



Universidad Zaragoza



EL PROCESO ENFERMERO EN LA ESQUIZOFRENIA

Trabajo Fin de Grado.

Curso de Adaptación al Grado. Año 2012-13

M^a Carmen Asensio Manero.

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	8
DESARROLLO.....	10
CASO CLÍNICO.....	10
➤ valoración.....	13
➤ diagnósticos.....	14
➤ planificación.....	14
➤ ejecución.....	17
➤ evaluación.....	24
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30

RESUMEN

La Esquizofrenia

La esquizofrenia, en la actualidad, es uno de los mayores retos terapéuticos para los clínicos de Salud Mental. Se le reconoce como un trastorno mental con base en el neurodesarrollo, de etiología desconocida y presentación divergente. En su origen multifactorial están involucrados factores genéticos y ambientales que constituyen los elementos de vulnerabilidad propios de la enfermedad. Se encuadra en el grupo genérico de las psicosis, de inicio en edades tempranas a la vida, que afecta al sistema cognitivo, al patrón comportamental y a la esfera afectiva de las personas, repercutiendo en su entorno laboral.

Según la OMS, afecta al 1% de la población y se encuentra entre las 10 enfermedades más discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. Se considera que la evolución natural de la enfermedad es la cronicidad con exacerbaciones psicóticas periódicas, denominadas recaídas.

La principal causa de recaída de la enfermedad, es la falta de adherencia a la medicación. El control inadecuado de la enfermedad, se basa en el cumplimiento del tratamiento, problema de primer orden y de enorme gravedad en el abordaje de la esquizofrenia.

La esquizofrenia junto con el VIH y el cáncer, son las patologías en las que más recursos se emplean en investigación en todo el mundo. Así se sabe que la causa de la esquizofrenia es universal, y que la esquizofrenia con síntomas "positivos" es más frecuente en los países desarrollados y la que predominan los síntomas "negativos" se da más en países en vías de desarrollo o no desarrollados, lo que sugiere dos grandes síndromes probablemente de causas distintas. También hay una fuerte relación entre la esquizofrenia y la emigración, así mismo se encuentran distintos porcentajes de pacientes en diversas regiones de un mismo país, como si las personas "vulnerables" por su tendencia al aislamiento estuviesen agrupadas demográficamente.¹

En el contexto de la Salud Mental, la adherencia al tratamiento es un conjunto de conductas que pone en práctica el paciente para conseguir llevar a cabo el tratamiento acordado con su terapeuta. Es por tanto, un constructo multidimensional que incluye la realización de una serie de conductas complejas por parte del paciente, toma de medicación, citas en la consulta, tratamiento psicológico, psicoterapeuta, hábitos saludables, abstención de tóxicos, etc. aunando el apoyo de los cuidadores formales con el apoyo sociofamiliar².

Como toda conducta está sujeta a las leyes de aprendizaje humano, tanto para su adquisición como para su mantenimiento. Una vez aprendidas, estas conductas, se desarrollan procedimientos terapéuticos para que el paciente las incorpore a su conducta cotidiana.

Enfermería, con su presencia en los equipos de salud, debe dotarse de metodología en su intervención. Ésta debe regir nuestro trabajo diario, conformar nuestra oferta a los pacientes y sus familias y ser la base desde la que nos relacionemos con los demás profesionales de los equipos. Dicha intervención incluye (Colomer, 2003):

- * Un sistema de valoración de las necesidades de cuidados
- * Una nomenclatura de enfermería y la clasificación (NANDA)
- * Unos planes de cuidados que den respuesta a las necesidades más frecuentes de los pacientes y familias
- * Criterios de resultados de estos planes.
- * Informe de enfermería al alta, derivación y/o comunicación para transmitir lo más relevante sobre lo trabajado y lo que queda por abordar.

La enfermera, basándose en acuerdos con el paciente y la familia, sobre los objetivos a cumplir y explicando cómo se llevarán a cabo, hace que el paciente se sienta partícipe y protagonista de su propia historia de curación. Ha de cuidar la relación terapéutica como "alianza" con una meta común, pero con funciones y tareas diferenciadas (Beck, 2009).

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, como diagnóstico de enfermedad mental, apenas tiene un siglo de existencia, pero ha existido a lo largo de la historia de la humanidad. En otras épocas, a los que la padecían se les llamaba lunáticos, locos, enajenados y hasta poseídos ya que se les creía endemoniados y sufrían castigo divino por sus propios pecados o los de sus padres. Esa creencia les convirtió en seres marginados que sufrieron el desprecio, la incompreensión y hasta torturas para sacarles el demonio de su interior. El primer psiquiátrico Europeo, se fundó en España, en 1409 por el P. Jofré, el "Hospital de inocentes, locos y orates" con la idea de evitar el apedreamiento de estos pacientes por las calles¹.

En 1911, aparece el término esquizofrenia, a cargo del psiquiatra suizo Eugene Bleuler, que aplicó las ideas de Freud al concepto kraepeliniano de *dementia praecox* y lo propuso para designar el conjunto de pacientes que hasta ese momento venían siendo diagnosticados de "demencia precoz".

En los años 70 aparecen en la literatura psiquiátrica los términos positivo y negativo para referirse a los síntomas, siendo los positivos los que expresan una actividad mental del paciente distinta de la que manifiesta una persona sana, por ejemplo alucinaciones, y los negativos indicarían la ausencia de una actividad que cabe esperar en la persona sana, por ejemplo catatonía y anhedonia³.

Se observa que el paciente esquizofrénico sufre trastornos en diversas áreas: desde afectivos en general deficitarios y trastornos del pensamiento (lenguaje extraño), hasta trastornos de la conducta regidos por causas difíciles de precisar, que dan lugar a conductas estafalarias, "ausencia" de conducta o relaciones interpersonales deterioradas.

La mente esquizofrénica se rige por leyes nuevas, diferentes al resto de las personas o de otro enfermo mental, nos resulta "incomprensible" para el espectador. Se siente incapaz de imaginar de donde le vienen al paciente sus ideas extrañas y su conducta. Su cuadro clínico está dominado por la absurdidad. Y esa "extrañeza" que siente el espectador, también la padece el enfermo. Los síntomas esquizofrénicos tienen un sello indefinible de extrañeza. No comprende ni lo que le pasa a él, ni lo que ocurre a su

alrededor, y se establece una ruptura de contacto con la realidad. Por lo que se refugia más y más en su mundo interior aislándose del ambiente que le rodea y no comprende⁴.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta a importantes funciones mentales como el pensamiento, la percepción, las emociones o la conducta. El DSM-IV informa de una incidencia del 1 por 100 habitantes de la población, con independencia del sexo, raza o zona geográfica donde se viva, y su prevalencia se estima en el 0,5 al 1%, más elevada que las tasas de incidencia, dato lógico dada la cronicidad de la enfermedad⁵.

Se inicia entre los 15 y los 30 años en los hombres y entre los 25 y 35 años en las mujeres. En estudios de Goldstein (1992) hablan de incidencia más alta entre los hombres que entre las mujeres, estudio que coincide con el de Izcono et al. (1992) en que la incidencia era de dos a tres veces mayor entre los hombres que entre las mujeres⁶.

El eje fundamental de la enfermedad es el tratamiento: la toma de la medicación. La medicación ha de prolongarse mucho tiempo, muchos años. La principal amenaza para la buena evolución de la enfermedad es la falta del cumplimiento del tratamiento farmacológico. Como dificultades se aúnan la escasa o nula conciencia de enfermedad y los efectos adversos de los antipsicóticos, todo unido propicia el abandono que influye muy negativamente en el bienestar presente y futuro del paciente, variando el pronóstico de la enfermedad.

Hoy día existe la necesidad de definir diversas dimensiones de la esquizofrenia que dan lugar a la amplia variedad de formas clínicas, pero es necesario pensar en modelos algo más complejos ya que muchos síntomas escapan a la bipolaridad positivo-negativo. Se trabaja sobre modelos tri o tetradimensionales, que junto a los síntomas positivos y negativos, consideran otros como "desorganización" de la actividad psíquica, déficit de relaciones interpersonales o incapacidad de introspección /insight.

La asistencia a los enfermos esquizofrénicos, tradicionalmente custodial-manicomial, ha sido objeto de una gran transformación a lo largo del siglo XX, gracias a los nuevos conocimientos clínicos y nuevos instrumentos terapéuticos: tratamientos psicosociales, rehabilitación y nuevos fármacos antipsicóticos. A través de diversos procesos de desinstitucionalización, el

nuevo contexto de este tipo de enfermos es el de una red de servicios suficientemente diversificados e integrados en un conjunto de dispositivos sanitarios y sociales, que proporcionan tratamientos integrales, garantizando la continuidad de cuidados.

La esquizofrenia es un grave problema sanitario, ya que ha sido y es la patología con mayor peso específico en el diseño de políticas sanitarias en el ámbito de la salud mental, y que se enfrenta al problema de su indefinición y desde el mundo científico, las múltiples respuestas no han dado con su curación.

Asumir la esquizofrenia es aceptar un reto ante lo impredecible y lo misterioso, es encajar una enfermedad de la que no se sabe todo y que altera tanto la conducta de toda la familia que hace que esta se agote y se rinda. Los esquizofrénicos, mezclados entre los vagabundos y los delincuentes, así como entre genios y seres arrinconados por la vergüenza doméstica, han comenzado a salir de su estigmatización sólo hace unas décadas, cuando los servicios de Salud Pública han comenzado sus programas para paliar su desarraigo y los han integrado en programas de atención multidisciplinar. Llegar a convivir con este trastorno exige un conocimiento preciso y unas actitudes entrenadas.

En los últimos años se asiste a los grandes avances en la investigación neurobiológica de las enfermedades mentales, así como a la aparición de múltiples psicofármacos que indudablemente cambiarán su pronóstico. Aparecen las clasificaciones de las enfermedades mentales, que se consideran como tales, si aparecen incluidas en las clasificaciones internacionales:

- CIE-10 Clasificación Internacional, patrocinada por la OMS, en lo que se refiere a trastornos mentales y de comportamiento.
- DSM-IV, respaldado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Han contribuido a hacer más operativa la psiquiatría y que pueda interaccionar con el resto de las especialidades en medicina al igual que con la sociedad⁵.

La salud mental no es un problema individual sino que se enmarca en el contexto psicosocial, que influyen a la hora de la demanda de ayuda por parte de la persona mentalmente enferma, quién por la propia enfermedad niega a existencia de problema alguno, y la demanda viene de allegados y

familiares. Las creencias erróneas, pero arraigadas en nuestra sociedad de que acudir al psiquiatra o recibir tratamiento de éste, significa “estar loco”, producen fenómenos de sesgos o actitudes discriminativas, por lo que es de verdadera importancia que se produzca un cambio de actitudes y perjuicios sociales frente al trastorno mental⁷.

La enfermería en salud mental, sobre todo, debe destacar y hacer conciencia social para que la mayor parte del tiempo y la mayor parte de pacientes, lleguen a tener una vida normalizada contando con tratamientos adecuados, apoyo familiar y social.

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el proceso. Los cuidados de enfermería mejoran la autonomía personal, su inserción social y la calidad de vida de si mismos, su familia y su grupo social. Con este conocimiento y al delimitar los cuidados de enfermería en el plan de cuidados de la esquizofrenia, convertimos a éste, en una tarea autónoma e indelegable.

OBJETIVOS

- 1- Diseñar un plan de cuidados específico de la esquizofrenia.
- 2- Operativizar la implantación del plan de cuidados, individualizado en un paciente.
- 3- Evaluar si conseguimos, mediante el proceso de cuidados de enfermería y de la aplicación del plan de cuidados, el mejor control de la enfermedad y de sus síntomas tanto psíquicos como físicos.

METODOLOGÍA.

Lo que conocemos como PE (Proceso de Enfermería) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera.

En 1973, la ANA (American Nursing Association) publicó los criterios de la práctica de enfermería, en los que se describe el modelo en cinco pasos⁴:

- 1- Valoración: recogida y organización de todos los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las

decisiones y actuaciones posteriores. Los datos se recogen de todas las fuentes posibles. Como modelo de valoración, elegimos el Modelo enfermero de V. Henderson, basado en las 14 necesidades básicas, entendiendo por necesidad un "requisito indispensable para mantener la salud". Se enmarca en la tendencia de suplencia o ayuda. Henderson adoptó el modelo humanista de Maslow y de su teoría del comienzo de la enfermedad allí donde el hombre no conseguía satisfacer sus necesidades básicas⁷.

- 2- Diagnóstico: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, que llevan a alcanzar unos resultados de los que es responsable la enfermera. Se formulan con la Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociación).
- 3- Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Se elaboran los cuidados mediante la planificación de los objetivos y las intervenciones de enfermería. En 1987 se introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification), y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification). La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades, y la NOC (Johnson y Maas, 2000) es: "estado del cliente después de una intervención de enfermería".
- 4- Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Incluye al paciente y a la familia. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
- 5- Evaluación: Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan y la intervención enfermera. La evaluación es continua, se puede ver como evoluciona el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención sea efectiva.

El Plan de Cuidados refiere toda la secuencia de un proceso de intervención de enfermería sin ahondar en matices ni detalles concretos de la relación terapéutica que se establece, ni de los contenidos específicos educativos o de soporte, ya que todo ello viene muy condicionado por las características propias de cada paciente, el microambiente de convivencia y los recursos de apoyo concreto familiares y comunitarios.

Se efectúa una búsqueda bibliográfica sobre esquizofrenia, y planes de cuidados enfermeros, en español e inglés, en las bases de datos de:

- Cuiden Plus
- Dialnet
- PubMed
- Cochrane
- TripDatabase
- Guiasalud

Revisadas estas últimas mediante el instrumento AGREE, así como en revistas médicas y de enfermería.

Términos buscados: esquizofrenia, síntomas positivos, plan cuidados enfermero, enfermería psiquiátrica. (Schizophrenia, positive symptoms, nursing care plan, psychiatric nursing) Asociados con los booleanos "AND/OR".

DESARROLLO

Caso Clínico

Antecedentes personales

Paciente hombre, de 29 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no DM, no HA, no IQ previas.

Diagnóstico previo: Esquizofrenia Paranoide de inicio juvenil asociada a tóxicos (hachís y alcohol). Clasificación según la CIE-10: 20.0

Otros datos de interés: Primer ingreso psiquiátrico a los 18 años. Grave problemática familiar, con agresiones a la familia y conflictos penales, que

le impiden convivir con abuela y madre. Desde hace 1 año vive en el albergue Municipal, duerme en la calle. Vida marginal, desorganizada con crisis agresivas hacia la familia y grave desconexión del entorno, debido a su delirio Paranoide. Su abuela es la cuidadora principal para aspectos básicos de alimentación, cuidados y le proporciona un dinero mínimo para subsistir.

Enfermedad actual: acude al Centro de Salud Mental de referencia. Ha sido dado de alta de la UCE hace dos semanas, donde ha estado ingresado 8 días por descompensación de su esquizofrenia. Se muestra verborreico, discurso disgregado, paranoico, con componentes de megalomanía de delirio de identidad, místico- político, que le llevan a la exaltación hipertímica secundaria a ideas de culpa delirantes, dice haber cometido diversos crímenes de personalidades muy importantes y que le persiguen por ello. No duerme por la noche y dormita a ratos por el día.

Ha estado tres veces ingresado en la UCE de referencia. Desde el día del alta de la UCE, no ha tomado la medicación y han comenzado a reagudizarse sus síntomas psicóticos. Presenta un aspecto sucio y descuidado, ha perdido algo de peso. Desde allí lo remiten a su centro de salud de referencia para la revisión de la consulta médica y a la consulta de enfermería de salud mental.

Diagnóstico actual: descompensación psicótica por abandono de la medicación y consumo de tóxicos.

Exploración física: T. A. 130/70 mmHg., FC 84 ppm'; Tª 36,6°C. Peso: 55 Kg. Talla: 1,78 m. IMC 17. Bioquímica de sangre y orina dentro de los límites normales, salvo la determinación de tóxicos en orina: THC : +. Serologías VIH, VHB y BCV, LUES, negativas.

Tratamiento al alta tras su ingreso en la UCE:

Olanzapina 10 mg. 1 cp- desayuno, comida y cena

Diazepam 10 mg. 1cp-desayuno, comida y cena

Zuclopenthixol (Clopixol) 25 mg. 1cp-desayuno, comida y cena

Oxcarbazepina (Trileptal) 600 mg. 1cp- desayuno y 1cp- cena

Zuclopenthixol Depot (Clopixol Depot) 1 ampolla IM cada 14 días. La última se la pusieron en el hospital, al alta, en la UCE. Han pasado dos semanas y no se ha puesto la correspondiente al ciclo de los 14 días, según el informe médico de alta.

Primer día en la Consulta de Enfermería Salud Mental:

Acude el paciente, acompañado de su abuela que lo nota, otra vez, raro, desorganizado, no quiere tomar la medicación y si le insisten se pone agresivo física y verbalmente.

Él dice no pasarle nada, sólo que lleva varios días sin dormir y "por ahí" con amigos. Dice no necesitar pastillas ni inyecciones. Lenguaje escaso, vago, susceptibilidad a las preguntas, inseguridad y desconfianza en las relaciones interpersonales.

No come adecuadamente porque piensa que le meten "algo" en la comida, sospecha que le quieren envenenar. Se considera muy importante y también que está "relacionado" con personalidades muy importantes, que creen le envidian y quieren "acabar con él". Ideas autorreferenciales y de carácter sobrevaloradas.

Las voces, que vuelve a oír "dentro de su cabeza", le dicen que lo envenenan, y que existe un complot contra él.

Esto le lleva a vagar por las calles, huyendo y tomando sustancias, tóxicas, en un intento para acabar con sus "voces". Contacto frío, reticente y desconfiado. Aspecto desaliñado.

Procedemos a hacer una valoración de sus necesidades, diagnosticar sus problemas y efectuar *un plan de cuidados personalizado*, donde desarrollaremos las estrategias para implementar las actividades de enfermería. Le citamos dentro de 7 días.

1-VALORACION según las necesidades de V. Henderson⁴

NECESIDADES	CARACTERÍSTICAS DE NORMALIDAD	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS/ FACTORES RELACIONADOS	FACTORES DE RIESGO
RESPIRACIÓN	Ritmo y frecuencia respiratorios normales.		Reducción del nivel de conciencia.
NUTRICIÓN	Actualmente no le es posible llevar una dieta normal.	Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal. Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.	Pérdidas excesivas de peso a través de vías normales: Desequilibrio nutricional.
ELIMINACIÓN	Eliminación habitual autónoma. Continencia urinaria normal.	Disminución de la frecuencia intestinal.	Riesgo de estreñimiento: ingesta antidepresivos.
MOVILIZACIÓN	Movilización habitual autónoma.		Alteración del nivel de conciencia.
REPOSO/SUEÑO	Sueño suficiente y reparador.	Cambio en el patrón normal de sueño. Dificultad para conciliar el sueño.	
VESTIRSE	Vestido habitual autónomo.	Deterioro de la capacidad para ponerse la ropa necesaria.	
TERMOREGULACIÓN	Adaptación a los cambios de temperatura ambiental.	Cambios de temperatura (frio o calor).	
HIGIENE/PIEL	Higiene habitual autónoma.	Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.	Alteraciones de la sensibilidad.
SEGURIDAD	Maneja de forma adecuada su tratamiento. Se muestra consciente y orientado y responde adecuadamente.	Manejo inefectivo del régimen terapéutico. .Ansiedad	Riesgo de intoxicación. Riesgo de violencia dirigida a otros.
COMUNICACIÓN	Órganos de los sentidos sin alteraciones. Lenguaje comprensible.	Afrontamiento familiar comprometido. .Trastorno de los procesos del pensamiento.	Riesgo de abandono social.
VALORES Y CREENCIAS	Se muestra capaz de afrontar la situación actual.	Desorganización. Sufrimiento.	Falta de sistemas de apoyo.
TRABAJAR Y REALIZARSE	Núcleo de convivencia funcional.	Baja autoestima situacional. .Expresiones de inutilidad	Riesgo de aislamiento.
ACTIVIDADES LÚDICAS	Tiene aficiones de entretenimiento.	Déficit de actividades recreativas	Riesgo de soledad.
APRENDER	Muestra capacidad y disposición para el aprendizaje.	Conocimientos deficientes. Seguimiento inexacto de las instrucciones	

2-Diagnóstico y 3-Planificación

DIAGNOSTICOS NANDA⁸	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES⁹	INTERVENCIONES(NIC)¹⁰
Desequilibrio nutricional por defecto (00002) r/c incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores psicológicos y económicos m/p peso corporal inferior en un 20% o mas al peso ideal.	0303 Autocuidados : comer 14 Finaliza uma comida 01 Prepara comida	124 Ayuda para ganar peso 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
Insomnio (00095) r/c temor m/p dificultad para conciliar el sueño.	0004 Sueño 03 Patrón de sueño 07 Hábito de sueño	1850 Mejorar el sueño
Déficit de autocuidados (00108) r/c deterioro cognitivo m/p incapacidad para lavar el cuerpo.	0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria(AVD) 02 Se viste 06 Higiene 0305 Autocuidados de la higiene: higiene 17 Mantiene la higiene corporal	1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene 4480 Facilitar la auto responsabilidad
Manejo inefectivo del régimen terapéutico. (00078) r/c déficit de conocimientos m/p elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.	1813 Conocimiento del régimen terapéutico 01 Justificación del régimen terapéutico	4360 Modificación de la conducta 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5220 Facilitar el aprendizaje
Ansiedad (00146) r/c amenaza de cambio en el entorno m/p irritabilidad y angustia.	1302Afrontamiento de problemas 218 Refiere aumento del bienestar psicológico 212 Utiliza estrategias de superación efectivas 1402Autocontrol de la ansiedad 206 Planifica estrategias de superación efectivas 217 Controla la respuesta de ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad 5230 Aumentar el afrontamiento

Riesgo de intoxicación (00037) r/c consumo de drogas y alcohol y dificultades cognitivas o emocionales.	1902 Control del riesgo. Consumo de alcohol y drogas 201 Reconoce factores de riesgo 204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas	6486 Manejo ambiental: seguridad 5510 Educación sanitaria
Riesgo de violencia dirigida a otros (00138) r/c sintomatología psicótica	1908 Detección de riesgo 03 Coteja los riesgos percibidos 01 Reconoce los síntomas y signos que indican riesgos 1405 Autocontrol de los impulsos 03 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas 07 Verbaliza control de impulsos 14 Evita entornos de alto riesgo 1904 Control del riesgo: consumo de drogas 01 Reconoce el riesgo del abuso de drogas 02 Reconoce las consecuencias personales relacionadas con el abuso de drogas	4640 Ayuda para el control del enfado 4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas. 6480 Manejo ambiental: seguridad
Afrontamiento familiar comprometido (00074) r/c prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia m/p la persona de referencia intenta poner en practica comportamientos de ayuda o soporte con resultados poco satisfactorios.	2609 Apoyo familiar durante el tratamiento 915 Busca apoyo social para el miembro enfermo 901 Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. 2604 Normalización de la familia 407 Satisface las necesidades psicosociales de los miembros de la familia 419 Mantiene actividades y rutinas 2506 Salud emocional del cuidador principal 603 Autoestima 608 Frustración	6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomentar la implicación familiar

<p>Trastorno de los procesos de pensamiento (00130) r/c incumplimiento del tratamiento o reagudización de la enfermedad m/p incapacidad para discernir entre percepciones reales o irreales al reconocer experiencias alucinatorias.</p>	<p>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado 305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes 304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes 0902 Comunicación 205 Utiliza el lenguaje no verbal</p>	<p>6440 Manejo del delirio 6510 Manejo de las alucinaciones 5820 Disminución de la ansiedad 4820 Orientación de la realidad</p>
<p>Aislamiento social (00053) r/c alteración del estado mental m/p enfermedad.</p>	<p>1204 Equilibrio emocional 403 Muestra control de los impulsos 401 Muestra un afecto adecuado a la situación 1504 Soporte social 410 Refiere contactos sociales de soporte adecuados 1502 Habilidades de interacción social 216 Utilizar estrategias de resolución de conflictos 210 Mostrar estabilidad</p>	<p>5100 Potenciación de la socialización 5270 Apoyo emocional 7200 Fomentar la normalización familiar</p>
<p>Baja autoestima situacional (00120) r/c fracasos m/p expresiones de inutilidad.</p>	<p>1205 Autoestima 507 Comunicación abierta 1614 Autonomía personal 412 Afirma las preferencias personales</p>	<p>5400 Potenciación de la autoestima 5230 Aumentar el afrontamiento 5250 Apoyo en toma de decisiones</p>
<p>Déficit de actividades recreativas (00097) r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p afirmaciones de la persona de que se aburre y desea tener algo que hacer.</p>	<p>1503 Implicación social 303 Interacción con miembros de la familia 1604 Participación en actividades de ocio 412 Elige actividades de ocio de interés 1209 Motivación 906 Busca nuevas experiencias</p>	<p>5100 Potenciación de la socialización 4480 Facilitar la responsabilidad 5400 Potenciación de la autoestima</p>

Conocimientos deficientes(00126) r/c falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las instrucciones.	6524 descripción del proceso de enfermedad 5602 enseñanza: proceso de enfermedad	12884 Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico 12443 Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas.
--	--	--

4- EJECUCIÓN

La enfermera psiquiátrica, dice Irving (1975), es diferente a todas las demás clases de enfermeras, aunque similar. Otros autores consideran a la enfermería psiquiátrica como la base, el núcleo, el mismo arte de la enfermera y otros juzgan a la enfermera psiquiátrica como estrictamente al cuidado de pacientes diagnosticados como enfermos mentales. En cualquier caso, la enfermería psiquiátrica no es un claro conjunto de procedimientos o rituales que terminan en una cura. Es una ardua, personal y humana lucha por la salud.

La asistencia de la enfermería psiquiátrica eficaz, requiere que el profesional logre los conocimientos, la comprensión y la destreza necesarios para poder observar, analizar y responder terapéuticamente a las necesidades del paciente. Debe dedicar un esfuerzo continuo a mejorar la conciencia de si mismo, sus percepciones del mundo que le rodea y las relaciones sensitivas con otras personas. Esto requiere mucho trabajo, práctica, evaluación y continuo aprendizaje.

Exige valor, humildad y fuerza para tolerar el fracaso y la frustración inevitables que acompañen al servicio prestado a otras personas. También necesitará suficientes fuentes de satisfacción para mantener su estado de salud y su sentido de seguridad.

Pero el conocimiento que hace más tolerable la vida de otra persona hace que su esfuerzo sea valioso¹¹.

2ª Consulta de Enfermería de Salud Mental

Acude el paciente, solo, observamos que su aspecto está descuidado, delgado, pasamos con él una hora, aunque no nos contesta a nuestras preguntas de forma coherente, pero reconoce que "aquí se siente seguro". Comentamos su estancia en el hospital y su tratamiento, y acepta ponerse la medicación inyectada, pero no la oral.

Comenzamos a planificar y reeducar su conducta dentro del ámbito familiar. Le comentamos que el próximo día si puede que venga con su abuela o su madre.

INTERVENCIONES (NIC) ¹⁰

124 Ayuda para ganar peso	-Pesar al paciente a intervalos determinados -Enseñar al paciente a aumentar la ingesta de calorías
1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación	-Anotar la ingesta -Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión
1850 Mejorar el sueño	-Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente -Identificar las medicaciones que el paciente esta tomando para el sueño
1801 Ayuda con los autocuidados. Baño/higiene	-Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
4480 Facilitar la auto responsabilidad	-Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir mas responsabilidad

4360 Modificación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> -identificar el problema del paciente en términos de conducta -animar al paciente a que examine su propia conducta
5440 Aumentar los sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> -animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. -determinar el grado de apoyo familiar
5220 Facilitar el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> -establecer metas realistas objetivas con el paciente -utilizar un lenguaje familiar
6486 Manejo ambiental: seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - eliminar los factores de peligro del ambiente -modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
5510 Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> -formular los objetivos del programa de educación sanitaria.
6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> -controlar el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
7040 Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> -informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. - comentar con el paciente los límites del cuidador
7110 Fomentar implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> -identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente -facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros

	de la familia
6450 Manejo de ideas ilusorias	-ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ilusiones -administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos diariamente y si es necesario
6510 Manejo de las alucinaciones	-implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones
5820 Disminución de la ansiedad	-Crear un ambiente que facilite la confianza -ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad
5100 Potenciación de la socialización	-Fomentar las actividades sociales y comunitarias -animar al paciente a desarrollar relaciones
5270 Apoyo emocional	-proporcionar ayuda en la toma de decisiones
7200 Fomentar la normalización familiar	-animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales
5400 Potenciación de la autoestima	-realizar afirmaciones positivas sobre el paciente -facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
5230 Aumentar el afrontamiento	-valorar la comprensión del paciente del proceso de

	<p>enfermedad</p> <p>-alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</p>
5250 Apoyo en toma de decisiones	<p>-ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.</p>
4640 Ayuda para el control del enfado	<p>-ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión de enfado hacia los demás.</p> <p>-controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste.</p>
4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas	<p>-discutir con el paciente el papel que juegan las drogas en su vida.</p> <p>-medicar para aliviar los síntomas durante el abandono de las drogas.</p>

3ª Consulta de Enfermería de Salud Mental

Acude el paciente acompañado de su abuela. El paciente tiene mejor aspecto, está limpio y bien vestido. La abuela parece cansada, le preguntamos como está y dice que es muy mayor, y que aunque quiere mucho a su nieto, no puede con esta enfermedad. Su hija trabaja a turnos pasa poco tiempo en casa y no tiene el apoyo del padre del paciente: "Lo tuvo de muy joven" y ella no se hizo cargo, la abuela hizo de madre de su nieto.

Hoy nos dice que lo nota mejor, porque le está haciendo efecto la medicación, lo nota enseguida. Deja de oír voces, y se comporta bien con ella.

Se ha levantado pronto y ha visto un rato a su madre que venía del trabajo, han desayunado juntos y se ha ido a comprar con la abuela.

Ha comido en casa y duerme también en casa. Acepta la medicación oral. Aunque dice que se aburre en casa y se va con amigos largas horas fuera de casa.

Dedicamos toda nuestra atención a explicar al paciente, si entiende su enfermedad y lo importante de tomar la medicación. Nos dice que estos días está mejor, no se mete nadie con él, no le persiguen. Entonces está tranquilo, en casa, y no ha salido por la noche con sus amigos. Le explicamos que esa actitud y la ausencia de las voces es debido a la toma de la medicación.

Le recomendamos siga con esas pautas de conducta y sobre todo no deje ninguna toma de medicación. Debe comer y dormir en casa. Y no consumir tóxicos.

4ª Consulta de Enfermería de Salud Mental

Acude el paciente con la abuela. Aspecto muy correcto, se ha cortado el pelo y parece más joven, bien afeitado y huele a colonia. Al comentarle su buen aspecto se pone colorado y baja la vista con timidez. Hacía mucho tiempo que no se lo decían.

Su abuela está más contenta y menos cansada. Parece que toma la medicación y todo va mejor. Le preocupa que sus amigos le llamen mucho para que vaya con ellos, y le da miedo que "vuelva a las andadas" y toma drogas cuando se va de noche con ellos.

Su discurso es más rico y coherente, sin extravagancias ni soliloquios. Empleamos, cuando le explicamos su enfermedad y la importancia de su medicación, un lenguaje muy claro y conciso que entiende perfectamente.

Le proponemos, que junto con el psiquiatra, hemos valorado la posibilidad de ir a un Centro de día Psiquiátrico, sería un recurso de media estancia, durante un año, donde podría asentar su conducta y reforzar la necesidad

de la toma diaria de medicación, a la vez que aprender actividades de ocio y relacionarse con otras personas de parecidos problemas y necesidades.

Lo van a pensar y me lo dirán el próximo día. Notamos que desea colaborar en el proceso terapéutico.

Hoy se otra inyección de la medicación antipsicótica depot, pautada por el psiquiatra, no opone resistencia ni problema alguno.

5ª Consulta de Enfermería de Salud Mental

Acude el paciente, su abuela está un poco acatarrada y le duele todo, está en la cama. Él la cuida ahora y se ha preocupado porque se da cuenta de la importancia de su abuela. Su aspecto es el adecuado, y su lenguaje y pensamiento, también.

Toma la medicación. Me dice que ha pensado lo del centro de día, y le apetece a ver si conoce allí "gente diferente", es importante para él, que por tomar medicación diaria, no se sienta "diferente a otros chicos de su edad" y no le consideren un "bicho raro". Duerme regular, a pesar de la medicación, pero no se marcha de casa por las noches, dice que hace frío.

Le comento que no puede volver a la actitud violenta con su familia, con su abuela, es inaceptable y le hace mucho daño. Se avergüenza y me promete que no la tocará, que lo ha hecho "porque le envenenaba la comida y le quería matar". Tenía miedo. Ahora no lo siente así. Ni oye voces como antes, y cuando murmuraban a sus espaldas, las voces le daban órdenes de lo que tenía que hacer.

Pactamos, que no debe dejar la medicación, y si vuelve a oír voces en la cabeza o nota sensación de peligro, acudirá inmediatamente al centro de día o a la consulta, o si no puede contenerse, a urgencias del Hospital. No debe jamás hacer daño a su familia ni amigos, ni a sí mismo. Debe pensar que esos síntomas y las voces, desaparecen y sólo están en su cabeza, esos peligros no son reales. Nadie quiere hacerle daño.

El paciente demuestra una progresiva conciencia de enfermedad y conciencia de las consecuencias sociales de su trastorno. Es un proceso lento, y doloroso casi siempre, supone la aceptación del estigma social que va unido a su enfermedad mental.

Comienza a acudir al Centro de Día, la semana que viene y nuestras citas en la Consulta de Salud Mental pasan a ser mensuales.

Le deseamos que comience bien su nueva terapia de apoyo y cuando venga dentro de un mes, seguro que ha aumentado su bienestar subjetivo y apoyos sociales para estructurar su vida.

EVALUACIÓN⁹

RESULTADOS (NOC)	RESULTADOS CONSEGUIDOS
0303 Autocuidados: comer 14 Finaliza una comida 01 Prepara comida	El paciente dice estar tranquilo y comer con su familia. Antes tenía que hacerlo solo en su cuarto e incluso se cerraba con llave por miedo al envenenamiento en comida y gases a su alrededor. Ha ganado peso y come ordenadamente.
0004 Sueño 03 Patrón de sueño 07 Hábito de sueño	No ha retomado totalmente el ritmo de vigilia-sueño, padece despertares tempranos y repetidos, duerme las primeras horas de la noche con medicación y después permanece acostado en la cama. Ya no sale de madrugada a deambular.
0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria(AVD) 02 Se viste 06 Higiene 0305 Autocuidados de la higiene: higiene 17 Mantiene la higiene corporal	Se le explica al paciente que debe adquirir un hábito nuevo, una conducta nueva. Potenciamos así la autoestima y la aceptación por parte de los amigos y la sociedad. Explicamos las ventajas de adquirir habilidades de autocuidado, para mejorar su aspecto, su aceptación por los demás, aumentando sus posibilidades de encontrar nuevos amigos e incluso trabajo. Se viste adecuadamente y mantiene la higiene corporal diaria.
1813 Conocimiento del régimen terapéutico 01 Justificación del régimen terapéutico	El paciente realiza un buen cumplimiento terapéutico, solo al principio y en situaciones de convivencia con sus amigos, abandona el tratamiento, por la vergüenza y temor a que sus amigos "descubran qué toma y para qué". Ahora comprende la importancia de la medicación y observa

	que cuando la toma no oye "las voces" que tanto le molestan.
1902 Control del riesgo. Consumo de alcohol y drogas 201 Reconoce factores de riesgo 204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas	El paciente consumía tóxicos porque su drogadicción coexiste con la patología mental (patología dual), en la medida que cuando se descompensan los síntomas aumenta el consumo. Ahora han desaparecido sus síntomas y no consume tóxicos. Se mantiene abstinentemente y percibe su problema en toda su magnitud y se ve incapaz de hacer frente a todas las complicaciones derivadas del consumo. Evita a los "amigos de antes" que sólo lo llamaban para consumir.
2609 Apoyo familiar durante el tratamiento 915 Busca apoyo social para el miembro enfermo 901 Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. 2604 Normalización de la familia 407 Satisface las necesidades psicosociales de los miembros de la familia 419 Mantiene actividades y rutinas 2506 Salud emocional del cuidador principal 603 Autoestima 608 Frustración	El paciente ahora, hace vida familiar, come en casa y duerme en casa. Hace incluso pequeños recados que le manda su abuela. Cuando ésta enferma, le cuida y le protege. El paciente está motivado para participar en un programa, ofertado en el Centro de Día, que mejorará su calidad de vida. El cuidador principal, su abuela, sobrecargado con la enfermedad mental, ahora se muestra apoyado y liberado de la situación, tan demandante y agotadora. El hogar ya no es un ambiente hostil y peligroso ni para el cuidador ni para el paciente. Pasan algún rato viendo la televisión juntos. El malestar del cuidador principal suele estar asociado al impacto social de la enfermedad mental y al desgaste emocional. Enseñamos estrategias de cuidado para optimizar energías. Le enseñamos estrategias ante situaciones críticas, como la violencia doméstica y verbal.
1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado 305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas	Toma el tratamiento oral y acude a ponerse la medicación inyectada (Depot) cada 14 días. Recupera la eutimia y cesan las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas, manifestando deseos de autonomía e incluso deseos de reinserción laboral. Usa un lenguaje más fluido, ya que ahora tiene libertad para

<p>delirantes</p> <p>304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes</p> <p>0902 Comunicación</p> <p>205 Utiliza el lenguaje no verbal</p>	<p>pensar. Han desaparecido la megalomanía, la hipertimia, la hostilidad y la suspicacia.</p>
<p>1204 Equilibrio emocional</p> <p>403 Muestra control de los impulsos</p> <p>401 Muestra un afecto adecuado a la situación</p> <p>1504 Soporte social</p> <p>410 Refiere contactos sociales de soporte adecuados</p> <p>1502 Habilidades de interacción social</p> <p>216 Utilizar estrategias de resolución de conflictos</p> <p>210 Mostrar estabilidad</p>	<p>El paciente presentaba una reactividad emocional no adecuada, respuestas emocionales exageradas. Percibía el ambiente amenazante, lo que le llevaba al consumo de tóxicos y a la violencia, para disminuir su ansiedad.</p> <p>Su propia enfermedad le lleva a episodios explosivos de cólera ante las situaciones de estrés. Al paliar sus síntomas positivos, narcisistas y esquizoides, resuelve de otra manera su intolerancia a la frustración, controlando los impulsos con menos dificultad.</p> <p>Evita situaciones que le producen distrés.</p>
<p>1908 Detección de riesgo</p> <p>03 Coteja los riesgos percibidos</p> <p>01 Reconoce los síntomas y signos que indican riesgos</p> <p>1405 Autocontrol de los impulsos</p> <p>03 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas</p> <p>07 Verbaliza control de impulsos</p> <p>14 Evita entornos de</p>	<p>Reconoce que su círculo de amigos se limita a unos pocos "porreros" y "delincuentes" porque no existía un soporte familiar o se mostraba insuficiente. Su enfermedad unida al abuso de tóxicos ha complicado su evolución y le ha llevado en ocasiones, a la cárcel, por infringir la ley.</p> <p>La patología dual, complica su evolución y tratamiento. Se recurre al abordaje social, psicoeducativo y farmacológico. Acude al centro de día y desde allí manejan la situación diaria de la desintoxicación. Le hacen análisis de orina, de comprobación y ha firmado un contrato terapéutico de abstinencia.</p>

<p>alto riesgo</p> <p>1904 Control del riesgo: consumo de drogas</p> <p>01 Reconoce el riesgo del abuso de drogas</p> <p>02 Reconoce las consecuencias personales relacionadas con el abuso de drogas</p>	<p>Actualmente no consume tóxicos y se muestra colaborador al respecto. Ahora ya sabe que “no controla la situación” como pensaba cuando iba con sus amigos.</p>
<p>1302 Afrontamiento de problemas</p> <p>218 Refiere aumento del bienestar psicológico</p> <p>212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>1402 Autocontrol de la ansiedad</p> <p>206 Planifica estrategias de superación efectivas</p> <p>217 Controla la respuesta de ansiedad.</p>	<p>Con un cumplimiento farmacológico estricto, han desaparecido Los síntomas psicóticos y han remitido hasta llegar a la crítica de sus delirios y alucinaciones. Disminuyendo notablemente el nivel de ansiedad.</p> <p>Ahora que ha conocido amigos nuevos en el Centro de Día, se ha apuntado a un gimnasio y alguna vez va al cine.</p> <p>Con esto consigue afrontar su autoestima y también dormir mejor. Ya no responde a las llamadas de sus amigos de antes “por los viejos tiempos”.</p>
<p>1503 Implicación social</p> <p>303 Interacción con miembros de la familia</p> <p>1604 Participación en actividades de ocio</p> <p>412 Elige actividades de ocio de interés</p> <p>1209 Motivación</p> <p>906 Busca nuevas experiencias</p>	<p>Vida social activa, normotímica y sintónica. En el Centro de Día le enseñan habilidades adaptadas a sus necesidades, socialización y posibilidad de nuevas amistades alejadas de los tóxicos.</p> <p>Ha comenzado a preguntar por el barrio si podría trabajar en algo sencillo, desea sentirse bien, ayudar un poco en casa y sobre todo, ser uno mas, sacudirse de una vez, el estigma de “loco”.</p>

CONCLUSIONES

- 1- El PE supone una herramienta personalizada, un ejercicio independiente de autonomía profesional, teniendo como referencia la base de conocimientos diseñada por la enfermera, con intervenciones propias, y supone un reto complicado al enfrentarse, la enfermera, a personas que tienen un sistema propio de adaptación relacionado con la percepción que tienen del medio, y que la gran dificultad es abordar el cambio con garantías de éxito.
- 2- El PE garantiza la calidad del cuidado: promueve un mayor grado de interacción entre la enfermera y el paciente.
- 3- El PE es de construcción única, valido para cualquier ámbito de actuación de las enfermeras, cuya aplicación específica es la que genera variaciones especializadas, teniendo como referencia la base de conocimientos propia de cada ámbito, siendo las intervenciones enfermeras las cualidades técnicas de la enfermera.
- 4- Es el indicador más significativo de la calidad del cuidado de enfermería al paciente. Impide omisiones y repeticiones.
- 5- La evaluación continua y la reconsideración de los cambios en las necesidades del paciente, aseguran el nivel apropiado de calidad.
- 6- Se centra en la respuesta humana y estimula la participación del paciente.
- 7- Desarrolla la docencia: conduce al estudiante en su saber hacer, como enfermera, con sus creencias y valores acerca de enfermería y su razón social.

- 8- Impulsa la investigación: ayuda al diagnóstico de enfermería y aumenta el conjunto de conocimientos de la ciencia enfermera.
- 9- Facilita la organización horizontal del servicio: facilita la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de enfermeras y equipos multidisciplinarios

BIBLIOGRAFIA

1. Rebolledo S, Lobato MJ. Como afrontar la esquizofrenia. Ed. Fundación ONCE, Madrid: 2004.
2. Ocio León S, Gómez Simón M, Hernández González J. Esquizofrenia, recomendaciones clínicas. Ed. Euromedice. Barcelona: 2009.
3. Mejias Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y salud mental. Editorial D.A.E. (Grupo Paradigma). Madrid 2005.
4. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica: el pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI. Elsevier Masson; 3ª ed. Madrid: 2008.
5. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. Barcelona: 1995
6. Bobes García J, Bousoño García M, Sáiz Martínez PA, González García-Portilla MP. Enfermería Psiquiátrica. Fundamentos de Enfermería Ed. Doyma. Barcelona: 2004.
7. Marqués Benítez, C. Psiquiatría : Salud Mental.5ª ed. Madrid: Formación Continuada Logos, S.L.; 2004
8. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier; Madrid: 2010.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Editorial Elsevier Mosby. Madrid: 2009.
10. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby; 4ª ed. Madrid: 2007.
11. Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría: planes de Cuidados. Editorial Médica Panamericana. Madrid: 2005