



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**CASO CLÍNICO:
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
DE UN ADULTO CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE A PARTIR DE UN EPISODIO
AGUDO**

**CASE STUDY:
NURSING ATTENTION PROCESS
FOR AN ADULT WITH PARANOID
SCHIZOPHRENIA SINCE AN ACUTE
EPISODE**

Autor

Guillermo Chamarro Alcalá

Tutor

Armando Colomer Simón

Facultad de Ciencias de la Salud
2016

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. OBJETIVOS.....	6
5. METODOLOGÍA.....	7
6. DESARROLLO.....	10
a. VALORACIÓN.....	10
b. DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN.....	16
c. EJECUCIÓN.....	28
d. EVALUACIÓN.....	28
7. CONCLUSIONES.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	30
9. ANEXOS.....	36

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es un trastorno crónico caracterizado por síntomas positivos, negativos y desorganizados, que provocan una gran pérdida de la calidad de vida. Constituye una de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, originando un grupo de población con elevadas necesidades de salud poco cubiertas. Por ello, enfermería desempeña un papel fundamental.

OBJETIVOS: Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado para un adulto con esquizofrenia paranoide a partir de un episodio agudo, describiendo los principales diagnósticos de enfermería con sus resultados e intervenciones. El objetivo final será la reinserción comunitaria de la paciente.

METODOLOGÍA: Se ha diseñado un Proceso de Atención de Enfermería partiendo de un caso clínico teórico. Para su elaboración, se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de enfermería, dos manuales de impacto en salud mental, la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades, varias guías clínicas, tres libros y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

DESARROLLO: Tras realizar una valoración inicial de la paciente por patrones funcionales de salud de Gordon, se han seleccionado 5 etiquetas diagnósticas principales, que precisaban de 9 criterios de resultados y 16 intervenciones.

CONCLUSIONES: La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más estigmatizados y debe recibir un tratamiento precoz. Enfermería tiene que ofrecer cuidados de alta calidad e individualizados, y promover campañas de concienciación de la población para reducir el estigma y permitir el normal funcionamiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE:

esquizofrenia, enfermería, plan de cuidados, cuidado integral, salud mental

ABSTRACT

INTRODUCTION: Schizophrenia is a chronic disorder characterised by the occurrence of positive, negative and cognitive symptoms, that interfere with the patients' quality of life. It is amongst the ten most common causes of long-term disability in the world, which creates a population group with unsatisfied care needs. That is why nursing plays a vital role in this.

OBJECTIVES: To develop an individualised care plan for an adult with paranoid schizophrenia since an acute episode, by applying nursing diagnosis, interventions and results. The final objective will be the patient's reintegration in the community.

METHODOLOGY: Preparation of a Nursing Attention Process from a theoretical case study. For its elaboration, the main nursing databases, two manuals on the impact of mental health, the World Health Organisation, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, several clinical guidelines, three books and the NANDA, NOC, NIC taxonomy were consulted.

DEVELOPMENT: After carrying out an initial assessment of the patient using Gordon's functional health patterns, 5 diagnosis labels have been selected, accompanied by 9 outcome criteria and 16 interventions.

CONCLUSION: Schizophrenia is one of the most stigmatised mental illnesses and must receive an early treatment. Nursing plays a key role in providing high-quality and individualised care as well as in raising awareness among the population in order to reduce stigma and discrimination, and also to make a difference in the patients' quality of life.

KEY WORDS:

schizophrenia, nursing, care plan, holistic care, mental health

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia fue descrita por primera vez en 1896 por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, como un estado de demencia precoz. Posteriormente Bleuler acuñó el término de esquizofrenia.^{1, 2}

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado por la presencia de síntomas positivos (alucinaciones e ideas delirantes), negativos o de déficit (aplanamiento afectivo) y desorganizados (pensamiento y conducta). En la actualidad se ha reformulado el concepto de esquizofrenia como un trastorno heterogéneo de afectación multisistémica y con alteraciones psicopatológicas.^{3, 4} (ANEXO 1)

El trastorno va acompañado de anomalías físicas, cardiovasculares, metabólicas, infecciosas e inflamatorias, comportando un acortamiento de la esperanza de vida de unos 12-15 años y 2-2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana.^{3, 5, 6}

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, lo que constituye una prevalencia del 0,3-0,7% o de 1 caso por cada 100 habitantes. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Existe mayor incidencia en zonas urbanas, bajo nivel socioeconómico e inmigración. El inicio del trastorno se sitúa entre los 15 y los 30 años.^{3, 5, 7, 8}

Su curso suele ser crónico y variable, causando una gran pérdida de la calidad de vida,^{3, 5} que es una referencia al establecer cuidados de enfermería.^{9, 10} Constituye una de las diez primeras causas de discapacidad por enfermedad.^{3, 5}

La enfermedad está muy estigmatizada, lo que limita el acceso a la atención sanitaria, la educación, la vivienda y el empleo.^{1, 5, 6} Por ello, son necesarias campañas de sensibilización y de mejora de la continuidad de los cuidados.^{11, 12}

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-ES) divide la esquizofrenia en nueve subtipos: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple, depresión postesquizofrénica, otra esquizofrenia y esquizofrenia sin especificación.¹³

La característica principal de la esquizofrenia es la distorsión del pensamiento, percepciones, emociones, lenguaje, conciencia de uno mismo y conducta. Los síntomas más comunes son: alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones del habla, limitación del afecto y déficits del pensamiento.^{1, 5, 13} Los ataques espontáneos o aleatorios son poco comunes.⁷ (ANEXO 2)

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, presentes durante un mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos.

B. Disfunción social/laboral.

C. Duración: Al menos 6 meses.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: El diagnóstico de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o alucinaciones se mantienen durante un mes.⁷

En este trastorno se distinguen tres fases que se fusionan unas con otras: fase aguda o crisis, fase de estabilización o postcrisis y fase estable o de mantenimiento.⁸

Su pronóstico sigue una distribución en tercios: un tercio permanece asintomático después del primer episodio y puede llevar una vida normal; otro tercio presenta síntomas moderados pero conserva el funcionamiento social; y el tercio restante presenta un marcado deterioro. Entre un 10 y un 15% de pacientes con esquizofrenia se suicidan.³

Su etiología es desconocida, pero está asociada a múltiples factores de riesgo:^{1, 5}

Genéticos: La esquizofrenia tiene una fuerte base genética.^{1, 7}

Fisiológicos: Complicaciones en el embarazo.^{1, 6, 7}

Neuroquímicos: Exceso de actividad dopaminérgica.^{1, 3}

Ambientales: Nacimiento en los tres primeros meses del año, crecimiento en ambiente urbano y grupos étnicos minoritarios.^{1, 6, 7}

De género: La incidencia de esquizofrenia es más baja en mujeres.⁷

Los actuales tratamientos se centran en la eliminación de los síntomas.¹⁴ El tratamiento es farmacológico en la fase aguda y de mantenimiento, complementándose con intervenciones psicosociales en etapas posteriores, ya que sólo la medicación no es suficiente.^{1, 3, 5} La intervención precoz es esencial, ya que en individuos de alto riesgo en tratamiento puede prevenir su aparición, y en un primer episodio mejora los resultados finales.^{3, 15-18}

Los antipsicóticos son los principales fármacos utilizados, mejorando la sintomatología en el 60% de pacientes.³ La adherencia al tratamiento es un componente crítico de los cuidados.¹⁶

Existen diferentes tratamientos rehabilitadores como el entrenamiento en habilidades sociales y de control emocional, la rehabilitación cognitiva, la terapia de familia, la psicoeducación, la terapia física, el desempeño laboral y las webs interactivas.^{1, 3, 17, 19-22}

La actual práctica psiquiátrica recrea las relaciones entre la familia, la sociedad y el portador del trastorno. Para ello se aplica el cuidado centrado en el paciente, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Las intervenciones psicosociales basadas en la comunidad son parte integral del tratamiento. También se abordan las comorbilidades del trastorno.^{1, 6, 12, 17, 23-26}

Enfermería debe centrarse en la autonomía del paciente en todas sus esferas mediante un abordaje integral, valorando sus necesidades y capacidades y elaborando un plan de cuidados individualizado y adaptado. Asimismo, enfermería ha de estabilizar los síntomas agudos y personalizar la medicación y las terapias psicológicas.^{2, 14, 23, 24, 27-30} (ANEXO 3)

Los pacientes con esquizofrenia representan un grupo de población vulnerable con altas necesidades médicas y de enfermería que suelen ser olvidadas o poco tratadas y que conducen a una mortalidad prematura. Enfermería y sobre todo los cuidadores principales tienen potencial para reducir estas desigualdades de salud.³¹

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado para una paciente adulta con esquizofrenia paranoide a partir de un episodio agudo.

Objetivos específicos:

- Identificar los principales diagnósticos de enfermería de una paciente adulta con esquizofrenia paranoide en fase aguda y en fase de mantenimiento.
- Establecer los resultados e intervenciones de enfermería de una paciente adulta con esquizofrenia paranoide en fase aguda y en fase de mantenimiento.
- Realizar la reinserción comunitaria de la paciente en un piso tutelado.
- Garantizar la calidad asistencial de la paciente mediante un plan de cuidados integral e individualizado.

METODOLOGÍA

El presente trabajo consiste en un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a propósito de un caso de esquizofrenia paranoide a partir de un episodio agudo.

Para su elaboración, se realizó una búsqueda bibliográfica el 26 de marzo de 2016 en las principales bases de datos de ciencias de la salud y de enfermería: Cuiden Plus, Medline, PubMed, ScienceDirect y Dialnet. Las palabras clave utilizadas fueron "esquizofrenia", "enfermería" y "care", realizando búsquedas tanto en español como en inglés. Se limitó el margen temporal a los últimos 16 años. Sólo se utilizaron artículos con acceso a texto completo de forma gratuita. En la siguiente tabla se describe cada una de las búsquedas:

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN PLUS	"Esquizofrenia" and "Enfermería"	Artículos Año 2000-2016 Sólo texto completo	64	5
MEDLINE	"Schizophrenia" and "Nursing" (ambos en el título del documento)	Posterior a 1999	40	5
PUBMED	"Schizophrenia" and "Care" (ambos en el título del documento)	Año 2000-2016 Texto completo gratuito	123	9
SCIENCEDIRECT	"Schizophrenia" and "Care" (ambos en título del documento)	Desde el año 2000 hasta el presente	182	5
DIALNET	"Esquizofrenia" and "Enfermería"	Texto completo	10	3

Asimismo, se manejaron las últimas ediciones de dos manuales de impacto en salud mental:

MANUALES DE IMPACTO
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; 5ª edición (DSM-5).
Manual de Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría; 8ª edición, de J. Vallejo Ruiloba.

Dada su importancia a nivel mundial, se consultaron los últimos informes de la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) y de la **Clasificación Internacional de Enfermedades** (CIE-10-ES).

Además, se contó con el apoyo de cinco guías clínicas:

GUÍAS CLÍNICAS
Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del Sistema Nacional de Salud.
Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón.
Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería en Salud Mental del País Vasco.
Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental de la Región de Murcia.

También se emplearon tres libros de la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza:

LIBROS
Casos Clínicos, DSM-5; de John W. Barnhill, del cual se ha extraído el caso estudiado.
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Valoración y cuidados; de Joana Fornés Vives.
Cuidados de enfermería en salud mental, de Linda Eby y Nancy J. Brown.

En primer lugar, se presenta el caso clínico a estudio y se hace una valoración siguiendo los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**.

Posteriormente se realiza el diagnóstico y planificación individualizados según las últimas ediciones de la taxonomía NANDA, NOC y NIC:

TAXONOMÍA
Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2015-2017 (NANDA).
Clasificación de Resultados de Enfermería, 5ª edición (NOC).
Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 6ª edición (NIC).

Por último, se describe la ejecución y evaluación del plan propuesto.

DESARROLLO

Valoración

DATOS GENERALES

Felicia Allen, mujer de 32 años. Soltera y sin hijos. Actualmente reside en el hospital psiquiátrico de la ciudad.

Fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide resistente al tratamiento y de inicio en la infancia.

ANTECEDENTES PERSONALES

Empezó a oír voces a los 5 años. Corpulenta, fuerte y psicótica, ha estado hospitalizada casi constantemente desde los 11 años por brotes psicóticos con alucinaciones auditivas, consistentes en una voz crítica que comenta su comportamiento. Su pensamiento es concreto y puede ejercer la autorreflexión estando relajada. Le motiva agrandar y su mayor objetivo es tener su propio cuarto en su propia casa con sus propios amigos. Prácticamente no ha tenido ningún periodo de desarrollo normal en la vida, por lo que tiene poca experiencia con el mundo real.

Toma clozapina desde hace 1 año y sus alucinaciones auditivas han respondido bien. Ha engordado 16 Kg en este periodo, pero le cuesta menos levantarse por las mañanas, tiene la esperanza de poder encontrar finalmente un trabajo y vivir con más independencia, e insiste en seguir tomando la clozapina.

DATOS FAMILIARES

Sus padres viven fuera de la ciudad por motivos de trabajo y apenas tiene relación con ellos.

SITUACIÓN ACTUAL

La Sra. Allen es llevada por la policía al servicio de urgencias después de que tratara de secuestrar un autobús. Como parecía una "persona perturbada emocionalmente", se solicitó una interconsulta a Psiquiatría.

Según el informe de la policía, la Sra. Allen había amenazado al conductor con un cuchillo, había tomado el control del autobús urbano, casi vacío, y lo había estrellado. Una amiga de la Sra. Allen que estaba en el autobús relató que habían subido al autobús para ir a un centro comercial cercano. La Sra. Allen se sintió frustrada cuando el conductor rechazó sus billetes. Rebuscó en el bolso pero, en lugar del importe exacto, sacó un cuchillo de cocina que llevaba para protegerse. El conductor salió huyendo, con lo que ella ocupó el asiento vacío y cruzó el autobús en la calle, estrellándolo contra un coche estacionado.

En la exploración, la Sra. Allen aparece como una mujer joven con sobrepeso, esposada y con un vendaje en la frente. No para quieta y se mece en la silla. Parece hablar entre dientes consigo misma. Al preguntarle qué dice, tan solo repite "Lo siento, lo siento". No responde a ninguna otra pregunta.

Su psiquiatra ha acudido a urgencias poco después del accidente y dice que la Sra. Allen y su amiga residen desde hace mucho tiempo en el hospital psiquiátrico donde trabaja. Acababan de empezar a recibir permisos semanales de salida como parte de un intento de reinserción social, y ese había sido el primer viaje en autobús de la Sra. Allen sin ir acompañada de un miembro del personal. El psiquiatra no acaba de explicarse la razón de que sacara el cuchillo.³² (ANEXO 4)

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE GORDON:

Se eligen los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon³³ porque son útiles en la valoración del funcionamiento global de los ejes IV (problemas psicosociales y ambientales) y V (evaluación de la actividad global) del DSM, son un referente en el cuidado integral y están muy extendidos entre las enfermeras especialistas en salud mental de España.^{34, 35}

Si se quisiera estudiar tanto la parte física como la mental, se podrían hacer dos formas de valoración simultáneas: una por Necesidades Básicas de Virginia Henderson y otra por Patrones Funcionales de Gordon, pero no es nuestro caso.

Patrón 1: Percepción y mantenimiento de la salud → NO ALTERADO

Diagnóstico médico: Esquizofrenia, episodios múltiples, actualmente en episodio agudo.

Aspecto físico: Buen estado general.

Conciencia de enfermedad: Sí.

Conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento: Elevados, ya que ha recibido psicoeducación en el psiquiátrico donde reside.

Adherencia al tratamiento: Sí, toma clozapina por vía oral todos los días e insiste en seguir tomándola.

Hábitos tóxicos: No.

Alergias: No conocidas.

Patrón 2: Nutricional y metabólico → ALTERADO

Peso: 80 Kg Talla: 1,65 m IMC: 29,38 Kg/m² (sobrepeso)

Dieta: Variada, equilibrada y regular, ya que le preparan la comida en el psiquiátrico, sigue los horarios y le gusta todo. Come rápido y de forma ansiosa.

Ingesta de líquidos: Bebe 3-4 vasos de agua diarios, lo que disminuye durante las crisis.

Problemas digestivos: No.

Dentición: Falta de higiene, le faltan algunos molares que no le impiden la masticación.

Mucosa oral: Hidratada, íntegra y con buen color. Sialorrea nocturna.

Piel: Hidratada, íntegra y algo pálida debido a la escasa exposición solar.

Patrón 3: Eliminación → ALTERADO

Eliminación urinaria: 4-5 micciones diarias, de características normales. Continente.

Eliminación intestinal: Estreñimiento debido a la clozapina.

Sudoración: Durante las crisis.

Patrón 4: Actividad y ejercicio → ALTERADO

Frecuencia cardíaca: 80 ppm

Frecuencia respiratoria: 15 rpm (eupneica)

TA: 125/70 (normotensa)

Actividad: No realiza ejercicio físico con regularidad ni desea participar en actividades de consumo de energía. Es el síntoma negativo más evidente.

Psicomotricidad: Agitada durante las crisis. No para quieta y se mece en la silla atrás y adelante.

Patrón 5: Sueño y descanso → ALTERADO

Horas de sueño: 9h

Problemas de sueño: Alteración del ritmo circadiano, tiende a acostarse a altas horas de la madrugada y a levantarse tarde, a pesar de los horarios del psiquiátrico. Algunos días presenta sedación y somnolencia diurna por efecto de la clozapina.

Calidad del sueño: Buena.

Patrón 6: Cognitivo y perceptivo → ALTERADO (ANEXO 5)

Nivel de conciencia: Alerta.

Orientación: Orientada en el espacio y el tiempo.

Atención: Disminuida, sólo mira momentáneamente a los ojos del entrevistador.

Memoria: Intacta, recuerda el episodio que sufrió en el autobús.

Percepción: Suele tener alucinaciones auditivas que consisten en una voz crítica que comenta su comportamiento. Ha respondido bien al tratamiento con clozapina.

Pensamiento: Concreto, puede ejercer la autorreflexión estando relajada.

Lenguaje: Escaso y repetitivo (ecolalia), con respuestas estereotipadas, tan solo repite "Lo siento, lo siento".

Patrón 7: Auto percepción y autoconcepto → ALTERADO

Baja autoestima, aunque últimamente le cuesta menos levantarse por las mañanas y tiene la esperanza de encontrar un trabajo y vivir con más independencia. Insiste en seguir tomando la clozapina.

Patrón 8: Rol y relaciones → ALTERADO

Pobreza afectiva, no consigue más que vínculos frágiles con otros pacientes.

Apenas tiene relación con sus padres porque viven fuera de la ciudad.

Tiene buena relación con su amiga con la que iba en el autobús y participan en terapias de grupo.

Habla con su psiquiatra con el que tiene consulta 5 días a la semana.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción → NO ALTERADO

Disfunción sexual: No.

No mantiene relaciones sexuales.

Patrón 10: Afrontamiento y tolerancia al estrés → ALTERADO

Ansiedad y estrés exacerbados desde que comenzó la crisis.

Dificultad para adaptarse a los cambios.

Modo de afrontamiento dirigido a la emoción (negación, temor, ansiedad).

Aumento de su capacidad para enfrentarse a tareas desde hace un año.

Patrón 11: Valores y creencias → NO ALTERADO

Religión: No profesa ninguna.

Valores: Le motiva agradar y su mayor objetivo es tener su propio cuarto en su propia casa con sus propios amigos.^{2, 36, 37}

Diagnóstico y Planificación

A continuación se exponen los principales diagnósticos de enfermería (DxE) de la paciente con sus correspondientes resultados e intervenciones, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Se han dividido los diagnósticos en tres tipos: por un lado, los diagnósticos a abordar durante la fase aguda actual; por otro, los diagnósticos más relevantes relacionados con su trastorno mental en fase de mantenimiento; y por último, una serie de diagnósticos secundarios relacionados con otros aspectos de su salud no menos importantes ya que el abordaje de la paciente es integral.³⁷⁻⁴⁵

DIAGNÓSTICOS EN FASE AGUDA

DxE: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

r/c confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación
 imprecisión en la apreciación de la amenaza
 incapacidad para conservar la energía adaptativa
 recursos inadecuados
 sentido de control insuficiente

m/p capacidad y habilidades de resolución de problemas insuficientes
 conducta destructiva hacia los demás
 estrategias de afrontamiento ineficaces
 incapacidad para manejar la situación.

RESULTADO (NOC):

Indicadores de resultados:
 (puntuar de 1 a 5)

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

INTERVENCIÓN (NIC):
Actividades:

1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

- 130201 Identifica patrones de superación eficaces.
- 130204 Refiere disminución de estrés.
- 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos.

5230 Mejorar el afrontamiento

- Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Desalentar la toma de decisiones cuando la paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de la paciente.

<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p>6160 Intervención en caso de crisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente de apoyo. • Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar a la paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas. • Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva. • Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.
<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p>6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar sistemáticamente el ambiente para mantenerlo libre de peligros. • Limitar a la paciente el uso de armas potenciales (objetos afilados y cuerdas). • Utilizar platos de papel y utensilios de plástico durante las comidas.

<p><u>RESULTADO (NOC):</u></p> <p><u>Indicadores de resultados:</u> (puntuar de 1 a 5)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p> </div> <p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;">1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS</p> <p>140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales. 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. 140504 Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás. 140512 Mantiene el autocontrol sin supervisión.</p> <p style="background-color: #fff3f3; padding: 5px;">4370 Entrenamiento para controlar los impulsos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Ayudar a la paciente a elegir el curso de acción más beneficioso. • Proporcionar un refuerzo positivo (alabar y compensar) de los resultados satisfactorios.
<p><u>RESULTADO (NOC):</u></p> <p><u>Indicadores de resultados:</u> (puntuar de 1 a 5)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p> </div> <p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p style="background-color: #f8d7da; padding: 5px;">0906 TOMA DE DECISIONES</p> <p>090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. 090608 Compara alternativas. 090609 Escoge entre varias alternativas.</p> <p style="background-color: #fff3f3; padding: 5px;">4480 Facilitar la autorresponsabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la independencia, pero ayudar a la paciente cuando no pueda realizar la acción dada. • Animar a la paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible. • Ayudar a la paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.

DIAGNÓSTICOS EN FASE AGUDA

DxE: 00128 CONFUSIÓN AGUDA

r/c fase aguda de esquizofrenia

m/p agitación

alteración de la función cognitiva y psicomotora

incapacidad para iniciar conductas orientadas a objetivos

inquietud.

RESULTADO (NOC):

Indicadores de resultados:

(puntuar de 1 a 5)

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

INTERVENCIÓN (NIC):

Actividades:

1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO

140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.

140302 No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes.

140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes.

140309 Interacciona con los demás de forma apropiada.

6510 Manejo de las alucinaciones

- Fomentar una comunicación clara y abierta.
- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada.
- Evitar discutir con la paciente sobre la validez de las alucinaciones.
- Centrar la discusión sobre los sentimientos subyacentes, en lugar de en el contenido de las alucinaciones.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda.

<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u> <u>Actividades:</u></p>	<p>4700 Reestructuración cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estrés. • Ayudar a la paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. • Ayudar a la paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
<p><u>RESULTADO (NOC):</u> <u>Indicadores de resultados:</u> (puntuar de 1 a 5)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno</p> </div>	<p>0916 NIVEL DE DELIRIO</p> <p>091609 Dificultad para mantener la atención. 091610 Dificultad para mantener una conversación. 091613 Alteración del nivel de conciencia. 091616 Agitación. 091620 Alucinaciones. 091621 Delirios.</p>
<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u> <u>Actividades:</u></p>	<p>6440 Manejo del delirio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los miedos y sentimientos de la paciente. • Proporcionar una seguridad optimista pero realista. • Permitir que la paciente mantenga rituales que limiten la ansiedad. • Acercarse a la paciente lentamente y de frente. • Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas.

DIAGNÓSTICOS EN FASE AGUDA

DxE: 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

r/c alteración de la función cognitiva
trastorno psicótico.

RESULTADO (NOC):

Indicadores de resultados:

(puntuar de 1 a 5)

- | |
|--------------|
| 1 Grave |
| 2 Sustancial |
| 3 Moderado |
| 4 Leve |
| 5 Ninguno |

INTERVENCIÓN (NIC):

Actividades:

INTERVENCIÓN (NIC):

Actividades:

1212 NIVEL DE ESTRÉS

- 121213 Inquietud.
- 121235 Interrupción del proceso de pensamiento.
- 121219 Arrebatos emocionales.
- 121222 Ansiedad.
- 121223 Desconfianza.

4350 Manejo de la conducta

- Hacer que la paciente se sienta responsable de su conducta.
- Establecer límites con la paciente.
- Establecer hábitos.
- Alabar los esfuerzos de autocontrol.

5820 Disminución de la ansiedad

- Establecer claramente las expectativas de comportamiento de la paciente.
- Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

DIAGNÓSTICOS EN FASE DE MANTENIMIENTO

DxE: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL

r/c alteración del estado mental
 recursos personales insuficientes (afectos escasos y mal controlados)
m/p contacto visual escaso
 preocupación por los propios pensamientos
 retraimiento.

RESULTADO (NOC):

Indicadores de resultados:

(puntuar de 1 a 5)

- | |
|---|
| 1 Nunca demostrado
2 Raramente demostrado
3 A veces demostrado
4 Frecuentemente demostrado
5 Siempre demostrado |
|---|

INTERVENCIÓN (NIC):

Actividades:

1204 EQUILIBRIO EMOCIONAL

- 120401 Muestra un afecto adecuado a la situación.
- 120402 Muestra un estado de ánimo sereno.
- 120403 Muestra control de los impulsos.

5330 Control del estado de ánimo

- Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual), cuando sea conveniente.
- Ayudar a la paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
- Proporcionar habilidades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.
- Observar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación y su efecto sobre el estado de ánimo de la paciente.

<p><u>RESULTADO (NOC):</u></p> <p><u>Indicadores de resultados:</u> (puntuar de 1 a 5)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado</p> </div>	<p>1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL</p> <p>150202 Receptividad si es apropiado/procedente. 150205 Uso de la asertividad si procede. 150206 Afrontación si procede. 150216 Utilizar estrategias de resolución de conflictos.</p>
<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente a identificar los problemas interpersonales derivados del déficit de habilidad social. • Animar a la paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. • Identificar las habilidades sociales específicas que constituirán el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.
<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p>5100 Potenciación de la socialización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la paciente a desarrollar relaciones. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

DIAGNÓSTICOS EN FASE DE MANTENIMIENTO

DxE: 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA

r/c enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia)

m/p búsqueda de reafirmación excesiva

- conducta no asertiva
- contacto visual escaso
- culpabilidad
- depende de las opiniones de los demás (le gusta agradar).

RESULTADO (NOC):

Indicadores de resultados:

(puntuar de 1 a 5)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado |
|---|

INTERVENCIÓN (NIC):

Actividades:

1205 AUTOESTIMA

- 120502 Aceptación de las propias limitaciones.
- 120504 Mantenimiento del contacto ocular.
- 120507 Comunicación abierta.
- 120514 Aceptación de críticas constructivas.
- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.

5400 Potenciación de la autoestima

- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar a la paciente a encontrar la autoaceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación.
- Recompensar o alabar el progreso de la paciente en la consecución de objetivos.

<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p>5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Favorecer la conversación o el llanto como para disminuir la respuesta emocional. • Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
<p><u>INTERVENCIÓN (NIC):</u></p> <p><u>Actividades:</u></p>	<p>4340 Entrenamiento de la asertividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar entre conductas asertivas, agresivas y pasivo-agresivas. • Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos. • Ayudar a la paciente a distinguir entre pensamiento y realidad. • Instruir a la paciente en las distintas formas de actuar con asertividad.

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS**00011 ESTREÑIMIENTO****00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL****00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL****00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD****00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS****00146 ANSIEDAD****00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ****00233 SOBREPESO****00251 CONTROL EMOCIONAL INESTABLE**

Ejecución

El plan de cuidados se llevará a cabo en el hospital psiquiátrico en el que reside la paciente, de la mano de una enfermera especialista en salud mental.

El margen temporal para cumplir con los objetivos será realista e individualizado, con el fin de que la paciente abandone el psiquiátrico y sea trasladada a uno de los doce pisos tutelados disponibles en la ciudad de Zaragoza, diseñados de acuerdo a las necesidades de la persona según su grado de autonomía durante el proceso rehabilitador.^{39, 46}

Después del traslado, la paciente será controlada de forma semanal por una enfermera especialista en salud mental de un centro de Atención Primaria. Además, la enfermera del hospital psiquiátrico realizará asistencia domiciliaria todos los meses y comprobará su evolución, basándose en una serie de criterios de resultados relacionados con acciones de la vida cotidiana de una persona con normal funcionamiento, como son las relaciones sociales y las actividades recreativas.

En el futuro, cabe la posibilidad de que la paciente viva de forma independiente y siga controlada desde Atención Primaria.

De esta forma, nuestra paciente se convertirá en una usuaria normalizada de los servicios sociales y alcanzará el máximo grado de autonomía dentro de sus limitaciones, gracias a la intervención de la enfermería hospitalaria y sobre todo comunitaria.

Evaluación

Desde el comienzo, transcurso y finalización del plan se realizará una evaluación, valorando el cumplimiento de los indicadores de resultados y de los objetivos propuestos. También se valorarán las actividades, que se pueden ir modificando durante el transcurso del plan, de modo que siempre estén adaptadas e individualizadas a la paciente.

Además, la enfermera del hospital psiquiátrico evaluará los síntomas positivos, negativos y la psicopatología general de la paciente mediante la escala PANSS heteroaplicada.⁴⁷ (ANEXO 6)

CONCLUSIONES

1. Enfermería tiene gran importancia y dispone de un amplio campo de actuación en Salud Mental, un ámbito desconocido para muchos profesionales sanitarios y con intervenciones específicas y distintas al resto de servicios.
2. El abordaje integral, adaptado e individualizado del paciente mental resulta esencial, ya que cada persona responde de forma distinta al mismo trastorno y por lo tanto sus necesidades de cuidados son únicas y variables durante su evolución.
3. La intervención comunitaria es fundamental e imprescindible para lograr el máximo grado de autonomía y reinserción social del paciente mental, una vez se ha tratado su trastorno desde el ámbito hospitalario.
4. La esquizofrenia sigue siendo un trastorno mental desconocido y estigmatizado por la mayoría de la población, lo que dificulta el tratamiento precoz y la reinserción del paciente. Por ello, enfermería debe desarrollar numerosas campañas de educación y concienciación de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Buckley PF, Foster A. Schizophrenia: Current Concepts and Approaches to Patient Care. Am Health Drug Benefits. 2008; 1(4): 13-22.
- 2) Fernández Morales MI, Petryshyna O, Villafáfila Quintana C. Plan de cuidados de enfermería para pacientes con esquizofrenia. Rev Paraninfo Digital. 2015; 22.
- 3) Vallejo Ruiloba J, Menchón Magriñá JM, Blanch Andreu J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 8ª ed. Ámsterdam: Elsevier Masson; 2015.
- 4) Eby L, Brown NJ. Cuidados de enfermería en salud mental. 2ª ed. Madrid, etc.: Pearson Education; 2009.
- 5) Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. Nota descriptiva Nº 397. Ginebra: OMS; 2016 [actualizado en Abril de 2016, citado el 1 de mayo de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- 6) Thara R. Schizophrenia - Enhancing hope with better care & research. Indian J Med Res. 2014; 140(4): 469-471.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
- 8) Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.

- 9) González Pérez F, Eslava Martín A, Baena Mora S, Aragón Puertas M, Muñoz Borrego D, Márquez Carrasco Á. Calidad de vida y esquizofrenia: una aproximación hacia la objetividad. *Biblioteca Lascasas*. 2009; 5(6).
- 10) Rodríguez-Vidal M, Castro-Salas M, Sanhueza-Escobar V, del-Valle-Utreras A, Martínez-Arriagada J. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*. 2011; 11(1): 66-76.
- 11) Fontanella CA, Guada J, Phillips G, Ranbom L, Fortney JC. Individual and Contextual-Level Factors Associated with Continuity of Care for Adults with Schizophrenia. *Adm Policy Ment Health*. 2014; 41(5): 572-587.
- 12) Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Gobierno de Aragón. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Aragón: Comunidad de Aragón; 2002.
- 13) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica. Edición Española (CIE-10-ES) [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [actualizado en enero de 2016, citado el 1 de mayo de 2016]. Disponible en:
https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- 14) Saunders JC. Perioperative Nursing Care of Patients with Schizophrenia. *AORN J*. 2009; 89(5): 893-897.
- 15) Lee J, Remington G. Schizophrenia as a Lifelong Illness: Implications for Care. *Ann Acad Med*. 2015; 44(1): 26-28.
- 16) Liu J. Balancing Therapeutic Safety and Efficacy to Improve Clinical and Economic Outcomes in Schizophrenia: A Managed Care Perspective. *Am J Manag Care*. 2014; 20(8): S174-S183.

- 17) Mayer-Amberg N, Woltmann R, Walther S. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*. 2016; 6: 184.
- 18) Novakovic V, Barkin RL, Hamner MB, O'Connell KL. Schizophrenia: Improving the Continuity of Care to Ensure Optimal Patient Outcomes. *Dis Mon*. 2012; 58(7): 395-409.
- 19) Vancampfort D, Probst M, Helvik Skjaerven L, Catalan-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gomez-Conesa A, et al. Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy within a Multidisciplinary Care Approach for People with Schizophrenia. *Phys Ther*. 2012; 92(1): 11-23.
- 20) Steinwachs DM, Roter D, Skinner EA, Lehman AF, Fahey M, Cullen B, et al. A Web-Based Program to Empower Patients With Schizophrenia to Discuss Quality of Care With Mental Health Providers. *Psychiatr Serv*. 2011; 62(11): 1296-1302.
- 21) Won M, Lee K, Lee J, Choi Y. Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012; 26(1): 54-62.
- 22) Seo J, Ahn S, Byun E, Kim C. Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007; 21(6): 317-326.
- 23) Moll MF, Saeki T. Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. *Rev Lat Am*. 2009; 17(6): 995-1000.
- 24) Fernández FJ, Hidalgo D, Hernández E. Esquizofrenia: psicoeducación como herramienta de enfermería. *Horiz Enferm*. 2011; 22(2): 21-28.

- 25) Bohórquez Peñaranda A, Gómez Restrepo C, Oviedo Lugo GF, de la Hoz Bradford AM, Castro Díaz SM, García Valencia J, et al. Modalidades de atención para el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia en fase aguda y de mantenimiento. *Rev Colomb Psiquiat.* 2014; 44(S1): 101-109.
- 26) Vieweg WVR, Hasnain M, Pandurangi AK. Coordinated Medical and Psychiatric Care in Schizophrenia. *Am J Med.* 2012; 125(3): 219-220.
- 27) Ramos-Pichardo JD. Efectividad de una intervención enfermera a domicilio para mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria-actividades instrumentales de la vida diaria y la carga familiar en adultos con esquizofrenia. *Enferm Clin.* 2013; 23(2): 79-80.
- 28) Marchisio S, Vanetti M, Valsesia R, Carnevale L, Panella M. Effect of Introducing a Care Pathway to Standardize Treatment and Nursing of Schizophrenia. *Community Ment Health J.* 2009; 45(4): 255-259.
- 29) Hernández Ramos MA, Sanvicente Blanco MC, Vega Romero A; Molinero Sastre J. Intervenciones enfermeras en la rehabilitación del paciente diagnosticado de esquizofrenia. *Rev Presencia.* 2010; 6(11).
- 30) Jenkins P. Receiving care for schizophrenia: a users' and carers' perspective. *Psychiatry.* 2008; 7(11): 451-453.
- 31) Viron M, Baggett T, Hill M, Freudenreich O. Schizophrenia for Primary Care Providers: How to Contribute to the Care of a Vulnerable Patient Population. *Am J Med.* 2012; 125(3): 223-230.
- 32) Barnhill JW, American Psychiatric Association. *DSM-5: Casos clínicos.* Buenos Aires, Madrid etc.: Editorial Médica Panamericana; 2015.

- 33) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Capítulo 4: Metodología aplicable a las normas NE IG [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [actualizado el 4 de mayo de 2012, citado el 1 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>
- 34) Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid etc.: Editorial Médica Panamericana; 2012.
- 35) Castaño Mora Y, Erazo Cháve IC, Piedrahita Sandoval LE. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. *Enferm Global*. 2012; 28: 41-51.
- 36) Aragón Moyano F. Paciente con Esquizofrenia: Proceso de Enfermería. *Rev ENE Enferm*. 2014; 8(1).
- 37) Subdirección de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Murcia: Comunidad de Murcia; 2009.
- 38) Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería en Salud Mental, guías para la práctica. País Vasco: Osakidetza / Servicio Vasco de Salud; 2002.
- 39) Colomer Simón AJ, Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MA. Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón, Plan Estratégico de Salud Mental. Aragón: Comunidad de Aragón; 2002.
- 40) Alzate Guergué A, Ortiz Lázaro A, Arjona Sucunza V, Arteaga Urrutia E. Plan de Cuidados de Enfermería en el paciente esquizofrénico. *Rev PULSO*. 2013; 75: 31-34.

- 41) Kamitsuru S, Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Barcelona etc: Elsevier; 2015.
- 42) Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona etc.: Elsevier; 2012.
- 43) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona etc.: Elsevier; 2013.
- 44) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona etc.: Elsevier; 2013.
- 45) Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Gobierno de Aragón. Diagnósticos Enfermeros en Salud Mental: Identificación, Desarrollo y Aplicación. Aragón: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.
- 46) Grupo Rey Ardid. Programa de pisos [Internet]. Zaragoza: Grupo Rey Ardid. 2011 [actualizado en 2011, citado el 1 de mayo de 2016]. Disponible en:
<http://www.reyardid.org/imagenes/documentos/97.pdf>
- 47) Servicio Andaluz de Salud. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia / Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1: Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

Tabla 17-5 Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

Síntomas positivos	Síntomas negativos
Alucinaciones Ideas delirantes Trastornos formales del pensamiento (incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad e ilogicalidad) Conducta extravagante o desorganizada Catatonia	Pobreza del lenguaje y pensamiento (alogia) Bloqueos del pensamiento Embotamiento o aplanamiento afectivo Retraimiento social Escaso autocuidado Apatía Anhedonia Abulia (pérdida de motivación, anergia e inconstancia en las actividades)

Fuente: Manual de Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, de J. Vallejo Ruiloba.

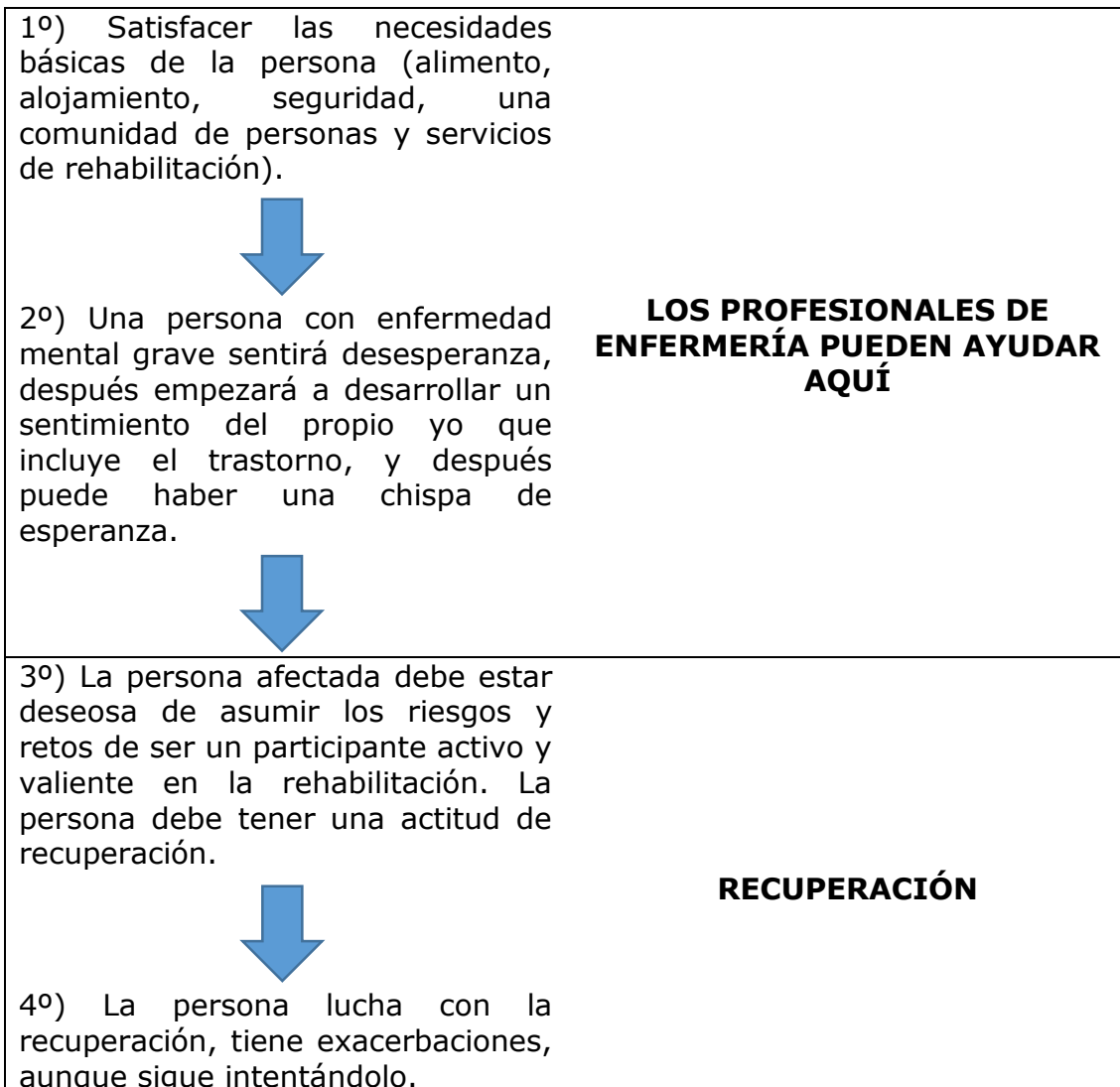
ANEXO 2: Signos y síntomas de la esquizofrenia

Tabla 17-4 Signos y síntomas de la esquizofrenia

Trastornos del contenido del pensamiento	Ideas delirantes Pobreza del contenido del pensamiento
Trastornos formales del pensamiento	Asociaciones laxas de ideas Incoherencia Ausencia de lógica Circunstancialidad y tangencialidad Neologismos Bloqueos Ecolalia Aumento de latencia de las respuestas Perseveración
Alteraciones de la percepción	Alucinaciones auditivas (ruidos, música, voces amenazantes, obscenas, acusatorias, que ordenan, comentan la actividad del sujeto o que conversan entre ellas). Son las más frecuentes Alucinaciones visuales Otras alucinaciones menos frecuentes: cinestésicas o táctiles, gustativas y olfatorias
Trastornos de la afectividad	Embotamiento o aplanamiento afectivo (reducción de la reactividad emocional) Afectividad inapropiada Depresión pospsicótica (hasta un 25% de pacientes)
Trastornos del movimiento y de la conducta	Síntomas catatónicos (mutismo, negativismo, rigidez, adopción de posturas con flexibilidad cérea, estupor o agitación catatónica) Estereotipias, manierismos, ecopraxia, obediencia automática. Deterioro global de la conducta personal y social, anergia, apatía, abulia, conducta extravagante o desorganizada, actos inmotivados, auto y heteroagresividad, inadecuación sexual
Trastornos cognitivos	Déficit atencional, de la memoria de trabajo, verbal y visual Alteraciones en funciones ejecutivas de planificación y abstracción Poca capacidad de abstracción
Signos y síntomas físicos	Signos neurológicos menores: alteraciones de la estereoagnosia, grafestesia, equilibrio y propiocepción Anomalías oculares (ausencia de contacto ocular, fijación de la mirada, aumento de la frecuencia de parpadeo y alteraciones del movimiento de seguimiento ocular) Alteraciones físicas menores y anomalías dermatoglíficas Síntomas vegetativos: alteraciones del sueño (déficits de sueño delta y acortamiento de la latencia del sueño REM) y de la función sexual

Fuente: Manual de Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, de J. Vallejo Ruiloba.

ANEXO 3: Recuperación de una enfermedad mental grave



Fuente: Elaboración propia a partir de la figura 8-2 del libro "Cuidados de enfermería en salud mental", de Linda Eby y Nancy J. Brown.

ANEXO 4: Caso clínico completo

“Felicía Allen es una mujer de 32 años de edad que es llevada por la policía al servicio de urgencias (SU) después de que, al parecer, tratara de secuestrar un autobús. Como parecía una “persona perturbada emocionalmente”, se solicitó una interconsulta a Psiquiatría.

Según el informe de la policía, la Sra. Allen había amenazado al conductor con un cuchillo, había tomado el control del autobús urbano, casi vacío, y lo había estrellado. Se obtuvo un relato más completo de una amiga de la Sra. Allen que estaba en el autobús pero que no había sido arrestada. Según ella, habían subido al autobús para ir a un centro comercial cercano. La Sra. Allen se sintió frustrada cuando el conductor rechazó sus billetes de dólar. Rebuscó en el bolso pero, en lugar del importe exacto, sacó un cuchillo de cocina que llevaba para protegerse. El conductor salió huyendo, con lo que ella ocupó el asiento vacío y cruzó el autobús en la calle, estrellándolo contra un coche estacionado allí cerca.

En la exploración, la Sra. Allen aparecía como una mujer joven con sobrepeso, esposada y con un vendaje en la frente. No paraba quieta y se mecía en la silla atrás y adelante. Parecía hablar entre dientes consigo misma. Al preguntarle qué decía, la paciente miró momentáneamente a los ojos del entrevistador y tan solo repitió “Lo siento, lo siento”.

Se obtuvo más información de un psiquiatra que había acudido al SU poco después del accidente. Este dijo que la Sra. Allen y su amiga residían desde hace mucho tiempo en el hospital psiquiátrico estatal donde trabajaba. Acababan de empezar a recibir permisos semanales de salida como parte de un intento de reinserción social; ese había sido el primer viaje en autobús de la Sra. Allen sin ir acompañada de un miembro del personal.

Según el psiquiatra, la Sra. Allen había sido diagnosticada de “esquizofrenia paranoide resistente al tratamiento y de inicio en la infancia”. Había empezado a oír voces a los 5 años de edad. Corpulenta, fuerte, entrometida y psicótica, había estado hospitalizada casi constantemente desde los 11 años de edad. Sus alucinaciones auditivas consistían normalmente en una voz crítica que comentaba su comportamiento. El pensamiento era concreto, pero podía ejercer la autorreflexión estando relajada. Le motivaba agrandar y

repetidas veces decía que su mayor objetivo era “tener mi propio cuarto en mi propia casa con mis propios amigos”. El psiquiatra dijo que no acababa de explicarse la razón de que sacara el cuchillo. No había tenido últimamente alucinaciones y se había sentido menos paranoide, aunque se preguntaba si no había estado más psicótica de lo que había dejado ver. Era posible que simplemente se hubiera sentido impaciente e irritada. El psiquiatra también creía que prácticamente no había tenido nunca ningún periodo de desarrollo normal en la vida, por lo que tenía muy poca experiencia del mundo real.

La Sra. Allen llevaba tomando clozapina desde hacía 1 año y sus alucinaciones auditivas habían respondido bien. Había engordado 16 kg en ese periodo, pero le costaba menos salir de la cama por las mañanas, tenía la esperanza de poder encontrar finalmente un trabajo y vivir con más independencia, y había insistido en seguir tomando la clozapina. El trayecto en autobús hasta el centro comercial pretendía ser un paso en esa dirección.”

Fuente: DSM-5: Casos clínicos, de John W. Barnhill.

ANEXO 5: Evaluación del estado mental

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Motivo del ingreso (en las palabras del propio paciente, indica introspección):

Rodee con un círculo las evaluaciones que procedan. Cuando los hallazgos de las evaluaciones sean poco habituales, especifíquelos con una descripción.

Aspecto (acicalamiento/higiene):
 Adecuado para la situación
 Despeinado (sucio, descuidado)
 Poco habitual (especificar) _____

Actividad motora:
 Letárgico
 Relajado
 Inquieto
 Caminando
 Amenazante
 Otras (especificar) _____

Velocidad del habla:
 Lenta
 Normal
 Apresurada (rápida y difícil de interrumpir)
El contenido del habla es adecuado a la situación
 Poco habitual (especificar) _____

Interpersonal:
 Cooperativo
 Negativo/resistente
 Defensivo
 Intrusivo (demasiado cerca de los demás)
 Otro (especificar) _____

Estado de ánimo:
 Puntuación del estado de ánimo por el paciente en una escala de 1-10 ____
El estado de ánimo parece:
 Normal Deprimido
 Eufórico Enfadado
 Irritable Ansioso

Afecto:
 Amplio (puede expresar emociones positivas y negativas)
 Embotado
 Plano
 Lábil (cambiante)

Procesos del pensamiento (evaluar mediante el habla del paciente):
 Normales Ideas de referencia
 Bloqueo Paranoia
 Asociaciones laxas Ideas delirantes
 Grandiosidad **Ideas suicidas**
 Fuga de ideas **Ideas homicidas**

Alucinaciones:
 Ninguna
 Auditivas
 Visuales
 Otras (especificar) _____

Cognición: memoria a corto plazo

(preguntar al paciente qué ha desayunado)

Intacta

Deteriorada

Memoria a largo plazo

(preguntar al paciente dónde fue al colegio)

Intacta

Deteriorada

Juicio

(resolución de problemas, como: "¿Qué haría si estuviera lejos de casa y se acordara de que había dejado encendido el horno?")

Intacto

Deteriorado

No quiere/puede responder

Pensamiento abstracto

(interpretación de refranes, como "¿Qué significa el refrán: A quien madruga Dios le ayuda?")

Abstracto

Concreto

No quiere/puede responder

Fuente: Elaboración propia a partir del Cuadro 8-6 del libro "Cuidados de enfermería en salud mental", de Linda Eby y Nancy J. Brown.

ANEXO 6: Escala PANSS

RESUMEN DE PUNTUACIONES

Escala Positiva (PANSS-P)							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-P							
Escala Negativa (PANSS-N)							
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-N							
Índice compuesto (Total PANSS-P) - (Total PANSS-N)							
Psicopatología General (PANSS-PG)							
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Total PANSS-PG							

RESULTADOS

<i>SINDROME POSITIVO</i>	<input type="text"/>	PUNTOS	<input type="text"/>	PERCENTIL
<i>SÍNDROME NEGATIVO:</i>	<input type="text"/>	PUNTOS	<input type="text"/>	PERCENTIL
<i>INDICE COMPUESTO:</i>	<input type="text"/>	PUNTOS	<input type="text"/>	PERCENTIL
<i>PSICOPATOLOGÍA GENERAL:</i>	<input type="text"/>	PUNTOS	<input type="text"/>	PERCENTIL
<i>SISTEMA RESTRICTIVO:</i>	<input type="text"/>			
<i>SISTEMA INCLUSIVO:</i>	<input type="text"/>			

Fuente: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia, del Servicio Andaluz de Salud.