenía yo del enfermo (puede que no tan extrema) pero si pensaba que eran personas conflictivas pudiendo llegar a ser peligrosas. Tras realizar las prácticas, mi visión y percepción del enfermero psiquiátrico cambio totalmente.

Son personas muy vulnerables, la mayoría con vidas desestructuradas y traumas familiares, que viven en una realidad inexistente y que muchas veces son apartadas de la sociedad. En la vida me imaginé que un enfermo con esquizofrenia pudiese transmitirme tanta ternura y afecto, e incluso recibirte cada día con unos buenos días con una sonrisa. De todos los centros que he hecho practicas y de todos los tipos de pacientes que he conocido durante estos cuatro años de carrera volvería con ellos, sin dudar-lo.

Realizo el trabajo por ellos, para poder contribuir de alguna manera ( por pequeña que sea) en la investigación de nuevos objetivos e intervenciones de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida del paciente, para potenciar la importancia del rol de enfermería en los cuidados al paciente esquizofrénico y además, para poder concienciar a todas las personas que algún día lean el presente trabajo o escuchen la presentación del mismo que no están locos, están enfermos, y que no son criminales; que la sociedad los etiqueta erróneamente y como personas que son deben ser incluidas en la sociedad, y no apartadas ni internadas.

## LISTADO DE ABREVIACIONES

- ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria
- AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- CAP:** Centro de Atención Primaria
- DM2:** Diabetes Mellitus tipo 2
- DSM:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- EBE:** Enfermería Basada en la Evidencia
- ECG:** Electrocardiograma
- EEG:** Electroencefalograma
- HTA:** Hipertensión Arterial
- IF:** Intervención Familiar
- IMC:** Índice de Masa Corporal
- INE:** Instituto Nacional de Estadística
- NANDA:** Diagnósticos de Enfermería
- NIC:** Intervenciones de Enfermería
- NOC:** Objetivos de enfermería
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PAE:** Proceso de Atención de Enfermería
- PBE:** Práctica Basada en la Evidencia
- PSQ:** Psiquiatría
- RMN:** Resonancia Magnética Nuclear
- TAA:** Terapia Asistida con Animales
- TCC:** Terapia Cognitivo Conductual
- TEC:** Terapia Electroconvulsiva
- TFG:** Trabajo Final de Grado
- TTO:** Tratamiento

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	1
<b>Justificación</b> .....	2
<b>Listado de abreviaciones</b> .....	3
<b>1. Resumen y palabras clave</b> .....	5
<b>2. Introducción</b> .....	6-7
<b>3. Marco teórico</b> .....	8-21
3.1. Definición	
3.2. Etiología	
3.3. Sintomatología de la enfermedad	
3.4. Subtipos de esquizofrenia	
3.5. Curso de la enfermedad	
3.6. Diagnostico	
3.7. Tratamientos biológicos	
3.7.1. Tratamiento farmacológico	
3.7.2. Intervenciones psicosociales	
3.7.3. Terapia Electroconvulsiva	
<b>4. Objetivos</b> .....	22
<b>5. Metodología</b> .....	23-24
<b>6. Intervención</b> .....	25-41
6.1. Caso Clínico de María	
6.2. Valoración de Enfermería	
6.3. Objetivos del Plan de Cuidados	
6.4. Diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones	
<b>7. Actividades aplicadas al Plan de Cuidados de María</b> .....	42-49
<b>8. Evaluación de la intervención</b> .....	50-53
<b>9. Discusión</b> .....	54-57
<b>10. Conclusiones</b> .....	58
<b>11. Bibliografía</b> .....	60-61
<b>Anexos</b> .....	62-71
- <b>Anexo 1:</b> Valoración de enfermería por patrones funcionales de salud (Marjory Gordon).	
- <b>Anexo 2:</b> Plan de medicación de la paciente.	
- <b>Anexo 3:</b> Horario semanal de actividades y talleres en el centro.	

## 1. RESUMEN I PALABRAS CLAVE

### Plan de cuidados de enfermería al paciente con esquizofrenia

#### RESUMEN

Un plan de cuidados de enfermería a un paciente con esquizofrenia ha de estar bien elaborado y trabajado de manera interdisciplinar con otros profesionales, ha de ser individualizado para cada paciente, a su contexto familiar y debe incluir la rehabilitación y la integración del enfermo en la sociedad. Además, el tratamiento de la enfermedad engloba la farmacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones familiares. El objetivo del presente trabajo es realizar un plan de cuidados de enfermería a María, una paciente con diagnóstico de esquizofrenia siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

#### Palabras clave:

Esquizofrenia, plan de cuidados, enfermería, salud mental.

#### ABSTRACT

A plan of nursing care in a patient with schizophrenia must be well prepared and worked in an interdisciplinary way with other professionals, it must be individualized for each patient and their family context and should include the rehabilitation and integration of the patient into society. Furthermore, treatment of the disease includes pharmacotherapy, psychotherapy and family interventions. The aim of this work is to make a plan of nursing care to María, diagnosed with schizophrenia following NANDA, NIC and NOC.

#### Keywords:

Schizophrenia, care plan, nursing, mental health.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales se están convirtiendo en un problema de salud cada vez más grave y en aumento en nuestra sociedad, lo que representa un alto coste económico y social, directo e indirecto para el enfermo, la familia y la sociedad en general (1).

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, afecta a más de **21 millones de personas** en todo el mundo y representa el 40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas.

Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), y aparece en edades más tempranas en el sexo masculino.

Según la OMS (2), las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más de probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se atribuye en un 60% a causa de enfermedades somáticas (cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, etc.), un 28% por suicidio y un 12% a accidentes (2).

Por otro lado, más del 50% de los enfermos no están recibiendo una atención apropiada. El 90% que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. La falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante en muchos países y por otro lado, las personas con esquizofrenia son menos proclives a solicitar asistencia que el resto de la población ya que no son conscientes de la enfermedad (3).

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (4), padecen la enfermedad 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar, y un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.

La **prevalencia de la enfermedad va en aumento**. Ciertamente es que se ha convertido en una enfermedad crónica que puede controlarse con el tratamiento adecuado, pero no deja de ir en aumento el número de casos nuevos, debidos principalmente a los malos hábitos de la sociedad, entre ellos el consumo de tóxicos, que cada vez es mayor y en consecuencia aumenta el riesgo de sufrir la enfermedad.

Como yo lo considero, la salud mental es la especialidad del futuro para enfermería. Debido al aumento del número de casos, cada vez necesita más recursos, más profesionales especializados y las nuevas investigaciones han de encaminarse a la

prevención de la aparición de la enfermedad y a la mejoría de los tratamientos, sobre todo los farmacológicos que continúan provocando serios efectos secundarios en el enfermo.

Un plan de cuidados de enfermería ha de estar bien elaborado y trabajado de manera interdisciplinar con otros profesionales, ha de ser individualizado para cada paciente y a su contexto familiar y debe incluir la rehabilitación y la integración del enfermo en la sociedad.

Aunque el concepto de enfermo mental ha cambiado mucho en los últimos años, los enfermos **continúan siendo etiquetados como locos y peligrosos**. Las consecuencias de estos prejuicios hacia las personas con esquizofrenia es la discriminación de éstas en el trato social y en el mundo laboral. Ésta estigmatización se da principalmente por el desconocimiento de la enfermedad en la sociedad , y sobre todo, por la influencia de los medios de comunicación en nuestras vidas, que nos muestran a los enfermos mentales como asesinos, violadores, pederastas, etc., por lo que es competencia de enfermería la educación y sensibilización de la población de los enfermos mentales; y concienciarlos de que **no se trata de aislar el enfermo y institucionalizarlo, sino de fomentar su autonomía y evitar su exclusión social** (3).



## 3 .MARCO TEÓRICO

### 3.1. Definición

La esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por la presencia de **síntomas psicóticos** que **afectan a múltiples procesos psicológicos**, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea, por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia, siempre debe existir la presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.) y alteración de la conducta (5).

Es un trastorno mental complejo que dificulta establecer la diferencia entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales normales y comportarse normalmente en situaciones sociales cotidianas.

**ESQUIZOFRENIA:** síntomas psicóticos + alteración de la conducta.

Por otro lado, en el DSM-IV se define la esquizofrenia como un trastorno psicótico que presenta al menos dos de estas características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Estas características deben limitar o imposibilitar la vida cotidiana de la persona. Por otro lado, no se considera esquizofrenia si existe esta sintomatología por ingesta de sustancia psicoactivas o enfermedad médica asociada (5,6).

### 3.2. Etiología

Respecto a la etiología de la enfermedad, no se conocen con certeza las causas de la esquizofrenia, y tampoco hay un solo factor causante.

Los estudios sugieren que los principales factores de riesgo son la predisposición genética, los factores perinatales y factores socio- ambientales, como el aumento de la

edad de los padres, ciertos fármacos y el consumo de tóxicos, todos ellos pueden ser los factores causantes de la enfermedad (5).

### 3.3. Sintomatología de la enfermedad

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado en dos grandes categorías: **síntomas positivos** y **síntomas negativos** o déficits.

#### **Síntomas positivos**

Son comportamientos psicóticos que no se observan en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente pierden contacto con la realidad. Los síntomas positivos incluyen (5):

- **Ideas delirantes:** Son creencias falsas dotadas de convicción y que cuentan con un potencial afectivo que orienta la conducta de quien lo padece. Son irracionales y totalmente creídas por el paciente, pero en realidad no tienen comprensibilidad psicológica.

Para que exista delirio en la idea deben haber cuatro cosas: falsedad, convicción, irreductibilidad y afectividad. Estas ideas suelen aparecer de improviso, pero normalmente tienen un tiempo y unos pasos de formación que se conoce como periodo de trema. Este periodo es un periodo de angustia inicial en que las ideas se van organizando hasta que se sistematizan.

Algunos tipos de **delirios** son:

<b>Tipo persecutorio</b>	Ideas de persecución por organizaciones o grupos (gobierno, CIA, los judíos, etc.).
<b>Tipo grandioso</b>	Presencia de capacidades extrañas como predecir el futuro, descubrimiento de cosas, ideas geniales, dinero, etc.
<b>Tipo somático</b>	Delirios acerca del cuerpo ya sea somático o visceral. Por ejemplo : el corazón no late, los intestinos están vacíos, le sacaron el cerebro por la nariz, etc.

<b>Tipo religioso místico</b>	El paciente se cree hijo de dios, elegido de Dios, ser el mismo Dios, ser el diablo, etc.
<b>Tipo sexual</b>	Ideas de naturaleza sexual: violaciones permanentes, que es invertido sexual, cambio de órganos sexuales, etc.
<b>Tipo nihilista</b>	Creencia de que el mundo es una falsa, que nada existe, etc.

- **Las alucinaciones:** Son percepciones sin estímulo real. El enfermo escucha, huele, ve o siente cosas que se originan en el interior de su propio cerebro y que aunque él las vive como reales, no lo son.

Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas, que pueden ser elementales o complejas, fonemas o verbales.

Las alucinaciones elementales o complejas son ruidos aislados o sonidos simples como por ejemplo un silbido o ruidos; y por otro lado, las alucinaciones verbales o fonemas consisten en escuchar voces. Estas voces pueden ser percibidas como ordenes que el enfermo debe obedecer, ecos del pensamiento que el enfermo piensa que escucha el pensamiento de los que le rodean o fonemas dialogados, en los que el enfermo percibe voces que dialogan entre ellas y él puede intervenir en la conversación.

Otros tipos de alucinaciones son (5):

<b>Visuales</b>	Percepción de objetos o seres inexistentes. Pueden ser simples o complejas.
<b>Simple</b>	<b>Fotopsia:</b> percepción de colores, luces o figuras geométricas en movimiento. No son típicas de enfermedad mental, sino de consumo de tóxicos.

<b>Complejas</b>	<p><b>-Gulliberianas:</b> el entorno tiene un tamaño normal y el objeto alucinatorio es el que aumenta de tamaño.</p> <p><b>-Liliputienses:</b> el entorno tiene un tamaño normal y el objeto alucinatorio es el que disminuye de tamaño.</p>
<b>Gustativas y olfativas</b>	Percepción de olores y sabores sin que haya estímulo que lo provoque. Hay que tener cuidado ya que cuando no van unidas a alteraciones de la conducta puede deberse a una alteración orgánica. Un ejemplo muy común es la percepción en esquizofrénicos de sabores raros en la comida ya que piensan que los intentan envenenar.
<b>Táctiles</b>	Percepción en la piel de estímulos inexistentes como sensación de animales pequeños (como hormigas) recorriendo por debajo la piel, sensación de calor interno o de electricidad.
<b>Somáticas</b>	Percepción irreal acerca de nuestro cuerpo. Por ejemplo creer que se tiene el cuerpo de cristal o tener seis dedos.
<b>Cenestesis</b>	Percepción de movimiento de ciertas partes que realmente no se están moviendo. Pueden ser somáticas y/o viscerales.

- **Alteración del pensamiento:** son maneras inusuales de pensar (pensamiento desorganizado), teniendo dificultad para organizar sus pensamientos o conectarlos en una secuencia lógica, y pierden la capacidad de asociar ideas y éstas cambian de un tema a otro sin conexión. También pueden inventar palabras nuevas (neologismos).

### Síntomas negativos

Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con los de la depresión u otras condiciones. Estos síntomas incluyen (5):

- **Alteración en la afectividad:** puede existir falta de emoción (afecto plano), el enfermo puede tener dificultad para expresar lo que siente (aplanamiento o

embotamiento afectivo), pueden desaparecer los sentimientos de calor y afecto hacia los demás y puede tener cierta dificultad para mostrarlos.

- **Falta de satisfacción** en la vida diaria
- **Falta de habilidad** para iniciar y mantener actividades planificadas El autocuidado es mínimo.

### Síntomas cognitivos

Son más sutiles. Al igual que los síntomas negativos, estos síntomas son difíciles de reconocer como parte de este trastorno. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Estos síntomas incluyen (5):

- **Alteraciones en la conducta:** En cuanto al comportamiento, el paciente puede abandonar su aseo personal, puede aislarse de sus familiares y amigos al perder la motivación y la energía, tener un sentimiento de vacío e incluso presentar conductas extravagantes o no adecuadas que pueden ser influenciadas por lo que le dicen sus alucinaciones y por el contenido de sus delirios.
- **Alteraciones en la cognición:** El paciente puede tener cierta dificultad para mantener la atención y para atender a varias tareas a la vez así como puede tener algunos fallos de memoria. También puede presentar una disminución en sus capacidades para realizar algunas conductas creativas y socialmente aceptadas.

### 3.4. Subtipos de esquizofrenia

- **Tipo paranoide:** Presencia de delirios y alucinaciones. Estas ideas delirantes se acompañan frecuentemente alucinaciones auditivas y todos los síntomas son típicamente positivos con poca tendencia a síntomas negativos. En general este subtipo clínico tiene un comienzo más tardío (20-25 años), con una personalidad más madura y mantenida, que es más estable y permite que el delirio se mantenga durante mucho tiempo o cambie muy poco después de instalarse.
- **Tipo hebefrénico o desorganizado:** Es un cuadro que comienza sobre los 14- 16 años, por lo tanto, la personalidad del sujeto empieza a estar formada y el pronóstico es más grave. Los pacientes hacen comentarios inadecuados y desubicados, con una conducta desinhibida. Hay fuertes alteraciones de la volición

con pérdida del sentido de la vida y suelen tener períodos de inactividad laboral y social.

Los pacientes tienen alteraciones significativas del curso del pensamiento más que del contenido como el esquizofrénico paranoide, y rápidamente llegan a disgregarse. Además se asocia a una afectividad fuertemente alterada, inapropiada, plana e incluso autista, con poco contacto con las personas y consigo mismo. El aspecto general frecuentemente es desgarrado y con déficit de autocura.

- **Tipo catatónico:** Este tipo de esquizofrenia se describe como una esquizofrenia caracterizada por, al menos, dos de las siguientes características (5):
  - Inmovilidad motora evidenciada por catalepsia (trastorno nervioso caracterizado por la inmovilidad y rigidez del cuerpo y la pérdida de la sensibilidad y la capacidad de contraer los músculos voluntariamente), o por lo contrario, agitación motora brusca.
  - Negativismo o mutismo extremo.
  - Peculiaridades en los movimientos voluntarios (movimientos estereotipados, muecas, así como la adopción de posturas extrañas).
  - Ecolalia o ecopraxia. Es una perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco.

### 3.5. Curso de la enfermedad

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia o al entrar en la edad adulta. No es frecuente su manifestación antes de los 10 años ni después de los 50 y afecta de forma similar a ambos sexos. En los hombres suele aparecer entre los 15 y 25 años, y en las mujeres entre los 25 y 35 años.

Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial, y son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios.

Este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

- **Fase aguda (o crisis).** Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.
- **Fase de estabilización(o postcrisis).** Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis).
- **Fase estable (o de mantenimiento).** La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable y, en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Unos pacientes pueden mantenerse asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.

La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad. No tiene cura, pero sí tratamiento. De los pacientes que continúan estando afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave.

En la fase inicial de la enfermedad, pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente como alteraciones prodrómicas. Inicialmente, el enfermo está irritable o tenso, con dificultad para dormir y concentrarse. Posteriormente, aparecen los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, etc.), y empiezan a aparecer los comportamientos extraños llegando al aislamiento social del enfermo.

Dado que estos síntomas positivos responden especialmente bien al tratamiento, es característico que disminuyan con el mismo; sin embargo, pueden persistir los síntomas negativos e incluso pueden intensificarse en algunos individuos durante el curso de la enfermedad (5).

### 3.6. Diagnóstico

En todo paciente debe realizarse un estudio diagnóstico inicial completo que incluya:

- Historia clínica psiquiátrica y médica general.
- Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar.
- Examen del estado mental.
- Evaluación física que incluya una exploración neurológica.
- Exploraciones complementarias para descartar trastornos que asemejen un trastorno psicótico.

Debemos saber que el hecho de que una persona presente un primer episodio psicótico no significa que tenga esquizofrenia, ya que existen otros trastornos que pueden manifestarse también con síntomas psicóticos.

Para diagnosticar una de psicosis como esquizofrenia, la mayoría de las guías recomiendan que los **síntomas deben ser continuos durante al menos seis meses** (y a veces mucho más) y **haberse producido varios episodios con ciertas características específicas** (7).

Para el diagnóstico de los trastornos mentales se utilizan tanto el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR), como la **Clasificación Internacional de las Enfermedades**, en su décima revisión de los Trastornos mentales y del comportamiento (The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders) (2).

Por otro lado, se debe realizar un **diagnóstico diferencial** de la esquizofrenia con otros cuadros psíquicos, orgánicos, así como tóxicos. En cuanto a los cuadros psíquicos, debería diferenciarse entre (5):

- La psicosis tóxica cuando la psicosis está producida por el efecto inmediato de las drogas tras consumirlas.
- Las psicosis breves y reactivas que aparecen de forma brusca y repentina tras un episodio de estrés y su resolución es rápida y completa.
- El trastorno bipolar que consiste en la presentación en forma de fases de síntomas depresivos y/o de síntomas de manía (alteraciones del sueño, del pensamiento y del movimiento).
- El trastorno esquizoafectivo, donde la aparición de la psicosis coincide con una alteración del estado anímico.



- El trastorno de personalidad, donde los pacientes tienen una adaptación anómala al medio que les rodea viviéndolo con mucho sufrimiento tanto para sí mismo como para con los demás.

### 3.7. Tratamientos biológicos

Dentro de los tratamientos biológicos de la esquizofrenia se encuentran el tratamiento farmacológico, las intervenciones psicosociales y la Terapia Electroconvulsiva (TEC).

#### **3.7.1. Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico es un elemento indispensable tanto en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia como en los primeros episodios psicóticos. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios.

La medicación principal en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos está constituida por los fármacos **antipsicóticos**, introducidos en la práctica clínica desde los años cincuenta del pasado siglo. Por sus características, efectos sobre los síntomas psicóticos y por sus perfiles de efectos adversos, se los ha clasificado en dos grandes grupos:

1. Antipsicóticos de primera generación, convencionales o típicos.
2. Antipsicóticos de segunda generación o atípicos.
3. Otros fármacos coadyuvantes.

#### **1. Antipsicóticos de primera generación (o convencionales).**

Se caracterizan por actuar frente a los síntomas psicóticos. Los actualmente autorizados en España son: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazina, trifluoperazina y zuclopentixol.

Su mecanismo de acción se basa en el bloqueo postsináptico de los receptores dopaminérgicos D2, por lo que son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), y en menor medida los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces.

Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado por lo que las sobredosis raras veces son mortales si no se complican con problemas médicos preexistentes o por el consumo simultáneo de alcohol u otras medicaciones. En caso de sobredosis, la depresión respiratoria y la hipotensión son las que presentan mayor riesgo.

Los efectos secundarios que pueden producir son:

- **Sedación:** es un efecto secundario muy común. La sedación es más pronunciada en las fases iniciales del tratamiento, ya que con la administración continuada de estos fármacos la mayoría de pacientes desarrolla cierta tolerancia a los efectos sedantes. La sedación persistente, como la somnolencia diurna y pasar más horas durmiendo, pueden interferir con la función social, recreativa y laboral.
- **Efectos extrapiramidales agudos** (corto plazo): rigidez muscular, distonia (contracción espástica muscular), discinesia (movimientos anormales involuntarios sobre todo orofaciales como por ejemplo de mandíbula, gesticulación facial, etc), acatisia (agitación somática de partes del cuerpo), parkinsonismo (inducido).
- **Efectos extrapiramidales tardíos** (largo plazo): Discinesia, distonia.
- **Síndrome neuroléptico maligno:** triada formada por rigidez, hipertermia e inestabilidad autónoma + HTA y taquicardia).
- **Efectos cardiovascular:** Hipotensión ortostática, alteraciones en el ECG, taquicardia, taquiarritmia.
- **Efectos sobre el sistema nervioso autónomo**, como sequedad de boca, estreñimiento y sialorrea.
- Disfunción eréctil, pérdida de libido en ambos sexos.
- Reacciones alérgicas.

## 2. Antipsicóticos de segunda generación (o atípicos).

Presentan un bloqueo dopaminérgico selectivo, que justificaría su eficacia sobre los síntomas positivos con menor producción de síntomas extrapiramidales; al mismo tiempo también producen un bloqueo serotoninérgico, que explicaría su eficacia sobre los síntomas negativos y los trastornos anímicos.

Los antipsicóticos de segunda generación autorizados actualmente en España son: clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, sertindol, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol.

Los efectos secundarios que puedes producir son:

- Aumento de peso
- Mareos
- Hipotensión postural
- Cambios hormonales /disfunción sexual

### **3. Otros fármacos coadyuvantes.**

Se usan otros fármacos para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, incluyendo los positivos, negativos y afectivos.

- Litio: potenciador antipsicótico en pacientes con sintomatología resistente. La combinación de un tratamiento antipsicótico con litio puede producir confusión y desorientación y aumentar la probabilidad de que se produzca un síndrome neuroléptico maligno.
- Benzodiazepinas: Pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico. Se debe controlar el posible abuso de estos fármacos, y tener en cuenta que la combinación de éstos con clozapina y levopromazina puede ser peligrosa y estar contraindicada.
- Anticonvulsionantes: Pueden ser eficaces como coadyuvantes de los antipsicóticos en pacientes con anomalías del EEG indicativas de una actividad convulsiva y en pacientes con conducta agitada o violenta.
- Antidepresivos: se utilizan sobre todo cuando se produce una depresión postpsicótica

### 3.7.2. Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral.

El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el **fin de promover la capacidad de vivir más saludablemente**.

El espectro de las intervenciones psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de intervenciones que, a menudo, se integran en un continuum asistencial lo que dificulta la delimitación entre ellas. A efectos de favorecer su exposición, se han dividido las intervenciones psicosociales en los siguientes apartados

1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)
2. Psicoterapia de apoyo
3. Psicoterapia psicodinámica
4. Psicoeducación
5. Intervenciones familiares
6. Rehabilitación cognitiva
7. Entrenamiento en habilidades sociales
8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria
9. Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc.)
10. Apoyo a la inserción laboral
11. Recursos de vivienda

## **Terapia cognitivo conductual (TCC)**

Es una intervención psicológica específica que estimula al paciente a establecer relaciones entre sus pensamientos, sentimientos o acciones en relación a síntomas actuales o pasados. Se recomienda la TCC para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado, y permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados al objetivo diana. Implica, al menos, una de las siguientes acciones: monitorización de los pensamientos, sentimientos o conductas en relación a los síntomas, promoción de vías alternativas de afrontamiento de los síntomas y/o reducción del estrés.

Existe evidencia científica sobre cómo la duración y/o el número de sesiones de la TCC pueden influir en la eficacia del tratamiento. La TCC de más de seis meses de duración y que incluye más de diez sesiones consigue mejorar el estado mental comparado con otras intervenciones (5).

## **Intervenciones familiares**

En el momento actual no existe ninguna duda sobre el impacto que supone un trastorno como la esquizofrenia sobre la vida familiar, ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia para abordar la enfermedad de forma adecuada. Por lo tanto, todo programa de tratamiento de la esquizofrenia deberá considerar la atención a las familias tanto por sus necesidades en cuanto son quienes cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación del paciente. Se recomienda la IF prolongada en el tiempo (más de seis meses) para reducir las recaídas (5).

## **Rehabilitación cognitiva**

Las personas con esquizofrenia sufren, en diferentes grados, dificultades cognitivas que afectan a sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y planificación. El tratamiento de rehabilitación cognitiva se define como una intervención focalizada en los niveles más básicos de las funciones cognitivas (atención, memoria y funciones ejecutivas), que tiene como objetivo mejorar el rendimiento de dichas funciones específicas. Es un instrumento que posibilita una mejoría del funcionamiento cognitivo deficitario, una reducción del hipofuncionalismo cerebral, un

aumento de la autonomía personal y una mejoría del funcionamiento psicosocial de los pacientes con esquizofrenia con mejor pronóstico.

### **3.7.3. Terapia Electroconvulsiva (TEC)**

La terapia electroconvulsiva (TEC) es siempre un tratamiento de segunda elección en la esquizofrenia, indicado tras el fracaso de los antipsicóticos; las indicaciones más frecuentes son: esquizofrenia catatónica, casos graves que cursan con intensa agitación y/o desorientación, contraindicación de antipsicóticos (por la posibilidad de causar síndrome neuroléptico maligno), depresión secundaria y trastornos esquizoafectivos resistentes.

La evaluación previa a la TEC debe incluir la historia clínica psiquiátrica y un examen psiquiátrico para verificar la iniciación del tratamiento, examen médico general para identificar posibles factores de riesgo (historia clínica y exploración física, valoración de constantes vitales, hemograma, determinación de electrolitos séricos y electroencefalograma), evaluación anestésica para evaluar el carácter y el grado del riesgo anestésico, obtención del consentimiento informado y una evaluación que resuma las indicaciones del tratamiento y los riesgos y que sugiera si están indicadas otras técnicas de evaluación adicionales, modificaciones del tratamiento o cambios en la técnica de la TEC.

El infarto de miocardio reciente, algunas arritmias cardíacas y lesiones ocupantes de espacio intracraneal deben ser motivo de precaución, puesto que la TEC causa aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, carga de trabajo cardíaco, presión arterial, presión intracraneal y permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

Los principales efectos adversos de la TEC son de tipo cognitivo, asociándose a un estado confusional transitorio y a un período más prolongado de alteración de la memoria anterógrada y retrógrada, que se resuelve habitualmente a las pocas semanas del cese del tratamiento.

## 4. OBJETIVOS

### **Objetivo general**

- Elaborar y aplicar un plan de cuidados de enfermería a María, una paciente con diagnóstico de esquizofrenia, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

### **Objetivos específicos**

- Ofertar cuidados de enfermería para mejor la calidad de vida de María y sus familiares
- Sensibilizar a la población general sobre la esquizofrenia.

## 5. METOLOGIA

La idea de la temática del trabajo surge a partir de mi experiencia personal durante el periodo de prácticas de salud mental en el centro San Joan de Déu de Almacelles (Lleida). Fue durante ese periodo, y tal como anteriormente en la introducción he comentado, donde cambio mi concepto del enfermo mental. Por este motivo tenía claro que mi trabajo final de carrera quería que fuera de la especialidad de salud mental. Más tarde, decidí que me gustaría escoger la esquizofrenia para trabajarla puesto que la gran mayoría de los enfermos que yo había tratado eran esquizofrénicos.

Decidí junto a mi tutora hacer un plan de curas a un enfermo diagnosticado de esquizofrenia del centro donde hice las prácticas. Al ser un centro de salud mental no podía acceder libremente, y había que pedir permisos.

Empecé con el TFG a finales de noviembre de 2015, cuando me puse en contacto con el centro para explicarles mi intención de TFG, por lo que me reuní con ellos por primera vez el día 6 de diciembre de 2015, y me dieron su consentimiento para poder realizar el trabajo.

Para la elección del paciente para realizar el Plan de Cuidados tuve que tener en cuenta una serie de criterios. Primero de todo la persona había de ser mayor de edad y darme su permiso para la realización del trabajo. Además, tenía que estar ingresado en el centro San Joan de Déu de Almacelles de manera voluntaria. No podía escoger el caso de un paciente ingresado involuntariamente, cumpliendo condena penal o que estuviera tutorizado por el estado, por motivos legales de permisos.

A partir de ahí, necesité varios permisos: el permiso para poder acceder al centro, otro permiso de la paciente para darme su consentimiento para la realización del trabajo y debí firmar un permiso donde exponía mis intenciones con el trabajo y comprometerme a la confidencialidad de datos a los que tuve acceso.

El nombre de la paciente que aparece en el trabajo no es real, en todo momento se ha guardado la confidencialidad de datos como derecho de la paciente, por lo que se le ha cambiado el nombre de la misma.



A partir de ahí, inicié una búsqueda bibliográfica para redactar el marco teórico de la esquizofrenia, encontrando diversas Guías publicadas el Ministerio de Salud y por Asociaciones Españolas de Psiquiatría.

Una vez contextualizado el tema del trabajo, inicié el Plan de Cuidados. Conocí a la paciente, le realicé la valoración de enfermería y la redacté. A partir de ahí inicié el plan de cuidados con taxonomía NANDA, NIC y NOC para ponerlo en práctica.

En todo el presente trabajo se ha aplicado la metodología enfermera y la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia).

Visité en diversas ocasiones a la paciente y me reuní con el equipo de enfermería responsable de sus cuidados para conocer la evolución de la paciente para así poder redactar semanas después la intervención.

Para la discusión recurrí a artículos científicos de revistas de enfermería para conocer la evidencia respecto a los cuidados de enfermería al paciente con esquizofrenia, además de defender apoyándome en la bibliografía la metodología enfermera.

## 6 .INTERVENCIÓN

### 6.1. CASO CLÍNICO DE MARÍA

María es una mujer de 47 años que ingresa derivada de unidad de agudos del HSM para tratamiento rehabilitador.

#### Diagnóstico médico

- Eje I: esquizofrenia paranoide.
- Eje 2: trastorno psico-afectivo.
- Eje 3: DM2, HTA.

#### Antecedentes personales

##### A. Mediocoquirúrgicos

- Refiere intolerancia a Trazodona
- Obesidad
- HTA
- DM2
- Gonartrosis

##### Intervenciones Quirúrgicas

- Espina bífida (3 años de edad).
- Niega otros antecedentes de interés.

##### Hábitos tóxicos

- No refiere.

##### A Psiquiátricos

- Inicia contacto con PSQ privado por “nerviosismo” y “alteración conductual” a la edad de 27 años aprox.
- No consta ningún ingreso en PSQ hasta la fecha, que ingresa por elevado abandono y descompensación psicótica.

- La familia refiere temporadas estables y temporadas con mayor descompensación. Refieren seguimiento ambulatorio de la paciente en CSMA de su zona.

#### A. Psiquiátricos Familiares:

- Hijo y marido en ttm PSQ en espera de ingreso.
- Hermano con Esquizofrenia.
- Tiene dos hermanas en ttm PSQ por depresión y ansiedad.

#### **Psicobiografía**

- Pensionista. Tiene **reconocida una disminución del 65 % y una PNC de invalidez.**
- Está casada y tiene dos hijos (una hija de 20 años y un hijo de 19 años). Tiene tres hermanos (dos hermanas y un hermano).
- Vive en el pueblo con su marido e hijo.
- Tiene una hija de 20 años independizada .Nula relación.
- María se casó embarazada con 23 años de su hija y desde entonces convive con el marido e hijos.
- La familia relata debut de la enfermedad a los 27 años siempre en seguimiento ambulatorio.
- Nulo insight.

#### **Evolución psiquiátrica**

María no ha trabajado nunca. Siempre ha realizado tareas domésticas y cuidado de los hijos hasta hace aprox. 6 años (con unos 40 años aprox.) que presenta empeoramiento importante, con un elevado abandono progresivo de las tareas, aislamiento progresivo llegando a pasar los días durmiendo o comiendo sin realizar ninguna actividad, pérdida de la higiene personal y abandono importante de la autocura.

La paciente relaciona su primer contacto con PSQ a los 23 años por episodio depresivo, ya que tuvo que casarse embarazada. Hace dos años murió su padre, y refiere empeoramiento de la clínica depresiva.

La familia relata que progresivamente aparece sintomatología psicótica desde el pasado mes de diciembre de 2015, cuando aparecen las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes de perjuicio: “Hay personas que me vigilan, y cuervos que son amigos y el jefe de mi marido me espía...”. Relatan que el discurso de hizo incoherente.

## 6.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Una vez realizada la entrevista multidisciplinar (psiquiatra, enfermera, psicóloga y trabajadora social) a la paciente a su ingreso, se procede a realizarle la valoración de enfermería (**Anexo 1**) y la toma de constantes vitales.

En la valoración detectamos una alteración de los siguientes patrones:

- Manejo de la salud: No hay consciencia de la enfermedad. HTA, DM2 y osteopatías.
- Nutricional metabólico: malos hábitos alimenticios (exceso de alimentos ricos en grasa y azúcar). IMC obesidad mórbida. Insuficiente ingesta hídrica.
- Eliminación: incontinencia urinaria utilizando como recurso compresas o pañales para ello.
- Actividad: nula actividad física.
- Sueño: toma hipnóticos. No descansa.
- Cognitivo: se aprecia bajo tono anímico y enlentecimiento motor. Sumisa. A nivel afectivo se muestra aplanada y empobrecida.
- Autoconcepto: síntomas depresivos. Come para aliviar la ansiedad. Presenta ideación delirante de tipo persecutorio y celotipia.
- Relaciones: mala relación familiar. El domicilio familiar no cuenta con las medidas higiénicas correctas. No existe vínculo con la hija. Marido, hijo y hermanas en ttm psiquiátrico. No trabaja, tiene una pensión de invalidez reconocida.
- Higiene: no autocura. Se aprecia abandono y dejadez.

Es importante conocer los fármacos que María tiene pautados (**Anexo 2**), sobretodo porque los fármacos psiquiátricos tienen importantes efectos secundarios que hay que conocer, y tenerlos en cuenta en las intervenciones de enfermería del plan de cuidados.

### 6.3. OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

Una vez detectados los patrones alterados, se marcarán unos objetivos a corto y largo plazo que se quieren alcanzar:

#### Objetivos a corto plazo:

- Recuperar las actividades funcionales perdidas.
- Estimular las ABVD.
- Integrar a la paciente en el plan de actividades ocupacionales del centro.
- Asegurar una nutrición suficiente con una dieta sana y equilibrada que conlleve a la pérdida de peso de la paciente.
- Establecer una rutina de ejercicios.
- Asegurar un medio de seguridad para la enferma.

#### Objetivos a largo plazo:

- Disminuir las alucinaciones, las ideas delirantes y otros síntomas psicóticos
- Desarrollar una mejor imagen de sí misma.
- Conseguir que la paciente acepte y afronte con eficacia la enfermedad.
- Hacer partícipe a la familia en la recuperación de la paciente.
- Alcanzar y mantener un nivel máximo de funcionamiento.
- Asegurar la adherencia terapéutica.

**6.4. DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA (NANDA),  
OBJETIVOS (NOC) E  
INTERVENCIONES (NIC)**

NANDA	NOC	NIC
<p><b>00122 Alteraciones sensorio perceptivas (auditivas) r/c</b>  alteraciones endógenas, alteración de la recepción sensorial m/p alteración de la capacidad de abstracción, ansiedad.</p>	<p><b>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verbaliza alucinaciones o ideas delirantes.</li> <li>-Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes.</li> <li>-Expone un pensamiento basado en la realidad.</li> </ul> <p><b>1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Toma toda la medicación prescrita.</li> <li>-Toma la dosis correcta.</li> <li>-Evita alimentos y líquidos que estén contraindicados.</li> <li>-Utiliza estrategias para minimizar los EA.</li> </ul>	<p><b><u>ALUCINACIONES E IDEAS DELIRANTES</u></b></p> <p><b>6450 Manejo de ideas ilusorias.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asegurar la toma del tto antipsicótico y ansiolíticos.</li> <li>-Evitar reforzar las ideas delirantes y no discutir sobre las creencias falsas de la paciente.</li> <li>-Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.</li> <li>-Facilitar el descanso y nutrición adecuados.</li> <li>-Disminuir los estímulos ambientales excesivos.</li> </ul> <p><b>6510 Manejo de las alucinaciones.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asegurar la toma de medicación.</li> <li>-Musicoterapia</li> </ul>

		<p><b><u>TERAPIA CONDUCTUAL</u></b></p> <p><b>4340 Entrenamiento de la asertividad.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.</li><li>-Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.</li><li>-Ayudar al paciente a distinguir entre pensamiento y realidad.</li></ul> <p><b>4410 Establecimiento de objetivos comunes.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Identificar el reconocimiento por parte de la paciente de su propio problema.</li><li>-Animar a María a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.</li><li>-Animar a María a identificar sus propias virtudes y habilidades.</li></ul> <p><b><u>TERAPIA COGNITIVA</u></b></p> <p><b>4720 Estimulación cognoscitiva</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Proporcionar un calendario.</li></ul>
--	--	---



		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientación de la paciente en tiempo, lugar y personas.</li> <li>-Uso de la radio, tv o música.</li> <li>-Permitir colocar objetos familiares o fotografías en la habitación.</li> <li>-Llevar un diario.</li> </ul>
<p><b>00121 Trastorno de la identidad personal</b> r/c trastorno psiquiátrico m/p relaciones ineficaces, expresa sentimientos de vacío.</p>	<p><b>1205 Autoestima.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aceptación de las propias limitaciones.</li> <li>-Descripción del yo.</li> <li>-Aceptación de sus virtudes i cumplidos de los demás.</li> <li>-Sentimientos sobre su propia persona.</li> </ul> <p><b>1200 Imagen corporal</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Satisfacción con el aspecto corporal.</li> </ul> <p><b>1309 Capacidad personal de recuperación.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verbaliza una actitud positiva.</li> <li>-Busca apoyo emocional.</li> </ul>	<p><b>4820 Orientación de la realidad.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dirigirse al paciente por su nombre.</li> <li>-Informar a la paciente acerca de personas, lugares y tiempo.</li> <li>-Hacer partícipe a la familia en el tto de la paciente.</li> </ul> <p><b>5400 Potenciación de la autoestima.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elogiar sus buenos comportamientos o consecución de objetivos marcados.</li> <li>-Animar a María a identificar sus virtudes.</li> </ul> <p><b>5430 Grupos de apoyo.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reunir un grupo de máximo 10 personas, dos días a la semana, en</li> </ul>

	<p>-Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos.</p> <p>-Participa en actividades del centro.</p>	<p>sesiones de 1 a 2h. Con una duración de 12 semanas.</p> <p>-Fomentar la expresión y el compartir experiencias personales.</p> <p><b>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p>-Evaluar primero el nivel de conocimiento de la paciente sobre su enfermedad.</p> <p>-Explicar la enfermedad de manera clara y en términos que la paciente pueda entender. Explicar que les está sucediendo, que sintomatología tiene y que proceso/ pronóstico tiene la enfermedad.</p>
<p><b>00193 Descuido personal</b> r/c depresión y trastorno mental m/p evidencia de higiene personal inadecuada</p>	<p><b>0305 Autocuidado: higiene.</b> <b>Indicadores:</b></p> <p>-Mantiene la higiene corporal.</p> <p><b>0302 Autocuidado: vestir.</b> <b>Indicadores:</b></p> <p>-Escoge la ropa.</p> <p>-Se viste adecuadamente.</p> <p><b>1205 Autoestima.</b></p>	<p><b>5220 Potenciación de la imagen corporal.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p>-Animar a María a resaltar condiciones físicas de las que esté orgullosa.</p> <p>-Animar a María a que cada día se vista adecuadamente, arreglada, se peine, se maquille, se perfume, etc. para que se sienta bonita, elegante, etc.</p> <p>-Planificar una salida para ir de compras, si lo desea. Ella sola o con más mujeres del centro.</p> <p>-Organizar en el centro cenas, comidas, eventos, etc. que promuevan el cuidado personal de las internas.</p> <p>-Realizar un taller de estética y/o peluquería en el que las pacientes puedan aprender a maquillarse y peinarse, o bien que ellas enseñen</p>

	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantenimiento del cuidado/higiene personal.</li> </ul>	<p>a otras pacientes a realizarlo.</p>
<p><b>00095 Insomnio</b> r/c depresión, medicamentos, ansiedad m/p expresa falta de energía y dificultad para conciliar el sueño y despertares nocturnos.</p>	<p><b>0004 Sueño</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Horas de sueño.</li> <li>-Habitudo del sueño.</li> <li>-Cama confortable</li> </ul> <p><b>1211 Nivel de ansiedad.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Irritabilidad.</li> <li>-Fatiga</li> <li>-Trastorno del sueño.</li> </ul> <p><b>1208 Nivel de depresión</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Insomnio</li> <li>-Ganancia de peso</li> <li>-Baja autoestima</li> <li>-Escasa higiene /descuido personal</li> </ul>	<p><b>1850 Manejo del sueño.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar ejercicio físico.</li> <li>-Respetar el ciclo sueño / vigilia.</li> <li>-Adaptar el ambiente ruido, temperatura, limpieza, luz, colchón, cama, ropa, etc.</li> <li>-Evitar la ingesta de alimentos muy calóricos y bebidas excitantes antes de acostarse.</li> <li>-Ajustar el tto farmacológico a las necesidades de María.</li> </ul>

<p><b>00053 Aislamiento social</b> r/c alteración del estado mental.</p>	<p><b>1503 Implicación social</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Interacción con amigos, vecinos y miembros de la familia.</li> <li>-Participación en la organización de actividades.</li> </ul>	<p><b>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar las habilidades sociales de la paciente, y crear un horario semanal de actividades a realizar en el centro (<b>Anexo 3</b>).</li> <li>-Dar elogios o recompensas a María cuando cumpla un objetivo en una actividad.</li> </ul>
<p><b>00063 Procesos familiares disfuncionales</b> r/c trastornos mentales en la familia y falta de recursos y habilidades para la solución de problemas m/p conflictos crecientes, depresión, soledad, emociones reprimidas, problemas familiares crónicos, alteración de los roles familiares, etc.</p>	<p><b>2600 Afrontamiento de los problemas de la familia</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Afronta los problemas.</li> <li>-Controla los problemas.</li> <li>-Expresa libremente sentimientos y emociones.</li> <li>-Utiliza estrategias para reducir el estrés.</li> <li>-Obtiene ayuda familiar.</li> </ul>	<p><b>7110 Fomentar la implicación familiar.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar la capacidad y disposición de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de María.</li> <li>-Identificar los recursos económicos, físicos, etc. de la paciente y la familia (trabajadora social).</li> <li>-Animar y concienciar a la familia en la participación en el plan de cuidados de María y de la importancia de mostrar su apoyo para su recuperación.</li> <li>-Incluir e invitar a la familia en las terapias psicológicas de la paciente.</li> </ul> <p><b>7440 Facilitar permisos.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Al x tiempo de ingreso y el comportamiento de la paciente este</li> </ul>

		<p>estabilizado, podrá iniciar permisos para ver a su familia, amigos, etc.</p> <p>-Preparar junto con la paciente la paciente la medicación necesaria para el permiso.</p>
<p><b>00168 Estilo de vida sedentario</b> r/c falta de interés y motivación m/p verbaliza la paciente su preferencia por actividades con poca actividad física (tumbarse en el sofá, ver la tele, dormir, etc).</p>	<p><b>0300 Autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD).</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Come</li> <li>-Se viste adecuadamente.</li> <li>-Se peina.</li> <li>-Higiene</li> <li>-Higiene bucal</li> </ul> <p><b>0306 Autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prepara el comedor.</li> <li>-Realiza tareas del hogar.</li> <li>-Hace la colada.</li> </ul>	<p><b>1805 Ayuda con los auto cuidados: AIVD</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se creará una rutina diaria de actividades y tareas que María debe hacer (<b>Anexo 3</b>).</li> </ul> <p><b>0200 Fomento del ejercicio.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Incluir en el <i>planning</i> semanal de actividades el ejercicio físico moderado y adaptado a la condición física de María.</li> <li>-Establecer un plan de ejercicio progresivo. Empezar con una actividad leve e ir incrementando el nivel, sin llegar a un ejercicio de alta intensidad, siempre moderado.</li> <li>-El ejercicio debe constar de actividades aeróbicas (caminar, bailar, ir en bici, etc).</li> </ul>

<p><b>00001 Desequilibrio nutricional:</b> ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades físicas y la actividad física (gasto calórico) m/p comer en respuesta a claves internas (como la ansiedad), exceso de alimentos ricos en grasa y estilo de vida sedentario.</p>	<p><b>1621 Conducta de adhesión: dieta saludable.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sigue las recomendaciones dietéticas prescritas para reducir el peso.</li> <li>-Minimiza la ingesta y la eliminación de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional.</li> <li>-Mantiene la hidratación.</li> </ul> <p><b>1627 Conducta de pérdida de peso.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se compromete con un plan para comer de forma saludable.</li> <li>-Establece una rutina de ejercicio.</li> <li>-El gasto calórico supera la ingesta calórica.</li> <li>-Controla el peso corporal.</li> </ul>	<p><b>1280 Ayuda para disminuir el peso</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesar semanalmente a la paciente.</li> <li>-Establecer una meta de pérdida de peso semanal, y si lo consigue, recompensarla.</li> <li>-Entregar por escrito el plan dietético (dieta hipocalórica sin sal) .</li> <li>-Planificar un programa de ejercicios.</li> </ul>
<p><b>00048 Deterioro de la dentición</b> r/c higiene oral ineficaz y malos hábitos dietéticos m/p falta de piezas dentales.</p>	<p><b>1100 Higiene Bucal</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Limpieza bucal y dental.</li> </ul>	<p><b>1730 Restablecimiento de la salud bucal.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomentar la higiene bucal diaria: 3 veces al día después de las comidas, combinado con el uso de colutorio e hilo dental.</li> <li>-Acompañar a María al odontólogo para poner tratamiento a su problema bucal y dental.</li> </ul>

		<p>-Evitar la ingesta de alimentos azucarados y la ingesta de café.</p>
<p><b>00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable</b> r/c aporte dietético y estado de salud mental.</p>	<p><b>1619 Autocontrol de la diabetes:</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Controla el nivel de glucosa en sangre.</li> <li>-Sigue la dieta recomendada.</li> <li>-Sigue la actividad recomendada.</li> <li>-Controla el peso.</li> </ul>	<p><b>2120 Manejo de la diabetes.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conciencia enfermedad.</li> <li>-Control de glicemia al inicio 3 veces al día antes de desayunar, comer y cenar. Si los valores se muestran estables, reducir los controles a una vez al día antes del desayuno.</li> <li>-Enseñar a María como obtener una muestra de sangre y realizar la glicemia (enseñar el funcionamiento de la maquina).</li> <li>-Potenciar la autonomía de María para que sea ella la que cada vez que deba realizarse la glicemia acuda al control de enfermería para pedir la maquina y realizarse el control de glicemia.</li> <li>-Explicar a la paciente los signos y síntomas de hipo/hiperglucemia (sudores, mareos, poliuria, polidipsia, aumento del hambre, etc.).</li> </ul>
<p><b>00015 Riesgo de estreñimiento</b> r/c insuficiente ingesta hídrica, estilo de vida sedentario y efectos adversos de la medicación (antidepresivos, antipsicóticos).</p>	<p><b>0501 Eliminación intestinal</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estreñimiento</li> </ul>	<p><b>0450 Manejo del estreñimiento.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de la ingesta hídrica (mínimo 8 vasos de agua al día).</li> <li>-Realizar actividad física para aumentar los movimientos intestinales (caminar, pasear, etc).</li> <li>-Aumentar el consumo de fibra en la dieta.</li> <li>-Administrar laxantes, si procede.</li> </ul>

<p><b>00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo</b> r/c debilidad de los músculos pélvicos m/p expresa tener pérdidas involuntarias de pequeñas cantidades de orina.</p>	<p><b>0503 Eliminación urinaria</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Incontinencia por esfuerzo.</li> </ul>	<p><b>0560 Ejercicios del suelo pélvico.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñar a María a contraer y relajar la musculatura pélvica (ejercicios de Kegel).</li> <li>-Objetivo: 300 contracciones al día, manteniendo la contracción 10 segundos cada vez y descansando 10 segundos entre contracciones. La efectividad se consigue de 6 a 12 semanas de ejercicios diarios.</li> </ul>
<p><b>00150 Riesgo de autolesión y suicidio</b> m/p enfermedad psiquiátrica.</p>	<p><b>1408 Autocontrol del impulso suicida:</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Obtiene tratamiento para la depresión.</li> <li>-No intenta causarse lesiones.</li> <li>-Verbaliza control de impulsos.</li> </ul>	<p><b>4354 Manejo de la conducta: autolesión.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Retirar los objetos peligrosos del ambiente de María.</li> <li>-Administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, estabilizar el humor y disminuir la autoestimulación.</li> <li>-Si procede, uso de contenciones o asilamiento.</li> </ul> <p><b>6340 Prevención del suicidio</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la existencia y grado de riesgo de suicidio.</li> <li>-Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o síntomas que pueden poner en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, desilusiones, pánico, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, crisis, etc).</li> </ul>



		<p>-Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.</p> <p>-Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros en la habitación.</p> <p>-Limitar el acceso a ventanas, cerrar puertas con llave, restringir acceso a zonas peligrosas, etc. Además de no permitir la manipulación sin supervisión de objetos cortantes, punzantes y/p cuerdas.</p>
<p><b>00155 Riesgo de caídas</b> r/c medicación (hipotensión ortostática).</p>	<p><b>1909 Conducta de prevención de caídas.</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>-Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.</p> <p><b>0802 Signos Vitales</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>-Presión arterial.</p>	<p><b>6490 Prevención de caídas.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <p>-Mantener a la paciente en sentada o tumbada tras la administración de fármacos de provoquen hipotensión ortostática.</p> <p>-Controlar la TA tras su administración.</p>

<p><b>00217 Riesgo de respuesta alérgica r/c fármacos.</b></p>	<p><b>2301 Respuesta a la medicación</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reacción alérgica</li> <li>-Efectos adversos a la medicación.</li> </ul>	<p><b>6410 Manejo de la alergia.</b></p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocer y saber identificar las alergias medicamentosas y registrarlas en caso de aparición.</li> <li>-Mantener en observación durante 30 minutos a la paciente en caso de administrar un agente conocido capaz de inducir una respuesta alérgica.</li> <li>-Disponer de medidas de recurrencia en caso de shock anafiláctico.</li> <li>-Realizar pruebas de alergia si está indicado.</li> </ul>
--	--	---

## 7. ACTIVIDADES APLICADAS AL PLAN DE CUIDADOS DE MARÍA

En este apartado describiremos las acciones realizadas a María en el Plan de Cuidados y las justificaremos con la evidencia.

### Intervenciones farmacológicas

Uno de los aspectos más importantes y que enfermería aunque no prescriba, debe conocer, es que los antipsicóticos deben introducirse de manera gradual, con dosis bajas de medicación antipsicótica junto con medicación antidepresiva, que se deben ir aumentando sólo si la respuesta es baja o incompleta.

La administración conjunta de antipsicóticos de primera y segunda generación no debería utilizarse (excepto durante los períodos de transición de un cambio de medicación), ya que podrían incrementar el riesgo de efectos adversos e interacciones farmacocinéticas.

Por otro lado, algunos efectos secundarios comunes a los antipsicóticos como el malestar, el insomnio y la agitación, deben ser tratados inicialmente con benzodiazepinas. Estas dosis iniciales probablemente no tendrán un efecto temprano en los efectos secundarios, por lo que han de ser supervisados y valorados por enfermería diariamente.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (5), en pacientes que inician el tratamiento por primera vez (como es el caso de mi paciente), se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener un menor riesgo a corto y largo plazo de efectos adversos extrapiramidales como la discinesia tardía, pero tienen mayor propensión a causar efectos adversos metabólicos ( incremento de peso, diabetes, dislipèmia o síndrome metabólico).

Se ha documentado que algunos antipsicóticos de segunda generación provocan aumento de peso significativo, por lo que peso y el IMC deben ser medidos al inicio del tratamiento, semanalmente los tres primeros meses, y mensualmente hasta los seis meses y, a partir de entonces, cada tres meses.

La consulta con un dietista es aconsejable así como el fomentar la realización de ejercicio físico regular. También podría ser necesario considerar una medicación con un menor riesgo de incremento de peso si éste no se modifica o es notable.

También es conveniente controlar la glucemia en ayunas y los perfiles lipídicos al inicio del tratamiento, así como a intervalos regulares durante los meses posteriores, ya que los antipsicóticos pueden alterar los valores (9).

Aparte, toda valoración inicial óptima debería incluir una RMN, una valoración neurocognitiva, un examen neurológico de trastornos neurológicos y motores, un ECG, la medición de valores antropométricos (peso, altura, circunferencia abdominal, etc.) , analítica de sangre y pruebas de detección de sustancias ilegales, perfiles lipídicos y glucemia en ayunas.

### **Síntomas depresivos**

El tratamiento de los síntomas depresivos es uno de los objetivos del presente plan de cuidados, puesto que la existencia de depresión está ligada a un peor pronóstico del trastorno esquizofrénico (11).

La depresión es más frecuente en pacientes de sexo femenino de forma estadísticamente significativa (11).

Según estudios científicos se recomienda tratar los síntomas depresivos preferiblemente con antipsicóticos de segunda generación, ya que se ha estudiado que estos podrían tener una eficacia mayor para tratar la depresión que los de primera generación (5).

### **Esquizofrenia y suicidio**

Es importante tener presente que aunque la tentativa de suicidio no ha sido el motivo de ingreso de la paciente, esta sufre unos síntomas depresivos que no han sido tratados adecuadamente y nos encontramos ante una mujer con empobrecimiento a nivel emocional con muchas carencias, sumado a su ingreso en un centro desconocido y alejada de su vida diaria, rompiendo su rutina. Por eso, des de

enfermería no necesitamos una pauta médica para saber y poner en práctica un protocolo de riesgo de suicidio que en este caso, la paciente si presenta.

La depresión se asocia con un aumento del riesgo del pensamiento de suicidio y autolesiones. Este riesgo persiste hasta que la depresión remite de forma significativa. Dado que la mejoría sintomatología no puede producirse en las primeras semanas, se debe realizar un estrecho seguimiento de la paciente hasta que se produzca una mejoría clínica.

Tal como se ha estudiado, en la bibliografía encontrada, el suicidio se muestra como la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general, la probabilidad de que las personas con esquizofrenia mueran por suicidio es nueve veces más elevada. Hasta el 30% de los pacientes con esquizofrenia lleva alguna tentativa de suicidio y entre el 4 y el 10% muere tras la tentativa. El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y el 40% (5).

Los conocimientos de los factores de riesgo de suicidio asociados a la esquizofrenia son limitados. Algunos de ellos son comunes a los de la población general: sexo masculino, raza blanca, soltería, aislamiento social, depresión o desesperanza, falta de empleo, dependencia de sustancias, pérdidas recientes, y antecedentes personales y/o familiares de intentos de suicidio.

Otros factores de riesgo específicos son, por un lado, la juventud, con una media de edad de 33 años, mientras que en la población general el mayor riesgo se sitúa después de los 65 años; y por otro, encontrarse en los seis primeros años siguientes a la hospitalización inicial, tener un coeficiente intelectual elevado, un curso crónico y con un deterioro progresivo con exacerbaciones, o una percepción de la pérdida de capacidades funcionales. Otros factores de riesgo adicionales son la presencia de ideas suicidas, las alucinaciones auditivas y el alta reciente del hospital.

## **Terapia cognitivo conductual**

La evidencia recomienda la TCC para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado, sobretodo está muy indicada para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones.

También es eficaz para ayudar al desarrollo del insight e incrementar la adherencia al tratamiento, además de estar recomendada para (5):

- Evitar la progresión a psicosis de la enfermedad.
- Prevenir la prescripción de fármacos y reducir la sintomatología en la atención a psicosis incipiente.
- Acelerar la recuperación y el alta hospitalaria en fase aguda junto con los cuidados estándar.
- Tratamiento del estrés, la ansiedad y depresión.

En el centro, la TCC es competencia de psicología, por lo que desde enfermería si hicimos constar la TCC en el plan de curas, pero no estábamos presentes en su realización. Al igual que la psicoterapia de apoyo, la psicoterapia psicodinámica y la psicoeducación, que también son realizadas por la psicóloga del centro, por lo que no están descritas en el apartado de discusión.

## **Entrenamiento en habilidades sociales**

Las habilidades sociales van ligadas con la interacción social, e incluyen aspectos como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos y de actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuesta y el refuerzo social perdido.

La interacción social es necesaria para el tratamiento de la paciente. Con fármacos y TCC conseguiremos una mejor estabilidad clínica para la paciente, pero también necesitamos que esta se integre en la sociedad el día que vaya a ser dada de alta; por lo que en el centro se realizan talleres y actividades, no solo para que los

enfermos tengan la mente ocupada y pasen el tiempo, sino para estimularles y hacer que se interrelacionen entre ellos.

Las habilidades sociales en el centro son competencia de la terapeuta ocupacional, por lo que desde enfermería valoramos y seguimos la evolución de la paciente en cada una de ellas, a través de las reuniones semanales que se realizan con todo el equipo del centro.

### **Impacto social**

La sociedad e incluso algunos sanitarios sostienen una imagen estereotipada de los pacientes con esquizofrenia (peligrosidad, conductas extrañas e impredecibles, imposibilidad de relaciones, etc.) creando un sentimiento de rechazo al paciente.

Está demostrado que la población joven y con nivel educativo alto es más tolerante con la enfermedad, y que las personas con un contacto previo con un paciente que sufre una enfermedad mental también disminuye el estigma y el miedo, además de aumentar el conocimiento sobre la situación que vive la persona (12).

Por otro lado, la tolerancia de la enfermedad también varía dependiendo del país. Por ejemplo, en los países en vías de desarrollo los enfermos mentales han vivido tradicionalmente en la comunidad y con sus propios familiares, por lo que se describe una mejor tolerancia, menor crítica y hostilidad hacia los enfermos. Por otro lado, nos encontramos diversos estudios que constatan que la creciente urbanización y ruptura de los valores y estructuras sociales tradicionales están provocando un empeoramiento en la tolerancia de la enfermedad mental en las zonas más industrializadas (12).

Además de la estigmatización social, los enfermos mentales presentan una discriminación añadida debido a la dificultad de adaptación al medio. Muchos son incapaces de autocuidarse, pero lo que si son capaces de llevar una vida normal se encuentran con multitud de estigmas sociales. No es infrecuente la negativa de alquilar una vivienda a una persona con trastorno mental, ni a contratarla laboralmente. Para la sociedad sería perfecto que estas personas quedaran

ingresadas en un centro mental de por vida, aisladas socialmente, pero no debe ser así.

La *World Psychiatric Association*(13) y otros autores han sintetizado las numerosas creencias erróneas respecto a las personas con esquizofrenia:

- Las personas con esquizofrenia son violentas y peligrosas.
- Las personas con esquizofrenia pueden contagiar su enfermedad a otras personas.
- Las personas con esquizofrenia son personas perezosas y poco fiables.
- Las personas con esquizofrenia son incapaces de informar sobre los efectos de la medicación o sobre cualquier cosa que les suceda.
- Las personas con esquizofrenia son incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus vidas
- Las personas con esquizofrenia son impredecibles.
- Las personas con esquizofrenia presentan un empeoramiento progresivo a lo largo de su vida.

La información pública es crucial en este sentido para cambiar actitudes, reducir esta sobrecarga adicional al propio padecimiento de una enfermedad mental, mejorar el cumplimiento de los tratamientos y asegurar, en definitiva, el mejor pronóstico posible para enfermedades como los trastornos mentales graves, porque al fin y al cabo, la víctima de todos estos estigmas y perjuicios es el paciente (14).

### **Inserción laboral**

La persona con esquizofrenia puede tener dificultades para el acceso al empleo. En el caso de la paciente del caso clínico, vemos necesaria su motivación y concienciación para que la paciente el día que salga del centro tenga un empleo. Es una mujer joven, sin limitaciones físicas que le impidan desempeñar un empleo, un oficio, una actividad para sentirse realizada y no sentirse rechazada por la sociedad. La paciente necesita implementar su tiempo el día de mañana, de lo contrario pese al tratamiento farmacológico y terapias que realizará una vez dada de alta, volverá a su rutina diaria de cama – sofá , y sin salir de casa.



Existe un alto índice de desempleo en este sector de la población debido en gran parte al estigma social que provoca la enfermedad mental. Los programas de rehabilitación laboral están dirigidos a pacientes que viven en la comunidad, no institucionalizados, que poseen un nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral. Este es el objetivo de los talleres de Prelaboral que se desarrollan en el centro, y en los que la paciente ha sido incluida.

### **Intervención familiar**

La familia es uno de los grandes pilares para la mejoría del estado psicopatológico de la paciente, por lo que hay que incluirla en el plan de cuidados.

La mayoría de los estudios publicados de los programas de IF en la esquizofrenia demuestran la eficacia de los mismos en cuanto a la reducción de la proporción de recaídas e ingresos hospitalarios (5). También se ha demostrado una mejoría de la adherencia al tratamiento si existe apoyo familiar, y una reducción de la carga familiar. Sin embargo, no hay evidencia científica de que se produzca una mejoría en los síntomas negativos y el funcionamiento social.

Lo que sí parece claro es que la IF breves no han resultado eficaces en estudios realizados, por lo que se recomiendan programas con un mínimo de seis meses de duración, sin olvidar la participación del paciente en dichas intervenciones (15).

Otro elemento que también ha sido estudiado es la realización de la terapia con grupos multifamiliares o con una sola familia. Existe suficiente evidencia para afirmar que la eficacia de la intervención es similar si se realiza con familias separadamente o de forma grupal, aunque ciertos trabajos afirma que los grupos multifamiliares podrían resultar más eficaces que los unifamiliares. Otros estudios sostienen que durante el primer episodio son más eficaces los grupos multifamiliares. No obstante, existe evidencia científica que las intervenciones grupales conllevan abandonos más precoces que las unifamiliares (15).

## Terapia asistida con animales

El objetivo de la TAA es promover mejoras en las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de la personas con trastorno mental. El perro, es este caso, se introduce para estimular a las personas siempre y cuando a estas les agrade su presencia.

Con la terapia, entramos en los siguientes campos (16):

-Empatía y cognición social: es más fácil enseñar a una persona a sentir empatía por un animal que por otro humano.

-Enfoque exterior: ayudan a que cambien el enfoque de su ambiente logrando además que piensen y hablen de los animales en vez de centrarse únicamente en sus problemas.

-Mejora de las relaciones y socialización: pueden abrir un cauce de comunicación emocionalmente seguro entre terapeuta y paciente ya que ayudan a crear seguridad emocional. Además, los animales actúan como un lubricante social, un facilitador/mediador de las interacciones sociales.

-Aceptación: los animales aceptan a las personas sin juzgarlas.

-Entretenimiento: distracción, pasatiempo.

-Contacto físico: para algunas personas es difícil o poco agradable el contacto físico, pero puede resultarles más agradable acariciar el pelo de un perro o un gato. Este beneficio puede ayudar en personas que han sufrido abusos físicos y/o sexuales.

-Beneficios fisiológicos: promueven la relajación, disminuyen la presión sanguínea, fortalecen los músculos y ayudan en la recuperación de enfermedades cardiacas.

-Reduce el sentimiento de soledad, reduce los niveles de ansiedad, etc.

En el centro, se realizaba la TAA una vez por semana (viernes) durante una hora, teniendo muy buena aceptación por parte de los enfermos y con un aumento de la demanda de estos.

## 8. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Al ingreso de María en el centro, se estableció el anterior plan de cuidados descrito anteriormente, en el cual se dio máxima prioridad a disminuir la sintomatología psicótica de María e integrarla en el centro.

Para ella, y como para todos los pacientes que ingresan en el centro, el ingreso supone un cambio de rol y de rutina diaria en su vida, por lo que la adaptación siempre resulta complicada para ellos. Se encuentran desubicados, en la mayoría de ocasiones con nula conciencia de la enfermedad, por lo que no entienden el motivo por el cual están allí, se encuentran negativos y rechazan cualquier tipo de actividad, relación, norma, etc.

Todos los pacientes durante la primera semana de ingreso en el centro no salen de la unidad ni reciben visitas hasta su adaptación pasada la semana. A partir de ahí, individualizando cada caso, se empiezan a permitir las salidas al bar del centro, llamadas, actividades, etc.

En el caso de María no fue complicado, en todo momento se mostro colaboradora y se adaptó rápidamente a la dinámica del centro. Al poco tiempo expresó su agradecimiento a los profesionales que la atendimos y se mostró motivada para cambiar su estilo de vida.

Uno de los principales objetivos que se le explicaron a María fue la importancia de **perder peso**. Nos encontrábamos con una paciente con un peso de 94 kg y 162 de altura, lo que suponía un IMC de 35,82. Un exceso de peso importante que debíamos poner solución y tratamiento.

María necesitaba una dieta hipocalórica sin sal al ser hipertensa, por lo que nuestra nutricionista elaboró una dieta individualizada para ella, y que el equipo de enfermería supervisaba durante las comidas (puesto que la comida viene preparada de cocina en nuestro centro), así como durante las salidas al bar del centro, el cuidador responsable también supervisaba que la paciente no consumiera alimentos no permitidos en su caso.

Con mucha dedicación y sobretodo, con mucha motivación de María, se consiguió que la paciente en un mes y medio perdiera casi 10 kg, manteniendo una **dieta hipocalórica** y educándola de la importancia de seguir la dieta cuando estuviera de permiso. También desde enfermería nos aseguramos que su **ingesta hídrica fuera la correcta**, por lo que durante las comidas María se bebía mínimo 2 vasos de agua.

Se le controlaba el peso semanalmente y se le daban incentivos y recompensas por su buen trabajo ( permiso para ir a comer con la familia, darle dinero para que se comprará algo que necesitara o quisiera, permitirle organizar alguna actividad o taller que ella deseaba, etc).

María también inicio un **programa de actividades** en el centro (**Anexo 3**). Empezó a caminar media hora cada día, hasta a día de hoy que le motiva el asistir a las caminadas populares que organizan el centro, o el ayuntamiento del pueblo. Gracias a eso, junto con los talleres de baile y las salidas en bicicleta, María incorporó a su rutina diaria el ejercicio físico, que junto con la dieta no solo consiguió perder peso, sino que su diabetes mejoró notablemente, hasta el punto que a día de hoy no toma medicación para ella. Motivos por los cuales nos sentimos muy orgullosos de nuestro trabajo y de la motivación puesta por parte de María.

Por otro lado, el ejercicio también le ayudó a interaccionar con otros internos del centro. María hizo su grupo de amistades y se consiguió una notoria mejoría en el estado anímico, mostrándose cada vez más contenta, agusto y predispuesta a realizar actividades, salidas, talleres, etc. que a la vez también le ayudaron a mejorar la alteración del patrón del sueño que padecía.

El **insomnio** y **dificultad para dormir** mejoró notablemente, gracias a la rutina diaria de talleres, actividades, ejercicio, dieta equilibrada y medicación, María consiguió dormir sin problemas a largo plazo. Si es cierto que a corto plazo recurrimos a medicación para conciliar el sueño, sobre todo las primeras semanas de adaptación y cambio de rutina diaria de la paciente, pero poco a poco con ayuda y motivación, y sobretodo con la mejoría anímica de María conseguimos ir reduciendo la dosis de medicación hasta actualmente mantener la mínima necesaria.

El tema de los **permisos** condujo a varias situaciones de nerviosismo a María. Por un lado, a la hora de obtener permisos, durante el permiso y al volver de los permisos.

A los dos meses de ingreso obtuvo el primer permiso de día (sin pernoctar) para salir con sus hermanas. Posteriormente, dada su estabilidad clínica se pactó con el marido permisos quincenales, en los cuales María sufría ansiedad anticipatoria cada vez que se acercaba la fecha de permiso, y se negaba a tener permisos cada quince días, sino que los exigía semanales.

Durante los permisos también se produjeron situaciones delirantes para María a raíz de discusiones familiares, en las que reaparecía la sintomatología delirante; y cuando volvía de los permisos se mostraba con bajo tono anímico y expresaba tristeza y ganas de llorar, refiriendo estar agusto al centro pero deseando tener el alta para volver a estar con su familia. Fue un aspecto que desde psicología se trató y poco a poco María fue asumiendo.

La **sintomatología psicótica** se redujo notablemente gracias a la medicación y a su estabilidad y confort en el centro, pero seguía manteniendo celos respecto las enfermeras del hospital, una de la cuales la paciente refería que tenía una relación con su marido. Los delirios respecto a posibles infidelidades del marido continúan estando presentes. Además, refería desconfianza por parte de todos los hombres (incluido el psiquiatra) que relacionaba con haber sufrido abusos sexuales a los 10 años por parte de un familiar.

El segundo día de ingreso, enfermería se reunió con María para explicarle la **rutina diaria** del centro, que consistía en que cada día se había de levantar a las 8, ducharse, vestirse, peinarse, etc. para estar lista para ir a desayunar a las 8,30 al comedor. El déficit de **autocura** se recondujo sin problemas. Actualmente María se realiza la higiene de forma autónoma y diariamente sin precisar ayuda ni estímulos externos. Únicamente resta pendiente la visita de María al podólogo dada la imposibilidad de esta de realizarse la pedicura, además del mal estado de los pies, por lo que creímos conveniente que sea un profesional el que se ocupe de ello.

En cuanto a la **relación familiar**, desde un primer momento esta se interesó por el estado de María, lo cual nos sorprendió y nos alegró, puesto que el día del ingreso

que se realizó la entrevista con las hermanas, estas expresaron su imposibilidad de hacerse cargo de la paciente puesto que tenían cargas familiares.

Las hermanas acudían al centro asiduamente a verla, otros días se le daba permiso a María para realizar salidas con ellas, para ir a comer, comprar, etc. Su marido e hijo también acudían regularmente al centro a ver a la paciente, y ella recibía permisos para pasar días en el domicilio. Respecto a la relación con su hija, se comentó el estado de nula relación con la familia y si podía existir la posibilidad de contractar con ella y hacerla participe del tratamiento. No obtuvimos respuesta por parte de la hija, y la familia no quiso interponerse, por lo que la relación con la hija sigue siendo nula.

Poco a poco a medida que pasaban los meses, las hermanas se mostraban más negativas ante la posibilidad de hacerse cargo de María a su salida. Se mostraban disponibles en los permisos, pero se negaron a más responsabilidades. La actitud del marido cambió a medida que pasaron los meses, en los cuales se mostró reticente de cuidar de María ante su alta, prefiriendo e insistiendo en que esta ingresara en un centro una vez dada de alta.

Por lo que los permisos cada vez afectaban más negativamente a María, hasta iniciar de nuevo un episodio delirante y aumento de la clínica ansiosa y depresiva; por lo que los permisos se fueron reduciendo en frecuencia.

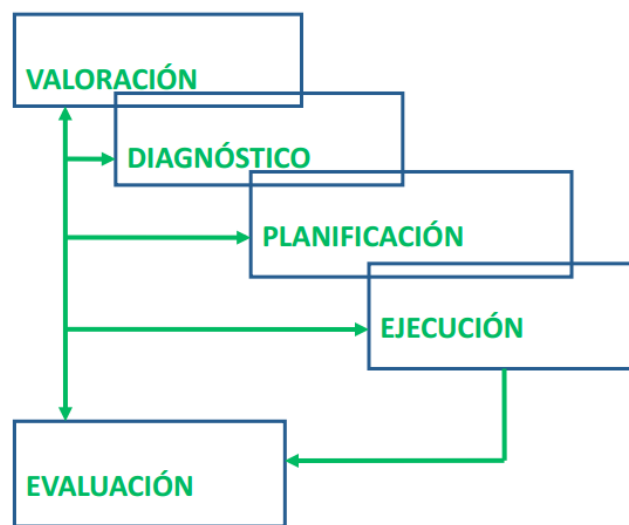
A día de hoy, María sigue ingresada en el centro, y no existe intención de darle el alta a corto plazo puesto que aun no se encuentra estabilizada.

Nos encontramos ante una familia con mala relación entre ellos, con presencia de importantes patologías mentales en muchos miembros de la familia, por lo que creemos que el alta de María del centro aun no es conveniente, puesto que cada vez que sale de permiso se desestabiliza.

Restamos a la espera de la estabilización clínica de María y al traslado de esta a un recurso del sistema sanitario adecuado para ella (Centro de Día).

## 9. DISCUSIÓN

El **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.



Fases del proceso enfermero (PAE)

Para enfermería, se considera el PAE como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la **aplicación del método científico a la práctica enfermera** (aplicar los conocimientos a la práctica profesional) (17).

La aplicación del método científico requiere de la **Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)**, definida por Alcolea y col. (18) como “*la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en la toma de decisiones*”. Se trata, por tanto, de elaborar y realizar cuidados enfermeros a partir de estudios que demuestren la efectividad y eficacia de estos, y no realizarlos por costumbre, rutina o comodidad del profesional.



**Fases de la EBE**

Para los profesionales enfermeros la EBE aporta muchos beneficios como (18):

- Constituye una estrategia para que la investigación apoye la práctica asistencial y se potencien mutuamente, apuntalando las mejores investigaciones la experiencia profesional de los clínicos.
- Puede facilitar una práctica enfermera efectiva y eficiente, al estar ésta basada en estudios rigurosos.
- Los profesionales sanitarios refuerzan la seguridad en los cuidados que prestan y se potencia su autonomía, mejorando de este modo la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.
- Apoya la formación continua de los profesionales y los estimula a aumentar el conocimiento en profundidad de la metodología de investigación para ser capaces de valorar desde un punto de vista crítico los estudios de investigación que encuentran.
- Contribuye a aumentar el cuerpo de conocimientos enfermeros al validar el método científico como la mejor herramienta para conocer la realidad, capaz de generar conocimiento válido y relevante para la práctica profesional.
- Permite una mayor satisfacción laboral, al favorecer el trabajo en equipo.
- Desde el punto de vista docente, puede ser recurso didáctico en todo el proceso de aprendizaje de los nuevos profesionales sanitarios.



Por otro lado, para los pacientes genera múltiples beneficios entre los cuales cabe destacar (18):

- Ofrece una respuesta individualizada a los pacientes al ser sensible a las preferencias, necesidades y a los valores de éstos, incrementando los beneficios para ellos, en tanto en cuanto deben ser informados sobre la evidencia que sustenta tales cuidados.
- Se trata de un comportamiento profesional ético que busca el bien del paciente y evita causarle cualquier mal, como puede ocurrir en aquellas actuaciones sanitarias que no cuentan con aval científico.
- Desde un punto de vista de la calidad, la incorporación sistemática de los cuidados basados en la evidencia en los diferentes ámbitos de trabajo en los que los profesionales enfermeros tengan que formarse, potenciará el desarrollo de competencias y habilidades necesarias para un cuidado excelente que disminuirá la variabilidad de la práctica clínica.

La **práctica enfermera basada en la evidencia** (PBE) es un proceso complejo por el cual las enfermeras/os toman decisiones clínicas en los cuidados a los pacientes incorporando la evidencia científica, su experiencia clínica, los valores y preferencias del paciente y los recursos disponibles. Es decir, utilizar la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes.

La investigación tiene por finalidad el desarrollo del conocimiento y la validación de lo ya existente; y como consecuencia, genera la **ciencia propia de cada disciplina** y permite validar su práctica profesional, ya que enfermería tiene como objetivo dar respuesta a la evolución de la sociedad y de la profesión y debe consagrar sus esfuerzos a mejorar los cuidados de las personas, familias, los grupos y la comunidad.

Aplicar este proceso implica poseer los suficientes conocimientos y habilidades para buscar, evaluar y utilizar la evidencia, además de abrazar una actitud positiva hacia esta práctica. Sin embargo, la revisión de la literatura enfermera apunta a que solamente un pequeño porcentaje de profesionales conducen su práctica dentro del marco de la evidencia.

Diversos autores han señalado que la falta de conocimientos y habilidades sobre la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) se ha constituido como uno de los principales obstáculos para su implementación; y a pesar de que la mayoría de estudios confirman que los profesionales de enfermería mantienen una actitud positiva referente al uso de la evidencia como herramienta para guiar su práctica, esa cualidad no queda reflejada sobre el terreno clínico diario (19).

La PBE es necesaria para proporcionar cuidados de salud de forma equitativa y efectiva para toda la población, determinados por las circunstancias de un clima económico restringido (19).

En resumen, la investigación tiene una función importante para ayudar a que los profesionales enfermeros establezcan fundamentos científicos en el ejercicio de su profesión. Paso a paso se va consiguiendo una visión de la profesión de enfermería más consolidada dentro del campo de las Ciencias de la Salud, **no sólo como profesión que ayuda, sino con un cuerpo de conocimientos que le hacen ser autónoma** y a la vez parte del equipo de salud que atiende las demandas que desde la sociedad se plantean.

La práctica clínica basada en la evidencia, y por tanto la Enfermería Basada en la Evidencia, debe **originar que nuestras decisiones se basen en la utilización crítica y consciente de los resultados de investigación más reciente**. Esto debe hacerse sin olvidar las preferencias y los valores de los pacientes, la experiencia personal y los recursos disponibles.

## 10. CONCLUSIONES

-El tratamiento de la esquizofrenia engloba la fármacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones sociales. Hoy en día, los sanitarios tenemos el objetivo no solo de estabilizar al enfermo, sino de ayudarlo a mejorar su calidad de vida, a huir de su desestructurada vida, a su inclusión social, defendiendo siempre autonomía y capacidad para llevar una vida normal.

-Un plan de cuidados de enfermería ha de estar bien elaborado y trabajado de manera interdisciplinar con otros profesionales, ha de ser individualizado para cada paciente y a su contexto familiar y debe incluir la rehabilitación y la integración del enfermo en la sociedad.

-Enfermería no es solo una profesión que presta cuidados, sino que mediante la PBE, enfermería se convierte en un cuerpo de conocimientos que le hacen ser autónoma y a la vez parte del equipo de salud.

Gracias a este trabajo he podido adquirir nuevos conocimientos sobre la esquizofrenia; sobretodo he aprendido después de las prácticas y de realizar el trabajo, a conocer e identificar los efectos adversos de la medicación psiquiátrica, un aspecto importante y que es competencia de enfermería la valoración del mismo.

Perdí varias semanas para pedir permisos y para la elección del caso, pero una vez realizado y terminado me siento orgullosa de haberlo elegido. Me ha servido para aprender la importancia del tratamiento bio –psico-social que debe darse al paciente.

Por otra parte, también como antes ya se ha nombrado, enfermería no solo somos cuidadoras, sino que estamos luchando para poder tomar decisiones propias y poder actuar de forma autónoma, gracias a EBE el concepto de enfermera está cambiando, aunque aún queda un largo camino para luchar.

***“Enfermería Basada en la Evidencia”. Hacia la excelencia de los cuidados.***

**Mayte Moreno**

*...no se trata que aislar al enfermo e institucionalizarlo, sino de fomentar su autonomía y evitar su exclusión social, porque el 97% de la sociedad española no sabe y no quiere convivir con un esquizofrénico, pero el 3% de esquizofrénicos **SÍ** sabe convivir con el 97% de la sociedad.*

*Esquizofrenia: otra manera de pensar.*

*Por ellos.*

**Laia Vila Bonet**

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Saud Ment.* 2014; 37(1):1–120.
2. Plan de acción sobre salud mental (2013-2020). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2016.
3. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García González M. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36 (5):251–64.
4. INE. Anuario Estadístico de España 2011 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2011 [cited 2015 Dec 4]. p. 1–38. Available from: [http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario11/anu11\\_05salud.pdf](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario11/anu11_05salud.pdf)
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnología y Recerca Medicas; 2009.
6. World Psychiatric Association [Internet]. [cited 2015 Nov 21]. Available from: <http://www.wpanet.org/>
7. Díaz Marsá M. Afrontando la Esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares. Madrid; 2013.
8. Herdman, T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier; 2009.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
11. Miguélez Silva, MA. ¿Altera el pronóstico la presencia de depresión en nuestros pacientes esquizofrénicos? *Rev Asoc Gall Psqu.* 2013; 12:68-79.

12. Aranda Reneo I, Bascarán Fernández M, Bobes García J, Crespí Ginard G, Díaz Mesa E, Franco Martín M, et al. Impacto social de la esquizofrenia. Barcelona: Editorial Glosa; 2013. p. 1–136.
13. Matthias C, Arboleda Flórez J, Baumann A, Bernert S, Gaebel W, Hocking B. The wpa global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia Schizophrenia - Open the Doors Training Manual. USA: The World Psychiatric Association; 2005. p. 1–123.
14. Bermeo Méndez J, Ocaña Servín H, Vázquez Alvarez N, Tlatoa Ramírez H. Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la literatura. Med e Investig. 2015; 3 (1):11–6.
15. Medina Rodríguez A, Mendoza Jiménez R, Hernández Santana C, Acosta Artiles F. Plan de cuidados de enfermería a una paciente con esquizofrenia y baja autoestima crónica. Enfermería Docente. 2014; 102(3):35–41.
16. Ansodi Arrita M, Guerrero Gallo A, Siurana López S. Una intervención desde el Trabajo Social mediante la Terapia Asistida con perros en personas con esquizofrenia en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. 2015;(35):31–61.
17. Martínez Díaz JD, Jiménez Rodríguez D, Muñoz Ronda FJ, Aguilera Manrique G, López Valverde MA, Rodríguez Salvador MM. Competencia de las enfermeras de cuidados críticos para integrar y aplicar la práctica basada en la evidencia. Metas Enferm abr 2014; 17(3): 20-26.
18. Alcolea Cosín M, Qter Quintana C, Martín García A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investig. 2011;(52):1–7.
19. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006; (2):CD000259

# ANEXOS

**ANEXO 1: VALORACIÓN de enfermería para adultos por patrones funcionales de salud (Marjory Gordon).**

**1.- PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD**

¿Cómo ha sido su salud en general? Buena Regular Mala

¿Ha tenido problemas de salud en el último año? Si, está deprimida, obesidad i falta de actividad.

¿Tuvo algún catarro el año pasado? Sí

Si procede: ¿faltó al trabajo o a la escuela? No trabaja

¿Realiza autoexámenes mamarios? No

¿Fuma cigarrillos? No

¿Toma drogas? No

¿Tuvo alguna vez problemas con la bebida? No

¿Cuándo bebió por última vez? Por navidad, que recuerde.

**Medicación:** Si.

-Metformina (ADO)

-Sinogan, Lorazepam, stilnox, frosinor, termalgin, irenor, acfol, abilify, invega, dakartin, sumial.

¿Realiza visitas médicas de revisión (ginecólogo, urólogo, oftalmólogo,...)? No, hace mas de 20 años que no va al ginecólogo.

¿Tiene interés por cuidar su salud (cumplir los tratamiento médicos, medidas preventivas, recomendaciones de los profesionales,...)? Dice que sí.

**Problemas a destacar:** HTA, DM2 y osteopatías.

NO CONSCIENCIA ENFERMEDAD.

**2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO**

¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos? Refiere llevar una dieta normal (come de todo). Come 4 veces al día (desayuno, comida, merienda y cena), y siempre tiene hambre. Afirmo comer alimentos "basura" en exceso (alimentos ricos en grasa y azúcar).

**Alergias:** no conocidas.

¿Suplementos? No

¿Cuál es la ingesta típica diaria de líquidos? Toma 3-4 vasos de agua al día (bebe muy poco) y café (2 por semana).

¿Ha habido pérdida/ganancia de peso? Si, ha aumentado de peso (actualmente tiene un IMC de obesidad mórbida).

**Piel y mucosas:** mucosas: no hay alteración.

**Peso:** 94 kg

**Talla:** 162 cm



IMC: 35,82

Perímetro abdominal: 121 cm

### 3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

**Patrón de eliminación intestinal. Frecuencia, características, molestias.**

La paciente refiere incontinencia urinaria y que utiliza como recursos compresas o pañales para ello.

**Patrón de eliminación urinaria (describir). Frecuencia.** Cada dos días.

**¿Problemas de control?** No

**Drenajes.** No

**Sondas.**No

### 4.- PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

**Patrón de ejercicio. Tipo. Regularidad:** Muy poca, solo camina. Refiere no tener energía para las AVD ya que está deprimida y cansada.

**TA:** 117 / 88 mmHg

**FC:** 115 ppm

**FR:** 12 rpm

### Hábitos higiénicos

**-Frecuencia de baño / ducha:** hace mucho tiempo que no se ducha. Se aprecia higiene muy deficiente.

**-Cambio de ropa interior:** una vez a la semana o cada más tiempo.

**-Lavado de manos (antes de comer, después de ir al baño, etc.):** no lo realiza.

**-Higiene bucal:** no realiza. Le faltan dientes, por lo que nos refiere dificultad para masticar.

**-Aspecto:** muy descuidado. No autocura.

**-¿Presenta alguna dificultad para alimentar-se, vestir-se, bañarse, etc.?.**

No para comer pero si para vestir-se y bañarse.

### 5.- PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

**Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir?** No. Refiere estar cansada y deprimida.

**¿Tiene problemas para conciliar el sueño?** Sí

**¿Ayudas?** Sí. Toma hipnóticos.

**¿Sueños (pesadillas)?** No

¿Despertar temprano? Sí

¿Períodos de descanso-relax? No

## 6.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

¿Tiene dificultad para oír? No

¿Ayudas? No

Visión. ¿Lleva gafas? No

¿Cuándo se hizo la última revisión? No lo recuerda.

¿Le resulta fácil/difícil tomar decisiones? No

¿Algún malestar? No

¿Dolor? Sí

¿Cómo lo trata? Con analgesia.

**Nivel de conciencia:** Consciente y orientada.

Se aprecia bajo tono anímico y enlentecimiento motor. Sumisa.

## 7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

La mayor parte del tiempo, ¿se siente a gusto (o no tan a gusto) consigo mismo? No se siente agusto con su imagen.

¿Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente? Sí

¿Le producen ansiedad? No

¿Se siente deprimido? Si

¿Cuándo se siente ansioso, estresado como lo controla (recursos)? Come

¿Tiene algún problema o dificultad para expresar sus ideas, pensamientos o sentimientos? No

¿Tiene problemas o dificultades para concentrarse o memorizar? No

**Anotar si presenta ideación delirante:** Si, presenta ideación delirante de tipo persecutorio y celotipia.

Refiere haber sufrido abusos sexuales de pequeña (10 años) por parte de un familiar (cuñado), y que desde entonces no confía en ningún hombre.

Se muestra muy desconfiada de su marido, del cual refiere que le es infiel con alguna enfermera del HSM.

**Anotar si presenta alteración del curso del pensamiento:** Si, refiere que el papel que firmo al entrar el centro (ingreso voluntario) se cree que era el divorcio, y se siente confundida.

## 8.- PATRÓN ROL-RELACIONES

¿Vive sólo? No

¿En familia? Sí

¿Cómo es su relación con su familia? Dice que buena.

**Estructura familiar:** la paciente tiene 9 hermanos, está casada y tiene 2 hijos (un chico y una chica). La paciente creció en una familia numerosa, con un padre que ejercía el rol laboral i una madre que realizaba rol doméstico. La paciente de joven era presumida, con buen aspecto físico, y al quedarse embarazada tuvo que casarse y sufrió una depresión, de la cual no se recuperó por no haber recibid el soporte necesario.

El marido proviene de una familia problemática, con muchas carencias económicas y afectivas. Las hermanas lo describen como una persona con dificultades intelectuales, buena persona pero un poco manipulador para conseguir dinero.

La casa donde vive la paciente con su marido no tiene las condiciones básicas cubiertas. Refieren que todo está sucio, que no tienen agua, ni sábanas, etc.

La hija está independizada como peluquera fuera del hogar, puesto que sus padres no la cuidaron correctamente i su abuelo se hizo cargo de ella. No existe vínculo afectivo con la hija.

Tanto el marido como el hijo están en ttm psiquiátrico pendientes de ingreso en un centro. Las hermanas no pueden hacerse cargo de la paciente por tener cargas familiares, pero que sí pueden colaborar en los permisos. Las dos están en ttm psiquiátrico por ansiedad y depresión.

Si procede: ¿Tiene problemas con sus hijos? No

¿Dificultad para tratar con ellos? No

¿Tiene amigos cercanos? Sí, de la familia y del pueblo, en los que encuentra soporte.

¿Se siente sólo (con frecuencia)? No

**Situación laboral:** pensionista.

## 9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

No procede.

## 10.- PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/dos últimos años? No

¿Alguna crisis? No

¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo? No

¿Utiliza alguna medicina, droga o alcohol? No

## 11.- PATRÓN VALORES-CREENCIAS

¿Practica alguna religión? no

¿Tiene planes de futuro importantes? Sí. Cambio de domicilio.

¿La religión es importante en la vida? No

## 12.- OTROS

### Valoración psiquiátrica

En la entrevista al ingreso la paciente se muestra vigil, alerta, consciente y orientada en 3 esferas, abordable y colaboradora. Discurso espontáneo, contacto sintónico, presencia de enlentecimiento psicomotor, discurso coherente, dificultad para expresar emociones, refiere estar tranquila, no se aprecia clínica ansiosa, no irritabilidad, no tensión contenida. A nivel psicótico verbaliza ideas de perjuicio en HSM, niega insomnio, no alteraciones ingesta, reconoce que en el domicilio se mal alimenta con ingesta de comida calórica. A nivel afectivo se muestra aplanada y empobrecida, poca resonancia afectiva, reconoce abandono y dejadez durante los últimos meses. No auto ni heteroagresividad.

**Anexo 2:** Plan de medicación de la paciente.

FÁRMACO	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	PRECAUCIONES
<b>SINOGAN</b>	Levomepromazina	Fármaco antipsicótico de primera generación, que pertenece al grupo de medicamentos denominados fenotiazinas dotado de propiedades sedantes, reductor de la ansiedad, con gran capacidad para combatir el dolor e importante poder inductor del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipotensión.</li> <li>-Amenorrea, galactorrea, ginecomastia.</li> <li>-Aumento de peso.</li> <li>-Hiperglucemia.</li> <li>-Somnolencia.</li> <li>-Sequedad de boca.</li> <li>-Discinesia precoz.</li> <li>-Síndrome extrapiramidal.</li> <li>-Impotencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Al inicio del ttm, el paciente deberá estar tendida durante una hora siguiente a cada toma (Hipo. ortostática).</li> <li>-En ttm prolongados se recomienda vigilancia de la PIO y hematológico (A/S).</li> <li>- La combinación con alcohol potencia la sedación.</li> </ul>
<b>ABILIFY</b>	Aripripazol	Antipsicótico de segunda generación. Indicado en ttm esquizofrenia. Agonista parcial receptores D2 de dopamina y serotonina y antagonista de receptores de serotonina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Insomnio.</li> <li>-Cefalea.</li> <li>-Sedación.</li> <li>-Síndrome extrapiramidal.</li> <li>-Diplopía.</li> <li>-Estreñimiento.</li> <li>-Hipersecreción salivar.</li> <li>-Hipo. Ortostática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiene bajo riesgo de efectos adversos y extrapiramidales, sin aumento de peso, no presenta efectos psicosexuales, ni altera los metabolismos del colesterol, triglicéridos o la glucosa.</li> </ul>

<b>INVEGA</b>	Paliperidona	Antipsicótico de segunda generación. Ttm esquizofrenia y los síntomas psicóticos y maníacos del trastorno psicoafectivo.	-Síndrome Neuroléptico Maligno ( SNM): -Hipertermia -Rigidez muscular -Inestabilidad autónoma -Alteración de la conciencia -Aumento de la creatina fosfocinasa sérica. Además de EA como: -Discinesia -Hiperglucemia -Hipo. Ortostática. -ITU -Aumento de peso. -Etc	-Adm. 6 mg por vo por la mañana. Cuando este indicado un aumento de a dosis, se recomiendan aumentos de 3 mg/día y en intervalos de 5 días hasta un máximo de 12 mg/ día.
<b>LORAZEPAM</b>	Benzodiacepina	Ansiolítico que posee actividad hipnótica, anticonvulsionante, sedante, relajante muscular y amnésica.	-Dependencia. -Sedación. -Somnolencia.	-La retirada brusca provoca síndrome de abstinencia. - La combinación con alcohol potencia la sedación. -ANTÍDOTO: flumazenillo.
<b>STILNOX</b>	Zolpidem	Hipnótico indicado en el ttm del insomnio en casos en que este está debilitando o causando ansiedad grave al paciente.	Las mismas que los hipnóticos.	-Actúa rápidamente, por lo que debe tomarse inmediatamente antes de acostarse. -Uso máximo de 4 semanas.  -Dependencia.

<b>FROSINOR</b>	Paroxetina	Antidepresivo: Inhibidor selectivo de la receptación de serotonina (IRSS).	-Náuseas, vómitos. -Aumento colesterol. -Pesadillas. -Cefalea. -Diplopía.	-Precaución con la combinación con TEC.
<b>IRENOR</b>	Reboxetina	Antidepresivo.	-Dificultad para dormir. -Boca seca. -Estreñimiento. -Sudoración.	
<b>SUMIAL</b>	Propranolol	Betabloqueante. Indicado para el ttm de la HTA, angina de pecho, protección del corazón tras un infarto ,etc.	-Frio en manos y pies. -FC lenta. -Entumecimiento y espasmo en los dedos, seguido de calor y dolor (Fenómeno de Raynaud). -Pesadillas -Cansancio/ fatiga.	-Contiene lactosa.
<b>TERMALGIN</b>	Paracetamol	Analgésico. Antipirético. Indicado a partir de los 12 años para el dolor ocasional leve o moderado y en estados febriles.	-Hepatotóxico si abuso, dosis altas o combinación con alcohol.	-Antídoto por toxicidad: n- acetilcisteína.
<b>ACFOL</b>	Ácido fólico	Antianémico.	-Diarrea	-Tomar antes de las comidas.

### Anexo 3: Horario semanal de actividades y talleres en el centro.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8.30	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
9,30 -10-30	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar
10,30-11,30	Taller Cocina	Taller Reciclaje	Taller Eco Huerto	Prelaboral	Taller Autogestión		
11,30-12,30	Ordenar habitación	Colada	Preparar Mesa comida	Ordenar habitación	TAA		
13,30-16h	Comida + bar	Comida + bar	Comida +bar	Comida + bar	Comida + bar	Comida +bar	Comida +bar
16h-17h	Taller de peluquería y estética	Terapia grupal	Taller de baile	Terapia grupal	Taller de pintura		
17h -18h	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar	Caminar
18h-19h	Libre	Musicoter apia	Libre	Musicoterap ia	Libre		
20,30h	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena

-Cada día de la semana (excepto viernes), de 11,30 a 12,30 se libra una hora para realizar tareas domésticas y/o para el pase de visita y/o entrevista de los profesionales sanitarios a la paciente (evolución, TCC por ejemplo).

-Los fines de semana no se realizan actividades ni talleres en el centro. Las horas se destinan a visitas de familiares al centro y/o salidas del paciente al exterior con su familia.



-Este horario es el que se realizó a la paciente a su ingreso, por lo que durante su estancia en el centro fue variando y cambiando de talleres y actividades según intereses y necesidades de la paciente.

-El bar se encuentra en un edificio anexo al centro asistencial, por lo que todos los pacientes que tengan permiso para ir deben hacerlo acompañados de un monitor/cuidador que los supervise. Durante la primera semana de ingreso, el paciente no puede salir de la unidad, ni ir al bar, ni recibir visitas, etc, hasta que pase su semana de adaptación con buena tolerancia.

-El dinero que los pacientes gastan les es entregado por la trabajadora social, la cual guarda el dinero de cada paciente y se le administra como una “paga” semanal.

