

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL.

Autor:

D^a. Marta Alcaraz Alburquerque.

Director:

D^o. Raúl López Cárceles

Murcia, a 10 de mayo de 2021.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL.

Autor:

D^a. Marta Alcaraz Alburquerque.

Director:

D^o. Raúl López Cárceles.

Murcia, a 10 de mayo de 2021.



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2020/2021	
Apellidos: Alcaraz Alburquerque		Nombre: Marta	
DNI: 48692466V	Titulación: Enfermería		
Título del trabajo: Esquizofrenia. Enfermedad mental y estigma social.			

El Prof./a. D. Raúl López Cárceles como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 10 de mayo de 2021

Fdo.:

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermana, que sin su ayuda y apoyo no habría podido llegar donde estoy hoy, ni cumplir mi sueño de ser enfermera. Gracias por ser mis pilares fundamentales, darme esta oportunidad y no dejar que me rinda nunca.

Gracias a mi pareja, por hacer de este sueño suyo también, ser como es, complementarme, confiar en mí y darme la fuerza que necesitaba en los momentos de flaqueza.

A mis amigos y familia, por apostar por mí siempre, acompañarme en los momentos más importantes de mi carrera y regalarme una sonrisa cuando más lo necesitaba.

Mencionar a mis hermanas de estos cuatro años, Miriam, Clara y María José. Gracias por todos los momentos, viajes y horas infinitas de charlas y trabajos, que siempre se hacían más fáciles, amenas y alegres. Os quiero para siempre.

Gracias a mi profesor y director Raúl López Cárceles, por su alegría, trabajo, paciencia, colaboración y ganas de vivir que demuestra, pero sobre todo por esos “buenos días” acompañados de una canción de Gossip, que dice “me muevo en la dirección correcta, lo estoy haciendo bien, un paso más cerca cada día”.

No pueden faltar mis agradecimientos a todos mis compañeros, profesores y profesionales de salud con los que he compartido momentos de aprendizaje, humanidad e ilusión por la profesión que he escogido.

ÍNDICE

INDICE DE IMÁGENES	XVII
INDICE DE TABLAS	XVII
INDICE DE ABREVIATURAS	XIX
RESUMEN	XXIII
ABSTRAC	XV
1. INTRODUCCIÓN	27
2. OBJETIVOS	31
2.1. Objetivo General	31
2.2. Objetivos Específicos	31
3. MARCO TEÓRICO	33
3.1. Enfermedad mental	33
3.1.1. <i>Concepto</i>	33
3.1.2. <i>Clasificación</i>	34
3.1.3. <i>Factores predisponentes</i>	35
3.1.4. <i>Recursos</i>	36
3.1.5. <i>Circuito de derivación</i>	38
3.2. Esquizofrenia	38
3.2.1. <i>Concepto</i>	38
3.2.2. <i>Origen y factores de riesgo</i>	40
3.2.3. <i>Características</i>	42
3.2.4. <i>Diagnóstico</i>	44
3.2.5. <i>Clasificación</i>	44
3.2.6. <i>Tratamiento</i>	45
3.3. Exclusión social en el enfermo mental	49
3.3.1. <i>Concepto</i>	49
3.3.2. <i>Características</i>	49

3.3.3. <i>Antecedentes históricos</i>	50
3.3.4. <i>Actualidad</i>	52
3.4. Repercusión de la pandemia por COVID-19	55
3.5. Situación legal de la enfermedad mental	60
3.5.1. <i>Antecedentes históricos</i>	60
3.5.2. <i>Actualidad</i>	62
3.5.3. <i>Ley de Dependencia (Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).</i>	63
3.5.4. <i>Ley Celaá (Ley Orgánica de Modificación de la LOE (LOMLOE)).</i>	64
3.6. Papel de enfermería	65
3.6.1. <i>Teoría de Enfermería de Dorothea Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia</i>	69
4. METODOLOGÍA	73
4.1. Diseño	73
4.2. Sujeto del estudio.	73
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.	73
4.4. Procedimiento de recogida de información	73
4.4.1. <i>Fuente de información.</i>	73
4.4.2. <i>Procedimiento de información.</i>	74
4.5. Procesamiento de los datos.	75
5. RESULTADOS	77
5.1. Descripción del caso.	77
5.2. Valoración	78
5.3 Diagnósticos de enfermería	80
5.3.1. <i>Priorización del diagnóstico de enfermería principal (DxEp), mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA</i>	84
5.3.2. <i>Justificación del DxEp.</i>	86
5.4. Problema de colaboración (PC) / Riesgos de complicación (RC)	87

5.4.1. <i>Priorización del riesgo de complicación principal (RCp), mediante una red de razonamiento clínico basado en el Modelo AREA.</i>	87
5.4.2. <i>Justificación del RCp.</i>	88
5.5 Planificación	89
5.5.1. <i>Planificación del DxEp.</i>	89
5.5.2. <i>Planificación del RCp</i>	94
5.6. Ejecución	97
5.6.1. <i>Cronograma de intervenciones/actividades</i>	97
5.6.2. <i>Ejecución de las intervenciones planificadas para el DxEp y RCp.</i>	100
5.7. Evaluación	118
5.7.1. <i>Evaluación del resultado del DxEp</i>	118
5.7.2. <i>Evaluación del resultado del RCp</i>	120
6. DISCUSIÓN	123
6.1. Limitaciones	129
7. CONCLUSIONES	131
8. REFERENCIAS	133
9. ANEXOS	141
9.1. Anexo 1. Artículo veinte del Boletín Oficial del Estado (BOE)	141
9.2. Anexo 2. Modelo BIFOCAL	142

FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de la Esquizofrenia en 2017 por grupos quinquenales de edad.	42
Figura 2. Mecanismo de acción de antipsicóticos convencionales.	47
Figura 3. Red de razonamiento del DxEp.	85
Figura 4. Red de razonamiento del RCp.	88

TABLAS

Tabla 1. Sintomatología de la Esquizofrenia	42
Tabla 2. Efectos adversos del tratamiento de la Esquizofrenia	47
Tabla 3. Selección de documentos de lectura crítica	75
Tabla 4. Puntuación NOC del DxEp	89
Tabla 5. Puntuaciones de indicadores del NOC del DxEp	90
Tabla 6. Puntuación del NOC del RCp	95
Tabla 7. Puntuación de indicadores del NOC de RCp	95
Tabla 8. Cronograma de octubre de los NIC	98
Tabla 9. Cronograma de noviembre de los NIC	99
Tabla 10. Puntuación de la evaluación del NOC del DxEp	118
Tabla 11. Puntuación de la evaluación de los indicadores del NOC del DxEp	118
Tabla 12. Puntuación de la evaluación del NOC del RCp	120
Tabla 13. Puntuación de la evaluación de los indicadores del NOC del RCp	120

ABREVIATURAS

‰: Tanto Por Ciento

°C: Grados centígrados

AE: Atención Especializada

AFES: Asociación e Familias y Enfermos Mentales

AFESMO: Asociación de Salud Mental de Molina y Comarca

AP: Atención Primaria

APA: Asociación Americana de Psicología

APICES: Asociación de Salud Mental de Cartagena

AREA: Análisis de Resultados del Estado Actual

ASOFEM: Asociación de Salud Mental de Lorca y Comarca

BOE: Boletín Oficial del Estado

CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades

CSM: Centro de Salud Mental

DxE: Diagnóstico de Enfermería

DxEp: Diagnóstico de Enfermería Principal

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EIR: Enfermero Interno Residente

FC: Frecuencias Cardíaca

FR: Frecuencias Respiratoria

FSMRM: Federación de Salud Mental de la Región de Murcia

Kg: Kilogramos

M: Metros

Mg: Miligramos

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PC: Problemas de Colaboración

PIR: Psicólogo Interno Residente

RC: Riesgos de Complicación

RCp: Riesgo de Complicación Principal

TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria

TFG: Trabajo Fin de Grado

TMG: Trastorno Mental Grave

UCE: Unidad de Corta Estancia

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

URH: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades mentales han sido desde el principio de los tiempos causa y pretexto de exclusión y estigmatización social, representando un 11% de todas las enfermedades mundiales. Se estima que 21 millones de personas aproximadamente en todo el mundo padecen Esquizofrenia, enfermedad mental que afecta a la persona que la padece, a sus familiares y a la sociedad en general. **Objetivos:** Describir los diferentes factores limitadores y excluyentes que repercuten en las personas diagnosticadas de enfermedad mental en general, y a los enfermos esquizofrénicos en particular. **Metodología:** Diseño de investigación basado en una metodología cualitativa tipo estudio de caso. Sujeto a estudio de 40 años ingresado en un hospital psiquiátrico de la Región de Murcia por un brote psicótico, tras un diagnóstico previo de Esquizofrenia Paranoide en 2009. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Scielo y ScieceDirect. **Resultados:** Mediante la recogida de datos y la valoración enfermera se determina como diagnóstico de enfermería principal (00078) Gestión ineficaz de la salud r/c dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p dificultad con el régimen terapéutico prescrito asociado al riesgo de complicación principal Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos, lo cual facilita la planificación de los objetivos y la realización de los cuidados. **Discusión:** Las personas con un trastorno mental, además de los cuidados universales, necesitan los derivados de su propia enfermedad. Esto requiere que enfermería, conozca en dicho trabajo todo lo referido de dichas patologías, e identifiquen los requisitos que necesitan estos pacientes para que sus cuidados sean efectivos. **Conclusiones:** Se verifica la existencia de una gran variedad de trastornos mentales como la Esquizofrenia y los distintos recursos para trabajar con estos pacientes, donde la enfermería ha venido realizando un papel fundamental, viéndose además la necesidad de la realización de planes de cuidados individualizados.

Descriptor: *Enfermedad mental, Esquizofrenia, Tratamiento, Exclusión social, Covid-19 y Cuidados de enfermería.*

ABSTRACT

Introduction: Mental illness has since the beginning of time been a cause and pretext for social exclusion and stigmatisation, accounting for 11% of all illnesses worldwide. It is estimated that approximately 21 million people worldwide suffer from schizophrenia, a mental illness that affects the person who suffers from it, their relatives and society in general. **Objectives:** To describe the different limiting and excluding factors that affect people diagnosed with mental illness in general, and schizophrenic patients in particular. **Methodology:** Research design based on a qualitative case study methodology. The study subject was 40 years old and was admitted to a psychiatric hospital in the Region of Murcia due to a psychotic outbreak, after a previous diagnosis of paranoid schizophrenia in 2009. A literature review was carried out in databases such as Dialnet, Scielo and ScieceDirect. **Results:** Through data collection and nursing assessment, the main nursing diagnosis (00078) Ineffective health management r/c difficulty in managing a complex therapeutic regimen m/p difficulty with the prescribed therapeutic regimen associated with the main complication risk Adverse effects of antipsychotic treatment, which facilitates the planning of objectives and the implementation of care. **Discussion:** People with a mental disorder need, in addition to universal care, care derived from their own illness. This requires that nurses, in such work, know everything about these pathologies, and identify the requirements that these patients need in order for their care to be effective. **Conclusions:** The existence of a wide variety of mental disorders such as schizophrenia and the different resources for working with these patients, in which nursing has been playing a fundamental role, is verified, as well as the need to draw up individualised care plans.

Descriptors: Mental illness, Schizophrenia, Treatment, Social exclusion, Covid-19 and Nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales han sido desde el principio de los tiempos lamentablemente causa y pretexto de exclusión, marginación y estigmatización social. Las mismas representan un 11% de todas las enfermedades en el mundo, proporción que se aumentará hasta un 14% más en los años próximos, ya que son más de 400 millones de personas afectadas por un trastorno mental (Díaz, et ál., 2020).

En 2019, se reportó que una de las especialidades con más consultas externas realizadas era la psiquiatría, de hecho, fue la especialidad con la media más alta de camas utilizadas en el periodo de larga estancia hospitalaria. El 50% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados evolucionan con un deterioro progresivo de sus capacidades, lo que provoca un elevado costo y un mayor sufrimiento de los pacientes, familias y de la sociedad en general, representando, además, un problema de gran importancia en la sanidad, en la cultura y en la sociedad (Díaz et ál., 2020).

La OMS estima que 21 millones de personas aproximadamente en todo el mundo padecen Esquizofrenia, enfermedad mental que afecta en un principio a la persona que la sufre en sus habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero también afecta considerablemente a sus familiares y a la sociedad en general. De hecho, cerca del 95% de los familiares de pacientes que padecen Esquizofrenia experimentan una sobrecarga importante que llega a reducir la calidad de vida y del cuidado, poniendo de esta manera en riesgo a ambos (González et ál., 2018).

Según Amador et ál. (2019) la Esquizofrenia se clasifica como un trastorno crónico, psicótico y grave, que se caracteriza por alteraciones en el pensamiento, en las emocionales y en la conducta. Afecta tanto a hombres como a mujeres, pero como evidencian Díaz, Ramos y Correa (2020) los hombres tienen un riesgo de un 30-40% mayor que las mujeres, siendo además la edad de inicio de los hombres 3-4 años más temprana que la de las mujeres. Este trastorno mental provoca limitaciones en el desarrollo personal y

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL.

social, además, presenta diversas fases y síntomas, así como diferentes factores predisponentes escasamente definidos. Esta enfermedad es tratada individualmente para reducir los síntomas y prevenir recaídas con terapias farmacológicas, psicológicas y sociales (Amador et ál., 2019).

La OMS determina que más del 50% de los pacientes con Esquizofrenia no reciben la atención necesaria, puesto que la esquizofrenia es considerada como uno de los trastornos mentales más incapacitantes para la vida cotidiana si no se sigue un tratamiento continuo y acertado, ya que la evolución de esta presenta un deterioro a nivel cognitivo que dificulta el desarrollo de las necesidades básicas (Guerra, 2018).

Hace pocas décadas, las personas con enfermedades mentales como la Esquizofrenia permanecían excluidos en asilos o instituciones psiquiátricas, sin ninguna esperanza de mejorar su funcionalidad, ni de integrarse de nuevo en la sociedad. Pero poco a poco, los objetivos terapéuticos han venido cambiando considerablemente, ya que estos van encaminados a que los pacientes recuperen la funcionalidad. Esta recuperación la pueden alcanzar 1 de cada 7 pacientes, lo que implica alcanzar un mejor funcionamiento cognitivo y social que conlleva alcanzar una mejor calidad de vida (Silva y Restrepo, 2019).

La pandemia que estamos viviendo por la enfermedad COVID-19 esta generando múltiples consecuencias, las cuales general infinitas discusiones de si se deben salvar vidas o la economía, pero, además, el interés también se esta focalizando en que existe una parte de la población vulnerable como son las personas con problemas mentales que aún no han recibido la atención necesaria ni el impacto sobre la población que se merece (Gargoloff, 2020).

Encontramos legislaciones inamovibles desde el siglo XX, donde se dictaron las primeras normas de internamiento psiquiátrico y se incluía la peligrosidad social, pero en cambio, actualmente las reformas que se realizan en cuanto a las personas con enfermedades mentales son secundarias, accesorias y sin importancia en la realidad social, ya que las legislaciones de

materia social no están reguladas por la Ley Orgánica, y lo que esto conlleva (Ortega, 2019).

El acto de cuidar, que es el papel de enfermería desde principios de la vida, es el resultado de proteger, promover y preservar a la humanidad. La evolución en la historia de los cuidados de enfermería ha pasado por muchas etapas, en las cuales en cada una se daba un tipo de cuidado u otro hasta llegar a la enfermería que hoy conocemos (Salas, 2018). En la actualidad la enfermería ha venido realizando un importante trabajo con las personas que padecen enfermedades mentales, ya que se pueden diferenciar tres roles de enfermería en cuanto al cuidado de los pacientes con enfermedades mentales como son el rol asistencias, el educativo y el de investigación (Guerra, 2018).

Sirva el presente trabajo para hacer un recorrido en conocer y describir la situación en la que se encuentran las personas con patologías de índole mental en general, y las diagnosticadas de Esquizofrenia en particular, personas que en muchas de las ocasiones y ámbitos son marginadas y desplazadas de la sociedad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir los diferentes factores limitadores y excluyentes que repercuten en las personas diagnosticadas de enfermedad mental en general, y a los enfermos esquizofrénicos en particular.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir la variedad tipológica de enfermedades mentales, su clasificación, así como los factores predisponentes y diferentes aspectos relacionados con dicha afección.

- Conocer la enfermedad mental Esquizofrenia, su diagnóstico, sintomatología, así como sus diferentes tratamientos.

- Exponer las diferentes terapias existentes, soluciones sociosanitarias y los recursos tanto económicos como legales existentes, para limitar el aislamiento social en el grupo de personas con afección mental objeto de estudio.

- Determinar la incidencia y las manifestaciones en la salud mental de la población en la pandemia producida por la enfermedad COVID-19, así como su repercusión en las personas diagnosticadas de una enfermedad psiquiátrica.

- Determinar el papel de enfermería dentro del proceso de atención a la persona con enfermedad mental, así como Elaborar un plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NOC, NIC de un paciente con brote de Esquizofrenia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Enfermedad mental

Las enfermedades mentales han sido desde el principio de los tiempos lamentablemente causa y pretexto de exclusión, marginación y estigmatización social. Las mismas representan un 11% de todas las enfermedades en el mundo, proporción que se aumentará hasta un 14% más en los años próximos, ya que son más de 400 millones de personas afectadas por un trastorno mental (Díaz, et ál., 2020).

3.1.1. *Concepto*

En la historia, el concepto de trastorno mental ha dado varios giros significativos con implicaciones claras en términos de estrategias de atención y política. Hasta el siglo XIX, se consideraba que la locura era una cuestión de orden público y social donde se recluía a las personas para apartarlas y proteger a la sociedad. Más tarde, la locura paso a ser una enfermedad como tal, ya que se trataba médicamente, aunque el encierro seguía primando frente al tratamiento terapéutico. En el siglo XX, se reclama una transformación e incluso se generan varias corrientes sobre la causa y el origen las enfermedades mentales, así como los métodos para tratarlas. Aún así en la actualidad se sigue exigiendo cambios organizativos y de estigma a gran escala (García, Peña y Torío, 2016).

En sus diferentes versiones, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), conceptualiza al trastorno mental como afirma Londoño (2017) como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad “(p.140).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma, además, que hay una gran variedad de trastornos mentales, los cuales cursan con manifestaciones distintas, aunque, por lo general, se caracterizan por una

mezcla de alteraciones en la conducta, en el pensamiento, en las emociones, en la percepción y en las relaciones con los demás (OMS, s.f).

3.1.2. Clasificación

En la quinta y última edición hasta ahora del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) de la Asociación Americana de Psicología (APA) los grupos de trastornos mentales son clasificados orientando a los especialistas a identificar los distintos cuadros clínicos y definir los diagnósticos.

Clasificación de los trastornos mentales según el DSM V (2013).

1. Trastornos del desarrollo neurológico
2. Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados
4. Trastornos depresivos
5. Trastornos de ansiedad
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados
7. Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés
8. Trastornos disociativos
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados
10. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
11. Trastornos de la excreción
12. Trastornos del sueño-vigilia
13. Disfunciones sexuales
14. Disforia de género
15. Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta
16. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos
17. Trastornos neurocognitivos
18. Trastornos parafilicos
19. Trastornos de personalidad
20. Otros trastornos mentales
21. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
22. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (APA, 2014).

Los diversos grupos de trastornos que clasifica el DSM-V (2013) demandan diferentes métodos y cuidados del paciente, ya sea con tratamiento psicológico y/o farmacológico (Londoño, 2017).

3.1.3. Factores predisponentes

Las enfermedades o trastornos mentales son en mayor o menor medida una mezcla entre los detonadores ambientales y sociales derivados del estilo de vida y de las experiencias, así como de la predisposición genética. Los factores de riesgo que pueden hacer más vulnerable a una persona a padecer una enfermedad mental son los componentes genéticos, las complicaciones prenatales o en el nacimiento como daños cerebrales o ser prematuro, tener una discapacidad física e intelectual, padecer una enfermedad crónica, la falta de vínculos afectivos o habilidades sociales, así como una autoestima baja o estar en aislamiento, por el motivo que sea (Ocampo, 2018).

En cuanto a los factores familiares, escolares, sociales y eventuales, existen los determinantes como la violencia familiar, padres en situación de desempleo, padres adolescentes, carencia de amigos en la infancia, relaciones insatisfactorias, discriminación social, condiciones inadecuadas en la vivienda, así como abusos sexuales y emocionales o procesos difíciles como la muerte de un familiar muy cercano. Además, podemos destacar algunos grupos vulnerables con un porcentaje de riesgo elevado de sufrir trastornos mentales, como son las familias en situación de pobreza o sin empleo, las víctimas de abuso y violencia, la población rural, edades avanzadas, la población migrante, los adolescentes con familias inestables o las personas con discapacidad (Ocampo, 2018).

Centrándonos en la genética, todo tipo de enfermedad mental tiene un elevado porcentaje de ser heredada, además de que el riesgo de desarrollarla está asociado con el grado de parentesco biológico que se tiene. Los trastornos más graves como son el Autismo, la Esquizofrenia o el Trastorno bipolar tienen un porcentaje más elevado de ser heredado que los trastornos más comunes y menos graves como es la Ansiedad y el Trastorno depresivo (Uher & Zwicker, 2017)

Complementando lo anteriormente descrito, además de confirmar que la enfermedad mental es hereditaria también se ha demostrado que los factores ambientales influyen. El mismo tipo de exposición ambiental influye en el desarrollo de muchas enfermedades mentales diferentes, ya que por ejemplo el hecho de vivir en un ambiente urbano es un factor para el desarrollo tanto de la Esquizofrenia como de otros trastornos mentales. Por el contrario, muchos tipos de factores ambientales influyen en el desarrollo de una misma enfermedad mental como es el caso de la Esquizofrenia, la cual aumenta el riesgo de padecerla la desnutrición materna, el déficit de vitamina D y las infecciones virales en la gestación, el nivel socioeconómico bajo o el maltrato infantil. Pero en cambio, ningún conjunto de exposiciones ambientales afecta de igual manera a las personas, ya que hay personas expuestas a estos y nunca desarrollan un trastorno mental (Uher & Zwicker, 2017).

Para concluir como describen Uher & Zwicker (2017) las experiencias tempranas de la vida pueden hacer que las personas sean más vulnerables o más resistentes a las exposiciones posteriores. Las causas ambientales de las enfermedades mentales son un conjunto de exposiciones sociales, físicas y químicas que ocurren en diferentes etapas de la vida por lo que no hay que buscar causas específicas en el desarrollo de un trastorno mental, si no que se debe estudiar una multitud de influencias ambientales a lo largo de la vida de la persona.

3.1.4. Recursos

En España los servicios asistenciales que se les ofrecen a los pacientes con enfermedades mentales, tienen diversas funciones. Se atienden en unidades hospitalarias con diversos objetivos, en urgencias, también se controla a los pacientes dados de alta de los hospitales, se desarrollan programas de reinserción, se presta asistencia domiciliaria y se da apoyo y asesoramiento en atención primaria, entre otras (Vega, 2019).

En las unidades de hospitalización se atiende a pacientes cuya sintomatología lo requiere y necesitan un tratamiento que solo se pueda ofrecer en dicha unidad. En estas unidades se presta tratamiento, interconsultas con psiquiatras y funciones como la docencia y la investigación (Vega, 2019).

Existen varias unidades dentro de los hospitales, como es por un lado la unidad de rehabilitación, donde los pacientes reciben un tratamiento multidisciplinar con el objetivo de que los pacientes tengan el mayor grado de autonomía posible. Por otro lado, está el área residencial, donde los pacientes necesitan cuidados psiquiátricos continuados debido a que presentan déficits tras un largo periodo de institucionalización que no pueden ser tratados en atención primaria, como pueden ser las residencias o pisos tutelados de alta supervisión (Vega, 2019).

Para ayudar a la desinstitucionalización o evitar el riesgo de recaída y todo lo que ello conlleva, existen estructuras intermedias como son los hospitales y centros de día. Los hospitales de día suponen un abordaje terapéutico activo, continuado e intensivo para evitar la ruptura del paciente con el tratamiento, en cambio, los centros de día, tienen servicios de rehabilitación y reinserción social para pacientes crónicos o deteriorados por su enfermedad. Complementando lo descrito anteriormente, contamos con programas específicos como son la salud mental infantojuvenil, la psicogeriatría, la drogodependencia y la unidad de tratamiento a pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre otros (Vega, 2019).

Para complementar los recursos expuestos anteriormente, daremos a conocer la Federación de Salud Mental de la Región de Murcia (FSMRM), que nace en octubre de 1998, ante la necesidad de los familiares y las personas con problemas de salud mental de reivindicar servicios y recursos que eran inexistentes o insuficientes para la normalización y rehabilitación de este colectivo, teniendo como objetivos prioritarios la promoción de estas personas y la defensa de sus derechos. Actualmente la Federación esta compuesta por diversas asociaciones repartidas por la región como AFES (Asociación de Familias y Enfermos Mentales), APICES (Asociación de Salud Mental de Cartagena), ASOFEM (Asociación de Salud Mental Lorca y Comarca) y AFESMO (Asociación de Salud Mental de Molina y Comarca), las cuales ofrecen servicios de información y asesoramiento, atención a las familias, rehabilitación psicosocial, ocio, terapias, voluntariado y sensibilización. Existen asociaciones tanto exclusivas para ciertas enfermedades como los TCA, como asociaciones que prestan sus servicios a todos los pacientes en general. En

ellas hay centros de día, residencias, viviendas tuteladas, servicios de promoción de la autonomía personal, de atención en la salud infantil y juvenil, y de inserción laboral y formación, así como un centro especial de empleo (FSMRM, 2012).

3.1.5. Circuito de derivación

Una vez que conocemos los recursos que tenemos, debemos saber los distintos caminos que hay para la captación de los pacientes con trastornos mentales. En primer lugar, tenemos la Atención Primaria (AP), la cual es el primer eslabón para poder alcanzar la Atención Especializada (AE), siendo la primera la que realiza la derivación a la segunda. También están las urgencias generales y las psiquiátricas, las fuerzas de seguridad del estado y el ingreso por petición familiar o ingreso no voluntario. Tras llegar a la atención necesaria, que es la del psiquiatra, dependiendo del estado en el que se encuentre el paciente, se seguiría el protocolo adecuado para la derivación y así utilizar los servicios necesarios ya vistos anteriormente (Vega, 2019).

3.2. Esquizofrenia

3.2.1. Concepto

La Esquizofrenia durante muchas décadas ha sido por excelencia el trastorno mental que representaba la locura, pero poco a poco, gracias a los avances de la psicopatología y la ciencia en general, este atributo ya no se usa y se va apreciando cada vez más de que trata dicha enfermedad. Este término ha sufrido múltiples cambios durante la evolución de la ciencia hasta llegar a los más actuales (Díaz, 2019).

En la India, en el año 1400 a.C. fue la primera vez que se tuvo constancia de que una enfermedad podía ser similar a la Esquizofrenia, pero hasta la época de la ilustración no se deja de lado la asociación de enfermos mentales con demonios, espíritus y brujería (Pozo, 2016).

Ya es en el siglo XIX cuando un contemporáneo pone diagnóstico de demencia precoz a un adolescente y realiza una descripción más detallada sobre la condición mental y sus manifestaciones clínicas, naciendo además en

este siglo la psiquiatría moderna, que es la que conocemos hoy en día (Erazo, 2019).

En el año 1911 es cuando Bleuler pone el concepto de Esquizofrenia a lo que llamaban demencia precoz, ya que él consideraba que la Esquizofrenia no tenía siempre un deterioro cognitivo y la demencia precoz sí. Posteriormente, los autores han ido modificando el concepto de Esquizofrenia y sería en 1952 cuando el DSM clasifica dicha enfermedad, al igual que las investigaciones, que han seguido avanzando con un peso importante (Pozo, 2016).

Navegando por la historia de este término, es importante recordar el concepto de Godoy et ál. (2014) ya que consideraban que:

Las psicosis son trastornos psicopatológicos muy graves cuyo denominador común, entre los pacientes que las padecen, son las serias alteraciones del pensamiento y la percepción (ideas delirantes y alucinaciones), una notable desorganización de la personalidad y del comportamiento (incapacidad para funcionar adecuadamente en la vida cotidiana) y una grave distorsión del sentido de la realidad (vivencia de una realidad muy distinta de la de las personas que los rodean) (p. 399).

También hay que darle importancia a la definición que nos expone Pozo (2016) que recoge la OMS en 1992 ya que dice que:

La Esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta (p.9).

Avanzando en la proposición del concepto, la definición que recoge Alonso et ál. (2002) en su libro Psicología es "El termino Esquizofrenia, literalmente 'mente dividida' significa fragmentación de las capacidades cognitivas y afectivas" (p.279).

Como es evidente, los mismos autores reconocen que es difícil establecer un consenso sobre la definición de Esquizofrenia debido a sus características y síntomas tan heterogéneos y difíciles de delimitar. Por tanto, reuniendo las ideas principales que proponen sobre la Esquizofrenia, podemos decir que se trata de un trastorno mental de tipo psicótico grave y complejo, cuya característica más evidente es la pérdida del contacto con la realidad, evolucionando en la mayoría de las ocasiones a un deterioro en casi todas las áreas y en el funcionamiento del individuo que la padece (Díaz, 2019).

3.2.2. *Origen y factores de riesgo*

La Esquizofrenia es una enfermedad mental grave, la cual tiene una presentación compleja con una causa multifactorial (McCutcheon, Marques & Howes, 2020).

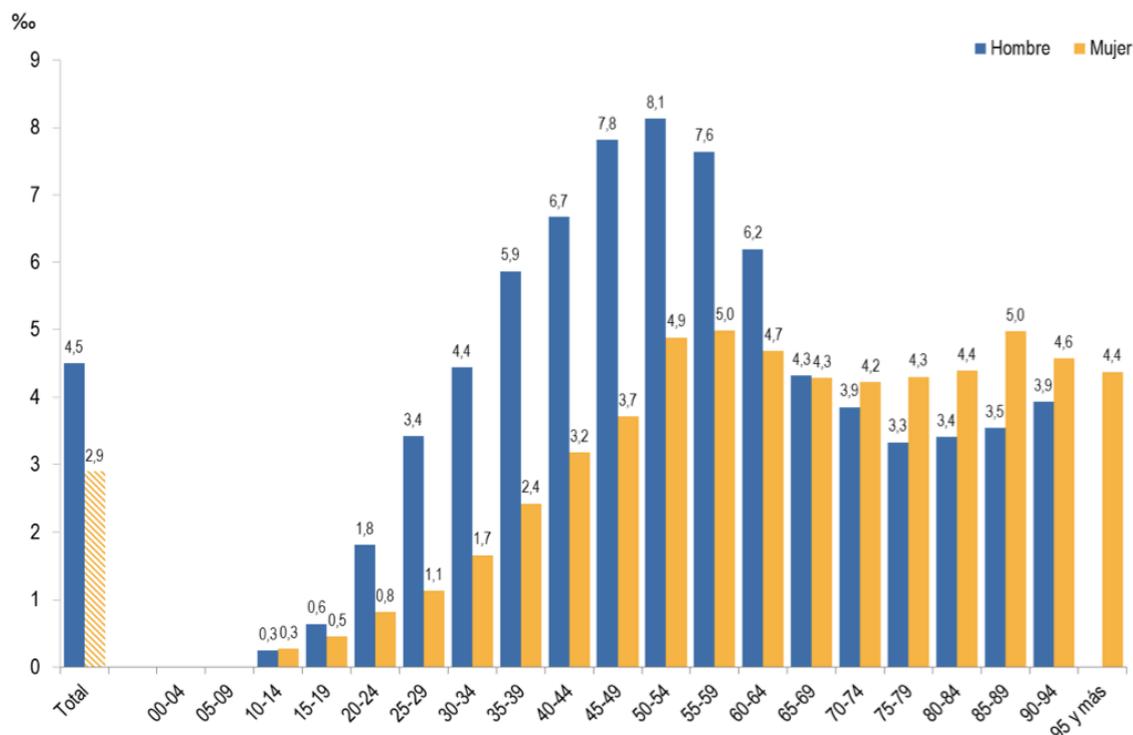
Por ello, en cuanto al origen de la enfermedad, no se ha podido obtener una única hipótesis, por lo que nos encontramos con varias, siendo una de ellas la hipótesis genética. La Esquizofrenia tiene un 50% de posibilidad de ser heredada de familiares de primer o de segundo grado, encontrándose modificada por factores ambientales. Las hipótesis bioquímicas también pueden ser la causa del origen de dicha enfermedad. Hay evidencias de que los neurotransmisores pueden estar alterados de diferente manera como por ejemplo la dopamina, que se encontraría aumentada en la región frontal del cerebro o la serotonina, donde sus receptores estarían disminuidos y aumentados en la corteza prefrontal (Galiana, 2016).

Los factores de riesgo de la Esquizofrenia los podemos dividir en genéticos y ambientales, siendo algunos de los primeros los antecedentes familiares, la edad del padre, los síndromes genéticos o los genes de susceptibilidad específicos. Tener familiares de primer grado aumenta el riesgo de un 10% respecto al resto de la población de desarrollar la enfermedad, en cambio la edad paterna aumenta el riesgo de una forma lineal, ya que el riesgo para los hijos aumenta de forma relativa con la edad del padre. Los segundos, los ambientales, son los factores de riesgo mejor establecidos para desarrollar Esquizofrenia por encima de los genéticos. La población inmigrante tiene un mayor riesgo, siendo una de las cifras más altas los hijos de primera

generación de estos, vivir en zonas urbanas aumenta también el riesgo respecto a las zonas rurales, tener un nivel de vida socioeconómico bajo, además, también es un factor de riesgo padecer algún proceso vírico o las carencias nutricionales en la gestación. Los factores de riesgos ambientales más tardíos incluyen el consumo de drogas, especialmente el cannabis y sufrir traumatismos craneales (Stern et al., 2017).

Tras el estudio observacional, analítico y retrospectivo de casos y controles de 203 pacientes ingresado en una unidad de psiquiatría realizado por Díaz, Ramos y Correa, en los resultados se comprobó que predominaron en el debut esquizofrénico los adultos jóvenes con edades entre 25 y 34 años representando un 40,5%. Esto puede deberse al cambio de hábitos y el comienzo de la vida social. También se conoce que en dicha enfermedad existen diferencias en el sexo ya que los hombres tienen un riesgo de un 30-40% mayor que las mujeres, siendo además la edad de inicio de los hombres 3-4 años más temprana que la de las mujeres (Figura 1). La fuerte relación entre la genética y la Esquizofrenia también se ve evidenciada, ya que se desarrolla la enfermedad en pacientes con antecedentes familiares de forma más frecuente. Para concluir, es evidente que la Esquizofrenia es una enfermedad de causa multifactorial donde el papel genético y ambiental destacan, sobre todo el segundo, estando asociado al debut de la enfermedad (Díaz, Ramos y Correa, 2020).

Figura 1. Prevalencia de la Esquizofrenia en 2017 por grupos quinquenales de edad.



Fuente: Extraído de SGIS (2020).

3.2.3. Características

La Esquizofrenia presenta una serie de características clínicas que han dado lugar a los criterios diagnósticos actuales de los manuales de clasificación. Estas características son divididas en síntomas positivos y síntomas negativos hasta 2005, donde autores consideran que tras estudiar la sintomatología por medio de análisis factoriales, se puede añadir otra tipología de síntomas como es la desorganización. Por tanto, podemos decir que dicho trastorno mental presenta síntomas positivos/psicosis, síntomas negativos y de desorganización (Tabla 1) (Díaz, 2019).

Tabla 1. Sintomatología de la Esquizofrenia

SINTOMATOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS
	Es aquella que cursan con ideas delirantes (que no

Positiva	son entendibles dentro del contexto del grupo social o religioso del individuo, siendo además inamovibles), alucinaciones (experiencias sensoriales de cualquier modalidad con ausencia de estímulo externo) o síntomas motores (que pueden ser producto de la enfermedad o de la medicación como puede ser la agitación psicomotriz).
Negativa	Cursa con la ausencia o disminución del funcionamiento normal y la conducta como la anhedonia (no capacidad para experimentar placer o pérdida de interés por las cosas), alogia (falta de fluidez o producción insuficiente del lenguaje), abulia (falta de motivación y energía para iniciar cualquier conducta) o embotamiento (ausencia o disminución de la reacción y expresión emocional).
Desorganización	Cursan con un lenguaje, pensamiento, comportamiento desorganizado o afecto inapropiado, donde hay fuga de ideas, incoherencia, habla distraída, cambios bruscos de tema, conductas impredecibles o expresión de emociones que no entran dentro del contexto.

Fuente: Elaboración propia basada en Godoy et ál. (2014)

Otra característica a destacar de dicha enfermedad son las fases en las que se subdivide, las cuales necesitan un tratamiento diferente. La primera fase o fase prodrómica es la que se produce antes de que se desencadene la enfermedad, teniendo algunos síntomas negativos progresivos característicos como es el nerviosismo, la desorganización de comidas, la dificultad para dormir o disfrutar las cosas, depresión, problemas para recordar con precisión y aislamiento entre otras. La segunda fase o fase activa, la cual puede producirse de forma repentina o paulatinamente, es donde se desencadena la enfermedad con lo que conocemos como brotes o crisis, produciéndose con síntomas positivos como son las alucinaciones y los delirios. Esta segunda fase, en su

tratamiento, tiene como objetivo la reducción de los síntomas agudos y la mejora de la función psicosocial, siendo en la mayoría de las ocasiones mediante hospitalización. En cambio, la tercera fase o fase de estabilización o postcrisis, los síntomas agudos reducen su intensidad y puede ser de larga duración, aprovechando entonces, en el tratamiento, para ofrecer apoyo y potenciar la adaptación del paciente a su vida. La última fase es la de mantenimiento o fase estable, en ella las personas pueden estar asintomáticas, tener los síntomas psicóticos, pero de forma estable o menos graves, o incluso tener otros síntomas no psicóticos como son la ansiedad y la depresión. En esta fase estable, es importante mejorar la calidad de vida de las personas y llevar un buen control de los síntomas, así como comprobar la efectividad del tratamiento (Cuellar, 2018).

3.2.4. Diagnóstico

Los expertos de los distintos tipos de psicopatologías han conciliado que criterios deben estar presentes, a través de un sistema de clasificación, para poder diagnosticar un trastorno mental como es la Esquizofrenia. Los dos manuales principales que tenemos actualmente, aun que con algunas diferencias entre ellos son el DSM-V y la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades). Centrándonos en el DSM-V (2013), los criterios para diagnosticar Esquizofrenia son tener dos o más síntomas clínicos, de los que uno de ellos debe ser alucinaciones, delirios o discurso desorganizado, durante al menos un mes. Otro de ellos es producirse un deterioro importante en el funcionamiento normal de la persona o una mala evolución cuando el trastorno comienza en edad temprana como mínimo de seis meses, una vez descartado otros trastornos mentales como son el esquizoafectivo y el bipolar, teniendo en cuenta que el trastorno no es consecuencia de ninguna sustancia o de otras afecciones médicas. Atendiendo a que estos criterios se cumplan, se puede hacer una hipótesis de diagnóstico de Esquizofrenia, siempre con una posterior evaluación más detallada (Díaz, 2019).

3.2.5. Clasificación

En la actualidad, como defienden Amador et ál. (2019) se identifican cinco tipos de Esquizofrenia:

1. Paranoide: en este caso el individuo presenta síntomas positivos como alucinaciones, ansiedad, ira y violencia, sin sufrir ningún comportamiento desorganizado ni cambios afectivos.
2. Desorganizada: El individuo no sabe actuar en el momento que vive, presenta lenguaje y comportamiento desorganizado, con ideas delirantes en torno a temas incoherentes.
3. Catatónica: El individuo presenta alteraciones psicomotoras y sintomatología negativa, sin interactuar con los demás y con comportamientos poco normales como copiar lo que dice o hace otra persona.
4. Simple: El individuo pierde algunas capacidades normales como la comunicación y el aprendizaje, sin presentar delirios ni alucinaciones.
5. Hebefrénica: Este tipo aparece en edades tempranas con delirios y alteración de la conducta grave.

Otro tipo de Esquizofrenia es la Indiferenciada, la cual se cataloga cuando hay un diagnóstico claro de Esquizofrenia, pero no de que tipo, pudiendo haber una mezcla de varias (Morais et ál., 2017).

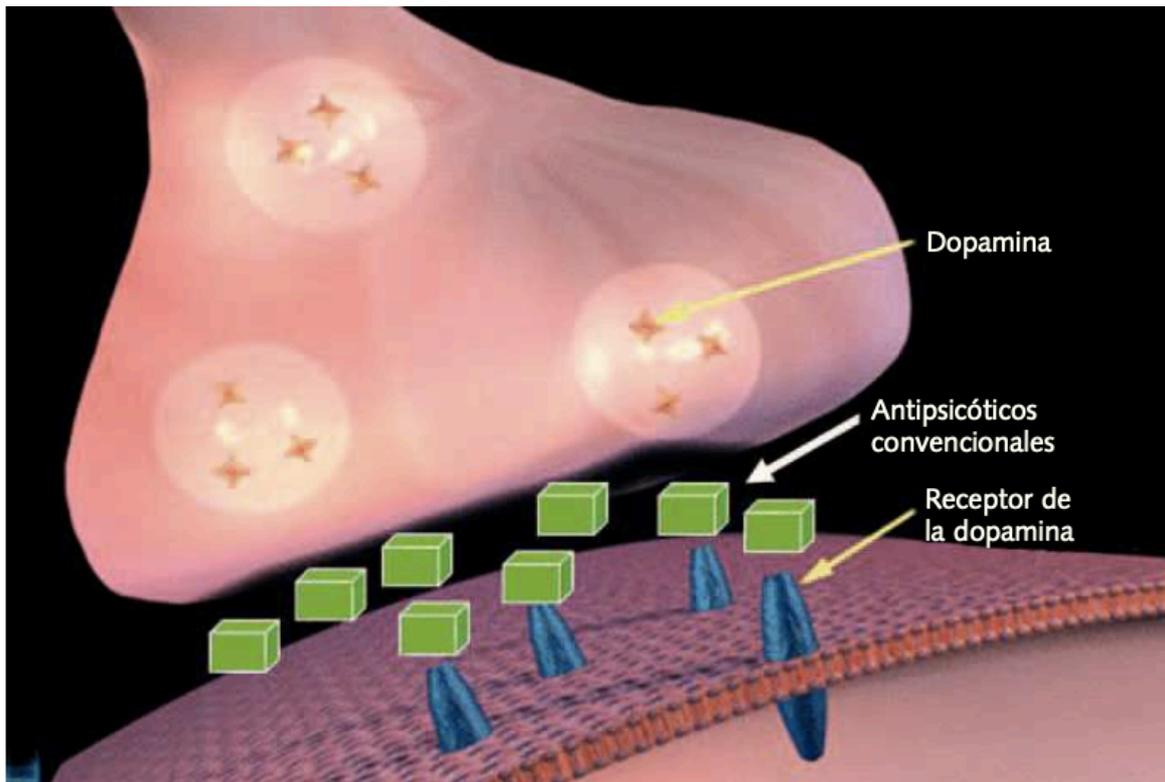
En complemento a lo anterior clasificado podemos destacar una categoría adicional como es la Esquizofrenia Residual, la cual comienza en su etapa temprana con síntomas positivos y progresa con el tiempo a una etapa tardía caracterizada por síntomas negativos y deficiencias degenerativas (Kumar et al., 2020).

3.2.6. Tratamiento

En cuanto al tratamiento, el objetivo de este en personas con Esquizofrenia es mejorar la funcionalidad del individuo con un plan que integre terapias farmacológicas, sociales y psicológicas. Este plan se lleva a cabo con la participación de diversos profesionales como son los psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y trabajadores ocupacionales entre otros. Estos deben trabajar de forma coordinada para el establecimiento y la evolución de los objetivos propuestos con el paciente (Galiana, 2016).

El tratamiento farmacológico es indispensable en los pacientes con este trastorno ya que se utiliza en episodios agudos, en la prevención de futuros episodios y en la mejoría de los síntomas, es decir, en toda la evolución de la enfermedad. Los fármacos por excelencia que se utilizan para la Esquizofrenia son los antipsicóticos, ya que actúan principalmente como antagonistas de los receptores de las catecolaminas (noradrenalina, adrenalina y dopamina) e indolaminas (serotonina). Este tipo de fármacos se clasifican en antipsicóticos de primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos, basando su diferenciación en la afinidad del fármaco con los receptores. Los primeros actúan bloqueando solamente los receptores dopaminérgicos D2 (Figura 2), mientras que los segundos, bloquean los D2 más los colinérgicos, alfa-adrenérgicos, histaminérgicos y serotoninérgicos. Además, aun que existe bastante controversia sobre este tema, se considera que tanto los de primera como segunda generación son efectivos para los síntomas positivos, en cambio para tratar los síntomas negativos aparentemente los efectivos son lo de segunda generación. Actualmente, ya se están introduciendo fármacos denominados de tercera generación, los cuales actúan como reguladores de la actividad dopaminérgica (Galiana, 2016).

Figura 2. Mecanismo de acción de antipsicóticos convencionales.



Fuente: Extraído de Gómez (2006).

Como todos los fármacos, podemos encontrar efectos adversos (Tabla 2), siendo los más frecuentes los que encontramos en la siguiente tabla.

Tabla 2. Efectos adversos del tratamiento de la Esquizofrenia

SÍNTOMAS ADVERSOS	CARACTERÍSTICAS
Síntomas extrapiramidales	Aparecen dentro de los primeros días de administración incluyendo distonías y parkinsonimos.
Distonía aguda	Trastorno de los movimientos que causan contracciones involuntarias en un músculo o en un grupo de ellos.
Acatisia	Movimientos caracterizados por la necesidad de estar en movimiento mientras se está de pie o sentado.

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL

Discinesia tardía	Aparecen en un porcentaje bajo de la población que se trata con antipsicóticos durante largos tratamientos, siendo estos efectos adversos movimientos involuntarios en los músculos periorales y en las extremidades inferiores.
Síndrome neuroléptico maligno	Se caracteriza por hipertensión, hipertermia, rigidez y disfunción vegetativa. Aparece en el 1% de los pacientes, pero está asociado a un porcentaje más alto de mortalidad.
Síndrome metabólico	Es un conjunto de síntomas caracterizados por hiperglucemia, hipertrigliceridemia y obesidad, conduciendo a enfermedades de alto riesgo.
Otros efectos adversos	Somnolencia o insomnio, apatía o excitación, trastornos digestivos, congestión nasal, efectos endocrinos no deseados y síntomas cardiovasculares entre otros.

Fuente: Elaboración propia basada en Galiana (2016).

Los efectos adversos de los fármacos están relacionados con su mecanismo de acción y los distintos receptores sobre los que actúan, por lo que es de vital importancia la prevención y el diagnóstico de los mismos con la realización de pruebas diagnósticas rutinarias, la continua observación y la capacidad del profesional sanitario de que el paciente disponga de los conocimientos suficientes para avisar en el caso de que aparezcan los respectivos efectos no deseados (Blázquez, 2019).

Además del tratamiento farmacológico, se deben tratar con otras terapias como son las psicológicas, psicoeducativas y psicosociales. Estas

proporcionan herramientas para disminuir la ansiedad y angustia que puede ocasionar la vida de estos pacientes, aprender a manejar la enfermedad y favorecer la adherencia al tratamiento, alcanzando el objetivo de que la persona sea lo más funcional posible. También se puede intervenir con terapias cognitivo-conductuales, para que los pacientes expresen e interpreten sus sentimientos y pensamientos, con entrenamientos en habilidades sociales también. Otro tratamiento efectivo, que lleva en marcha desde épocas muy antiguas en la terapia electroconvulsiva. Esta, está indicada en casos graves de agitación y/o desorientación, Esquizofrenia Catatónica, contraindicaciones de antipsicóticos y depresiones secundarias. Consiste en administrar corrientes eléctricas durante unos minutos con el fin de restaurar el equilibrio químico (Galiana, 2016).

Es importante por otro lado destacar el papel de la familia en dicho trastorno, ya que este conlleva a la alteración tanto de las familias de los pacientes como de sus roles. Es importante que estas tengan las herramientas y la información adecuada para tratar la situación y sean participes tanto del tratamiento como de la evolución de la enfermedad (Galiana, 2016).

3.3. Exclusión social en el enfermo mental

3.3.1. Concepto

Existen diversas definiciones, donde los propios autores reconocen su difícil acuerdo para encontrar la adecuada, en cambio, para el tema que se está desarrollando el concepto más claro para definir la exclusión social es la que expone Cañón en el estudio sobre la exclusión social y desigualdad, donde afirma que “la exclusión social es un proceso en el que se acumulan desventajas en los derechos asistenciales de los ciudadanos en ámbitos básicos que conforman el bienestar social: ingresos, trabajo, educación, salud, participación, relaciones sociofamiliares y en materia residencial” (2008, p.16).

3.3.2. Características

La exclusión social se caracteriza por ser un fenómeno estructural, ya que si hay personas en situación de exclusión es debido a que hay sociedades

excluyentes, es decir, la exclusión de desarrolla a partir de causas estructurales y no causales o individuales. Esto también es un proceso, es decir, no es un fenómeno puntual, si no un resultado de la interrelación de un conjunto de factores. La exclusión no afecta a grupos concretos, si no que es cambiante según la vulnerabilidad de las personas, pudiendo estar excluido en distintos ámbitos, maneras y niveles. Además, se trata de un fenómeno multifactorial y multidimensional, ya que se trata de un cúmulo de factores interrelacionados entre sí y no se puede explicar en función de una sola causa, afectando a diferentes ámbitos de la vida como son la económica, laboral, formativa, socio-sanitaria y participativa entre otras (Trigo, 2016).

Para concluir y complementar lo descrito anteriormente, cabe destacar que la exclusión social no es algo nuevo, si no que como hemos visto se puede ver en la trayectoria histórica de las desigualdades sociales, pero tampoco es igual ya que va en creciente heterogeneidad. Esta es mucho más que un proceso o que un conjunto de ellos, si no que es una situación estable que va afectando de forman cambiante a ciertas personas o colectivos a partir de la vulnerabilidad que sufran en esos momentos, siendo sus límites móviles. No se trata de una sola causa, si no que es un conjunto de circunstancias desfavorables que suelen estar interrelacionadas. Las estadísticas nos muestran que esta está relacionada con diferentes fenómenos, así como ellos entre sí, como por ejemplo una familia desestructurada, la desprotección familiar y social, la pobreza, la enfermedad o el fracaso escolar. La podemos tratar también como un fenómeno politilizable, ya que mayoritariamente se aborda desde la acción colectiva, institucional y política, siendo estos sus factores clave (Brugué, Gomà & Subirats, 2018).

3.3.3. *Antecedentes históricos*

Hay referencias escritas desde antes del antiguo Egipto sobre las personas con problemas mentales, donde había una creencia generalizada de que esos problemas eran causa de los demonios o castigos de los dioses, y su cura era mediante exorcismos y otros rituales de carácter religioso. Esta creencia de lo sobrenatural la heredan los griegos y recurren a la religión para poder comprender y curar estas enfermedades mentales. En cambio,

Hipócrates ya creía antes de cristo que los trastornos se originaban por causas naturales, mientras que Platón y Aristóteles le daban más creencia a lo divino. Galeno en cambio, retoma la idea de Hipócrates y sitúa el cerebro en el centro de la inteligencia, teniendo así una gran influencia en la medicina europea. Durante la Edad Media se progresa poco sobre el conocimiento de la salud mental y la idea de lo divino y los demonios prevalece llevando a un rechazo, aislamiento y maltrato a estos enfermos (Huertas, 2017).

Son los árabes los que construyen el primer establecimiento para cuidar a las personas de “espíritu débil”. Bastante más tarde, en el siglo XV se construyen en toda Europa establecimientos para cuidar e internar a personas con problemas mentales, con la idea aún de que estos pacientes eran demonios y las liberaciones de esas brujerías mediante tratamientos religiosos como los exorcismos. Incluso en esta época se pagaban entradas para entrar a dichos establecimientos para ver atadas a las personas. Hasta la mitad del siglo XVII aproximadamente las posesiones del demonio tuvieron veracidad, así como sus tratamientos violentos y forzosos, además de abandonos que vagaban por las calles siendo discriminados, burlados y maltratados. A finales del siglo XVIII, aparece por fin la tendencia a tratar a estos pacientes con simpatía, respeto y libertad (Huertas, 2017).

El siglo XX queda marcado por el comienzo del desarrollo científico de la psiquiatría, donde se clasificaron las enfermedades mentales y se utilizó la psicoterapia y la psicofarmacología. Más tarde nos encontramos con la era de los psicofármacos y el entendimiento de todos los procesos que acompañan a los trastornos psicóticos (Huertas, 2017).

Con la Ley 14/1986 del 25 de abril de 1986 aprobada por el Parlamento español se marca un comienzo en la reforma de España, donde los ciudadanos con enfermedad mental tienen la misma protección que todos los demás españoles, así como el real decreto 63/1995, de 20 de enero, que determina todas las prestaciones cubiertas a estos pacientes por el Sistema Nacional de Salud. Pero aún así, aunque la reforma psiquiátrica fuera desarrollada, en España existe un gran déficit de recursos comunitarios y de equipos multidisciplinares, los cuales son desequilibrados y mínimos para cumplir las

necesidades de tratamiento y rehabilitación para la integración social a la comunidad (Huertas, 2017).

3.3.4. Actualidad

En el siglo XXI, es evidente la relación que hay entre la exclusión social y los trastornos mentales, ya que a lo largo de la historia este colectivo ha sido muy mal considerado y discriminado. Las personas con enfermedades psiquiátricas tienen necesidades particulares, y esto los convierte en un grupo vulnerable y dependientes del sistema y de sus familias, en las ocasiones que no son capaces de llevar la situación (Trigo, 2016).

Son muchas las dificultades que presentan estas personas para integrarse socialmente, como el seguimiento del tratamiento psiquiátrico, las recaídas aún siguiendo el tratamiento terapéutico, las cuales necesitan una hospitalización en ocasiones de larga duración, la dependencia, el desempleo y la dificultad que se les pone para acceder a un puesto de trabajo. También es una dificultad con un gran peso la atención comunitaria cuando se carece de cobertura familiar, económica y una vivienda, o la desprotección y obstáculos para tener sus derechos debido a las barreras y desventajas que sufren (Trigo, 2016).

Es necesario unos adecuados diagnósticos y tratamientos psicológicos para prevenir las recaídas, adaptar los recursos comunitarios a sus necesidades, equipos multidisciplinares suficientes para que el paso por la hospitalización sea el menor posible y tener una rehabilitación adecuada, continuada y flexible a sus necesidades, tener más facilidades para alcanzar un puesto de trabajo con programas que les faciliten el acceso al mercado laboral, garantizar la cobertura a sus necesidades económicas facilitando la atribución de prestaciones y muy importante, promover y asegurar la protección y la defensa de sus derechos, tanto en las instituciones como en la sociedad (Trigo, 2016).

Además, destacar que las familias son el principal recurso de cuidado de estos pacientes, y para no desbordar, abandonar, excluir y tener problemas de salud y sociales como hemos descrito anteriormente, es necesario

proporcionarle información, apoyo, educación y las habilidades necesarias para dotarse de estrategias para manejar las situaciones y la convivencia con estos pacientes (Trigo, 2016).

Actualmente en España hay un porcentaje considerable de personas con trastornos mentales, excluidos, abandonados y sin hogar. Normalmente, se cubren las necesidades primarias, además de la intervención psicosocial y de salud más activa, pero la dificultad de coordinación de nuestro país tanto en el ámbito público como privado genera diferencias de actuación (Trigo, 2016).

En el momento en el que una persona con trastorno mental grave se queda sin recursos, por cualquier motivo, para que reciba los recursos que necesita hay que establecer prioridades. Se debe tener en cuenta la información del paciente, su alrededor, sus hábitos tóxicos, su conducta, sus prestaciones económicas, las aportaciones de los profesionales que interactúan con él y echar un repaso a sus antiguos episodios. Para así poder proceder a darle el conjunto de servicios que necesita como es el alojamiento en primer lugar, y la atención clínica y psicosocial si es necesaria. Además de una continuidad de cuidados, tratamiento y rehabilitación para decidir si está preparado para la sociedad con su seguimiento adecuado o necesita un recurso residencial (Trigo, 2016).

Debido a la situación, es importante destacar que cada sociedad es responsable de todos y cada uno de sus riesgos de exclusión y del bienestar social de la población, pudiendo realizar estrategias a través de políticas efectivas, ya que este problema tanto con las personas con problemas de salud mental como con otros colectivos es consecuencia de políticas ineficaces. Así de este modo también hay que mencionar la dificultad que esto conlleva ya que la exclusión tiene un factor subjetivo e individual, donde no hay que dejar de lado los factores personales de precariedad y vulnerabilidad (Trigo, 2016).

Existen ámbitos como el socio-económico, el personal, social y relacional, ciudadanía y participación, cultural y laboral que tienen factores de exclusión que afectan a las personas con trastornos mentales como pueden ser el desempleo, la dependencia de la Seguridad Social y prestaciones sociales,

la pertenencia a grupos de “rechazo”, los trastornos mentales que provocan dependencia, el aislamiento y el no acceso a la ciudadanía por estar institucionalizado entre otros (Trigo, 2016).

Actualmente con el desarrollo de las teorías de los Derechos Humanos de las personas, el mítico paradigma del mal trato humano a las personas con enfermedades mentales en los hogares y hospitales psiquiátricos pretende ser modificado. Para ello, tanto el paciente como su familia deben colaborar para la mejora y el cumplimiento del tratamiento, evitando así el aislamiento o el posible futuro abandono de estas personas. Ahora bien, hay que estar preparado para cuando el enfermo no cuenta con nadie que lo cuide ni que lo atienda, o que las personas de su alrededor no están preparadas ni tienen las habilidades para llevar la situación (Gómez, 2019).

En los años sesenta aparece el cuidador familiar de la mano de la psiquiatría comunitaria, dando lugar a que el cuidado del paciente psicótico está a cargo de la comunidad. Esto a ayudado a que los pacientes psicóticos puedan convivir con sus familias, pero a su vez a obligado a estas a asumir la responsabilidad sobre el paciente, en muchas ocasiones sin la información y las destrezas adecuadas. De hecho, hay estudios que confirman que tomar el rol de cuidador desencadena daños en la salud como pueden ser dolores crónicos, cefaleas y variación del sueño, depresión y ansiedad entre otras, así como problemas y conflictos familiares, sociales, laborales y económicos. (Cachi, 2020).

Lo expuesto anteriormente puede llevar a la consecuencia del abandono del rol del cuidador, y con ello el abandono al paciente. La exclusión que sufren estas personas es un fenómeno complejo, que tienen que ver con las situaciones de desarraigo tanto social como familiar. De hecho, hay estudios que confirman que la mayoría de personas que no tienen vivienda son personas con trastornos mentales (Fernández et ál., 2018).

Otro tema a destacar sobre la discriminación que existe en España hacia estos pacientes en el siglo en el que nos encontramos, es la carencia de recursos en las instituciones. El sistema de salud mental público se centra en el tratamiento de los trastornos, con el objetivo de la disminución de los efectos

negativos por encima de la prevención. Así, este sistema público, tiene una carencia de recursos más elevada que el resto de áreas del sistema de salud. Uno de los grandes problemas recae en la falta de contacto estrecho entre el paciente y el especialista, siendo más grave aún, que las diversas actividades o recursos que se ofrecen a estos pacientes como son los talleres o la hospitalización, solo tienen acceso y es limitado, los pacientes que se encuentran más graves, dándole al resto un tratamiento farmacológico únicamente. En cambio, en el ámbito privado de nuestros países, aun que la orientación sea al igual que en el sistema privado la reducción de los efectos negativos de los trastornos, la relación estrecha entre el paciente y el especialista es mucho más cercana, situación que ayuda al paciente y en muchas ocasiones se busca, pero en cambio, no se tienen grandes recursos y actividades como son las hospitalización o talleres. Las asociaciones en cambio, siendo las que menos recursos económicos tienen, son las únicas instituciones que combinan la reducción de los efectos negativos de los trastornos y el soporte de la salud (Suárez, 2019).

En la mayoría de las ocasiones, si no se superan los diferentes aspectos que componen la exclusión social, en un porcentaje elevado de los pacientes con enfermedad mental, esta puede empeorar o dificultar su recuperación, ya que en ocasiones lo que los pacientes necesitan es encontrar apoyo (Castillo & Abimelec, 2018).

En el siglo en el que nos encontramos, en los países en vías de desarrollo, las personas con trastornos mentales son de los grupos más marginados y abandonados, ya que la OMS ha denunciado que además de esta exclusión, quedan fuera de las políticas de desarrollo y de la reducción de la pobreza. Esta también reclama la necesidad de que se destinen más recursos y programas para estos pacientes proporcionándoles empleo, educación y los servicios necesarios (Castillo & Abimelec, 2018).

3.4. Repercusión de la pandemia por COVID-19

Como muestra Gargoloff:

Una pandemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una región determinada de origen y, como es en el caso del COVID-19, impacta prácticamente a toda la población mundial, afectando simultáneamente a un gran número de personas, durante un periodo de tiempo de meses o años que tiene repercusiones en todas las áreas vitales, sociales y personales, que provoca cambios en la forma que la gente vive (2020, p.2).

Este hecho inesperado se ha convertido en un factor estresante para toda la población que afecta en todos los niveles de la vida, destacando el impacto desproporcionado de los grupos más vulnerables.

Las consecuencias de la pandemia que estamos viviendo por COVID-19 han generado múltiples artículos donde su problema se focaliza en infinitas discusiones de si se deben salvar vidas o la economía, además de estos, poco a poco la salud mental ha ido teniendo un aumento de interés debido a la difusión de este contenido, en el cual se evidencia que existe una parte de la población vulnerable ante esta situación que aún no ha recibido la atención necesaria ni el impacto sobre la población que se merece (Gargoloff, 2020).

Las manifestaciones que esta situación ha acarreado en la población general son ansiedad, angustia, irritabilidad, inseguridad, mal estar físico, pánico e incluso perder el placer por las cosas entre otras. Si bien hay estudios que evidencian esto sobre la población en general, habría que echar un vistazo más a fondo sobre la repercusión y deterioro de las personas con enfermedades previas como son las psiquiátricas, teniendo en cuenta los factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales; estos pacientes con trastornos mentales severos y persistentes necesitan tratamiento a largo plazo y de por vida en la mayoría de las ocasiones, con un equipo de profesionales de salud mental. Además, tienen dificultades para llevar unos hábitos de vida saludables, tanto en su alimentación, como en sus actividades físicas y sociales, sin dejar atrás que, por la evolución de su enfermedad, a lo largo de ella tienen numerosos ingresos en hospitales o residen en residencias en convivencia con otros pacientes, añadiéndoles un peligro de contagio (Gargoloff, 2020).

Las medidas que se han ido adoptando como la cuarentena domiciliaria o el aislamiento social entre otras debido a la emergencia sanitaria que estamos viviendo, han tenido repercusión en la salud mental en un alto porcentaje de la población, entre los que se encuentran bastante destacados los pacientes con enfermedades mentales. Los cuales en su mayoría han sufrido una descompensación aguda de su trastorno. Este tipo de pacientes tienen un alto grado de vulnerabilidad de verse especialmente afectados por las circunstancias externas como las que estamos viviendo (Villar & Sahún, 2020).

Tras una búsqueda se ha podido comprobar que los pacientes con trastornos mentales normalmente tienen un elevado porcentaje de comorbilidad y de factores de riesgo a tener un estilo de vida poco saludable. Esto quiere decir que frecuentemente estos pacientes tienen una o más condiciones clínicas como la diabetes, enfermedades cardíacas o pulmonares e hipertensión entre otras, así como un déficit de higiene en muchas ocasiones o una mayor incidencia al tabaquismo que la población general por su situación. Este anterior es un claro factor de riesgo para conducir a enfermedades como las dichas anteriormente. Además de dicha incidencia, es importante destacar que está comprobado que los pacientes con trastornos psicóticos cuando son hospitalizados por enfermedades pulmonares tienen una tasa más elevada de pasar por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como de tener un mayor riesgo de disfunción orgánica aguda. Por estas razones entre otras, los pacientes con trastornos mentales, sobre todo los psicóticos, encajarían al menos en un grupo de riesgo de este virus, considerándose que, en caso de hospitalización, tienen un alto riesgo de tener peores resultados clínicos que el resto de la población. Por lo tanto, es necesaria la cuarentena y el aislamiento social, aunque esto tenga como consecuencia una menor atención médica y con ello la agravación de su cuadro psicótico.

Esta situación podría provocar la obstaculización del cumplimiento de las recomendaciones de salud sobre el COVID-19, poniendo el riesgo tanto a ellos mismo, como a sus familias y los profesionales de salud. Estos obstáculos pueden ser las dificultades que los pacientes tengan de identificar las restricciones, los peligros de este virus o sus síntomas. Por lo tanto, los pacientes con trastornos mentales, sobre todo psicóticos, tienen un mayor

riesgo de infección y peores resultados, especialmente si están afectados por comorbilidades crónicas, además de ser vulnerables al empeoramiento de los síntomas psiquiátricos y a las recaídas debido al miedo a la enfermedad, al estrés y al aburrimiento asociado con el aislamiento obligatorio. Por lo tanto, los profesionales de la salud y las familias deben brindar atención y apoyo más que nunca a este tipo de pacientes para prevenir tanto la infección por COVID-19, como los síntomas respiratorios y psiquiátricos (Fonseca et ál., 2020).

La inactividad física es una de las causas de al menos 35 enfermedades crónicas. Las restricciones impuestas por la pandemia que estamos sufriendo agravan las conductas de riesgo no saludables como puede ser el tabaquismo, el abuso de sustancias, alteraciones en el sueño o el incumplimiento del tratamiento entre otras, con un papel bastante fundamental de la inactividad física. Todo esto conlleva a un aumento de desgaste fisiológico tanto mental como físico ya que se alteran los procesos biológicos causando una mayor morbimortalidad. El aislamiento que se está cumpliendo no favorece la actividades física que se necesita diariamente, además de aumentar el riesgo de empeorar o desarrollar patologías, por lo tanto es igual de importante quedarnos en casa como realizar actividades física, teniendo esta como beneficios la disminución de la mortalidad de pacientes con comorbilidades crónicas, mejora la actividad cognitiva y la ayuda a la adherencia al tratamiento, mejora el estado de ánimo, la autoestima, la calidad de sueño, disminuye la ansiedad y la depresión, ayuda a mantener el peso, en conclusión, mejora la calidad de vida. El ejercicio físico actualmente se utiliza como prevención y tratamiento de enfermedad psiquiátricas, por lo que el aislamiento y la soledad pueden generar descompensaciones y consecuencias negativas en los hábitos saludables adquiridos (Arabia, 2020).

Es importante conocer la dificultad de realizar un entrenamiento en las condiciones que estamos viviendo ya que la prescripción de ejercicio físico requiere una evaluación previa, adecuada y personalizada en la mayoría de las ocasiones con pacientes con enfermedades previas como pueden ser las mentales. En el caso de personas con enfermedades previas, el ejercicio físico debe de ser prescrito por personal cualificado, de manera que este establezca y explique de manera adecuada como realizarlo en cuanto a frecuencia,

intensidad, duración, tipo de ejercicio y seguridad, según las características y las condiciones tanto internas como externas del paciente. Por tanto, centrándonos en la prevención y recuperación de los pacientes con enfermedades previas, se debería de aprovechar toda la educación preventiva que se está dando para esta pandemia para generar hábitos saludables, como es en este caso, la actividad física (Arabia, 2020).

Es preocupante el efecto que esta teniendo la pandemia para las personas con trastornos mentales y el apoyo adicional que estas necesitan, el cual en muchas ocasiones no se esta prestando. La evidente ignorancia del impacto que esta teniendo la situación que estamos viviendo en estos pacientes aumenta las desigualdades y problemas ya existentes. Este tipo de paciente pueden verse involucrados en el incremento de las infecciones debido a su deterioro cognitivo, su poca consciencia de riesgo del virus y la poca protección personal del paciente. Por otro lado, se menciona los problemas que hay en los hospitales psiquiátricos a la hora de manejar la pandemia, en estos las habitaciones y zonas comunes no tienen ni los materiales ni el espacio suficiente para las medidas impuestas, añadiendo la aceptación y la cooperación negativa de los pacientes psicóticos de autoaislamiento y distancia de seguridad, debido a que carecen de la autoprotección y en ocasiones poca percepción de los cambios del entorno (Toledo et ál., 2020).

Por todo lo reseñado anteriormente, es importante que actualmente se tengan en cuenta ciertas consideraciones en la atención de pacientes con enfermedades mentales. El equipo de salud debe de tener la protección requerida y seguir las recomendaciones de lavado y desinfección, así como un lugar donde poder ponerse y quitarse dicho equipo de protección claramente identificados y demarcados. Es importante promover el distanciamiento social tanto del personal, como de los pacientes y las familias, implementando las restricciones tanto de familias como de empleados no esenciales, pero sin proceder a un aislamiento completo, teniendo los medios adecuados para que el paciente pueda tener una comunicación diaria con su familia. Es clave en esta situación de aislamiento fortalecer la alianza terapéutica debido a la ayuda adicional que estos necesitan como es la herramienta para poder sobrellevar y mejorar el afrontamiento ante la pandemia. En esta situación de

excitación mental, le acompaña un aumento de la actividad motora inadecuado, por ello es necesario un cuidado integral del paciente y del entorno en general. Esto último se consigue con protocolos efectivos que te den la claridad y las herramientas necesarias para organizarse de manera efectiva y así mejorar la asistencia integral a esta parte de la población que necesita un aprendizaje continuo y claro (Fajardo y Chamorro, 2020)

3.5. Situación legal de la enfermedad mental

3.5.1. Antecedentes históricos

Nos remontamos al año 1837, en Francia, para poder hablar de legislación en pacientes con trastornos mentales, ya que ese año entro en vigor la Ley de Internamiento de Enfermos Mentales donde se protegería a la sociedad de estos pacientes (Ortega, 2019).

El interés por estos estaba bastante perdido hasta que en el año 1849 el Estado se hace responsable de la asistencia de estos con la Ley de Beneficencia y la apertura de los manicomios. Pero en 1864 con el Real Decreto del 27 de junio de ese año, el Estado pasa el cargo a las diputaciones de establecer lugares adecuados para tratar a estos pacientes o costearse los manicomios para sostenerse, hecho que desborda de enfermos las instituciones y su asistencia era deficitaria, siendo sus tratamientos mantenerlos con vida y cumplir las normas (Vega, 2019).

Esta corriente socialista hace mella en España a finales del siglo XIX, cuando se introduce el primer Código Civil Español de normas para estas personas. En él, además de la protección a la sociedad, se introduce un papel paternalista del Estado, donde este aplicaría las normas de autoridad y protección hacia estos enfermos mentales (Ortega, 2019). Los cuidados precarios no se regulan hasta el Real Decreto del 3 de julio de 1931, donde los manicomios no tenían que ser el único lugar para tratar a estos enfermos, lo que dio lugar a la creación de la Ley de organización de asistencia psiquiátrica nacional (Vega, 2019).

Esta doble protección en España, no es aceptada por varias ideologías, por lo que, en los años 1932 y 1933, con las la Ley de Vagos y Mentales y la

Orden Gubernativa de Internamientos Psiquiátricos, en plena república se recupera la prioridad única de proteger a la sociedad y la inmoralidad hacia las personas con trastornos mentales, siendo así durante toda la dictadura, donde incluso en alguna ocasión se refuerza el quebrantamiento de sus derechos como personas (Ortega, 2019).

Más tarde, tras la guerra civil, sobre 1939, además de la paralización de la institucionalización de los enfermos mentales, la población con problemas mentales fue en aumento, por lo que fue necesario una reforma legislativa. Tanto en 1942 con el seguro obligatorio de enfermedad como en el 1966 con la Ley de Bases de la Seguridad Social, se excluyó a los enfermos mentales (Vega, 2019).

En España en 1976 es cuando aparece la primera Ley de Derechos Fundamentales y sus garantías, la cual obliga a reformar el internamiento de los pacientes psiquiátricos introduciendo el artículo 211 del Código civil, el cual hacía referencia a los internamientos involuntarios (Ortega, 2019).

Más tarde, gracias a movimiento que tuvo Italia hacia los enfermos mentales, en España se creó el Real Decreto 2559/1981 de 19 de octubre. Con este, se cerraron los manicomios y se dio la autorización para la creación, construcción, modificación o adaptación de centros y servicios específicos para la asistencia psiquiátrica y la salud mental. Es entonces con todo cuando se originan cambios en cuanto a los cuidados y objetivos con estos pacientes, y con ello la Ley general de Sanidad de 1986 de 25 de abril, capítulo II, artículo 20 (Anexo 1), donde los servicios asistenciales del enfermo mental se integraban en el sistema sanitario general, con un modelo comunitario rompiendo por fin la marginación (Vega, 2019).

En el 2000 las oposiciones hacen que el artículo anterior dicho del Código Civil, se refuerce con el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil garantizando un mayor control judicial sobre los internamientos. A pesar de este paso hacía la modernización, se sigue criticando la desorganización de la ley debido a la importancia de los derechos que se tratan, como es la libertad (Ortega, 2019).

En el año 2015 se modifica la Ley Orgánica debido a que los tratados internacionales obligaban a todos los estados a reformar la legislación en materia de internamiento e incapacitación, dando un tango orgánico al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para poder salvar la falta de cumplimiento a lo que está establecido en la constitución vigente (Ortega, 2019).

3.5.2. Actualidad

Actualmente los pacientes con enfermedades mentales graves o incapacitantes pueden recibir subvenciones laborales, ya que algunos de estos trastornos se agravan hasta el punto de no poder realizar ciertos actos que obliga a estas personas a no poder trabajar. Siendo esta un 55% o 75% de su base reguladora dependiendo de la edad, si a la persona que la solicita le admiten la incapacidad permanente en grado total o un 100% de su base reguladora cuando obtiene la incapacidad en grado absoluto (Villaplana et ál., 2007).

Ahora que, las reformas que se realizan en cuanto a las personas con enfermedades mentales son secundarias, accesorias y sin importancia en la realidad social, ya que las legislaciones de materia social no están reguladas por la Ley Orgánica, y lo que esto conlleva. En cambio, tenemos legislaciones inamovibles desde el siglo XX, donde se dictaron primeras normas de internamiento psiquiátrico, donde se incluía la peligrosidad social (Ortega, 2019)

Revisando el informe de los derechos humanos en salud mental de 2019, publicado en mayo de 2020, se han puesto medidas para la garantizarían de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, así como se esta estableciendo en algunos sectores la idea de que las personas con problemas mentales no son personas con discapacidad (Juliá et ál., 2020).

Existen una serie de problemas que son necesarios destacar. No tenemos una Ley Orgánica que nos garantice los derechos que son fundamentales relacionados con los enfermos mentales, la Ley Orgánica de Habeas Corpus es simplemente apariencia, ya que hoy en día basta con la decisión del juez para proceder a realizar esa decisión por encima de esta Ley.

Además del abuso sistemático del derecho al consentimiento informado, donde apoyándose en sus excepciones no se cuenta con la opinión y se realizan tratamientos involuntarios, así como la ambigüedad de la legislación, ya que se utiliza para hacer todo o para no hacer nada, dejando a las personas con enfermedades mentales y a sus familias indefensas. Sigue siendo imposible en el siglo en el que nos encontramos que algunos de los pacientes con problemas psiquiátricos puedan recibir un tratamiento consentido por la comunidad en vez de ser internados en residencias psiquiátricas, creando con esto exclusión y un despropósito económico y social. La situación que se tiene actualmente de inseguridad jurídica y privación de algunos derechos de las personas con enfermedades mentales, es lamentable, y con el caos político que existe en España y la centralización en temas que en ocasiones no son importantes, está impidiendo cualquier reforma necesaria (Ortega, 2019).

3.5.3. Ley de Dependencia (Ley Orgánica 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

Esta Ley tiene por objeto como dice Carretero (2017, p.19) “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”.

La aprobación de esta supuso un gran paso sobre los derechos y la protección social sobre los colectivos excluidos como son las personas con trastornos mentales, beneficiarios de esta ley. Estos pacientes necesitan atención integral y prolongada, lo que supone una gran carga tanto económica, como familiar y social a la persona que cuida de ellos.

Con esta ley, se reconoce y dignifica el trabajo que realizan a través de una prestación económica para los cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores, ya sean profesionales o no. Además, unos de los requisitos para recibir esta prestación es que hay que afiliarse a la seguridad social, dar de alta y cotizar, cuestión que beneficia al cuidador también (Carretero, 2017).

En cambio, en nuestro país esta prestación es insuficiente y excepcional y va destinada a personas que son atendidas en su domicilio por el entorno familiar o alguien externo profesional o no.

Debido a la crisis actual muchas familias están teniendo dificultades para recibir esta prestación económica, además de las dificultades de accesibilidad a los servicios y prestaciones que se ofertan actualmente (Carretero, 2017).

3.5.4. *Ley Celaá (Ley Orgánica de Modificación de la LOE (LOMLOE)).*

La ley Celaá o también llamada LOMLOE, se ha convertido en la octava ley educativa de la democracia en España, modificando la LOE y tumbando la LOMCE, que se encontraba vigente desde el año 2013 (Ramil & Ucha, 2020).

Esta nueva ley, aprobada en 2020, ofrecerá un plan para que los centros ordinarios cuenten con los recursos necesarios para los alumnos de educación especial en un plazo de diez años, donde se irían incorporando progresivamente, además de continuar prestando apoyo a los centros de educación especial que sean de referencia y brinden apoyo a los ordinarios (Hernández, 2020).

Este apartado de la nueva ley crea inquietud ya que por un lado no se ofrecen las garantías para una inclusión plena y, además, al dejar los centros de educación especial como apoyo a los ordinarios, puede implicar que para los alumnos de educación especial que sigan matriculados en estos, los recursos sean insuficientes. Se debería de estudiar más a fondo tanto las ventajas como la repercusión que tendría el cambio sobre los alumnos que necesitan educación especial, así como su progreso, autoestima o su bienestar emocional al interactuar con alumnos sin discapacidad y viceversa y notar sus diferencias (Hernández, 2020).

Más de un 80% de los alumnos que necesitan cuidados especiales asisten a escuelas ordinarias y a día de hoy existen grandes carencias, dónde los alumnos con dificultades no siempre tienen los apoyos que necesitan, además, las aulas están sobredimensionadas y los docentes no pueden ni podrían prestar el tiempo necesario a cada alumno. Por ello se duda de que el plazo establecido pueda cumplirse (Hernández, 2020)

Serían muchas las ventajas que se verían si se abogara por la educación inclusiva realmente, ya que el conjunto de las dos modalidades es válido y necesario en muchos casos, pero para ello la ley debería ofrecer, promover y fomentar las garantías y la financiación necesaria (Hernández, 2020).

3.6. Papel de enfermería

El acto de cuidar, que es el papel de enfermería desde principios de la vida, es el resultado de proteger, promover y preservar a la humanidad. Todos los seres vivos hemos tenido la necesidad de cuidar y ser cuidados. La evolución en la historia de los cuidados de enfermería ha pasado por muchas etapas, en las cuales en cada una se daba un tipo de cuidado u otro hasta llegar a la enfermería que hoy conocemos (Salas, 2018).

Remontando a las sociedades arcaicas como era el mundo clásico de la Grecia antigua y Roma, los cuidados eran asignados a las mujeres y se centraban en mantener la vida, promocionando la adecuada alimentación, higiene y vestimenta. Se tenía conocimiento de los trastornos mentales, pero los cuidados a estos eran los mismos que a todo el mundo, el mantenimiento de la vida (Salas, 2018).

Más tarde, donde se abarca la Edad Media, el Mundo Moderno, la transición y el inicio de la religión cristiana, la enfermedad era elegida por Dios y sus cuidados estaban relacionados con ello. Aparece la figura de la mujer cuidadora, pero independiente de la práctica médica, ya que adquirir conocimientos las alejaría del cuerpo de Dios y, además, se inauguran los primeros hospitales, en los cuales se acogían tanto a enfermos como a necesitados. Es en 1420 cuando se inaugura la primera institución psiquiátrica y tras esta muchas más, para que las personas con trastornos mentales no estuvieran en sociedad ni les hicieran daño ni otros ni entre ellos. Los cuidados que recibían estos pacientes estaban basados en el mantenimiento de la vida y en la enseñanza y realización de tareas para que su enfermedad no empeorara por ociosidad (Salas, 2018).

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL

Acercándonos un poco más a la actualidad, en el periodo contemporáneo, surge una nueva manera de entender la enfermedad, la cual ya no era divina, y se promueve un desarrollo científico que proporciona un mayor conocimiento de las enfermedades mentales y de su tratamiento. Este avance hace necesario el surgimiento de la mujer enfermera que ayuda al médico. Pero en cambio, España influenciada por otros países, considera una amenaza social a los enfermos mentales y se crean los manicomios, que fueron impulsados por fuerzas socialistas humanísticas debido a la persecución, maltrato y aislamiento a estas personas. Fue en ellos en cambio, donde la enfermería poco a poco comenzó a impulsar el cuidado adecuado a un enfermo mental una vez conviviendo con ellos. Ya es en el año 1931 cuando empieza a regularse el internamiento y los cuidados hacia las personas con trastornos mentales, pero no es hasta cincuenta años después cuando se incluye en el marco legislativo la ley encargada de regir el internamiento psiquiátrico, así como su desinstitucionalización. Por esta época es cuando surge la enfermería técnica y profesional en cada ámbito, separándola de la religión, además aparecen teorías como la de Hidergard E. Peplau, madre de la Enfermería Psiquiátrica y más tarde, en pleno siglo XX Dorothea Orem (Salas, 2018).

Por tanto, desde el principio de los tiempos ha habido personas con enfermedades mentales donde su cuidado y abordaje han ido cambiando con los avances, los años y la mentalidad (Salas, 2018).

En la actualidad la enfermería ha venido realizando un importante trabajo con las personas que padecen enfermedades mentales, ya que se encargan del acompañamiento en todo el proceso de la enfermedad, en la rehabilitación y en el fortalecimiento en todos los niveles como son la educación y la promoción entre otros (Guerra, 2018).

Tras varias revisiones, se pueden diferenciar tres roles de enfermería en cuanto al cuidado de los pacientes con enfermedades mentales como son el rol asistencias, el educativo y el de investigación.

Centrándonos en estos tres roles, en concreto en el asistencial, es evidente que es la enfermería la que está 24 horas con los pacientes y conoce

sus limitaciones, ya que son las que les ofrecen las herramientas necesarias para afrontar las dificultades, la adherencia al tratamiento, la fomentación para los cambios en el funcionamiento tanto mental, como conductual y social, así como la realidad que necesitan frente a los síntomas que aparecen. Esta atención recibida lleva un patrón importante el cual realizan ellas mismas, el cual es un Plan de cuidados específico para cada uno de estos pacientes, una vez claro tanto el diagnóstico del paciente como sus necesidades inmediatas y tardías. También hay que hacer frente a uno de los aspectos más importantes de las enfermedades mentales, que es el cumplimiento terapéutico, esto se lleva a cabo mediante estrategias con los pacientes y sus familias. Por todo ello, es importante e imprescindible que se tengan las competencias adecuadas, conozcan las patologías, los comportamientos, las necesidades de los pacientes y trabajen con el resto del equipo (Guerra, 2018).

En cuanto a la educación, es una de las actividades que brinda la enfermería, tanto a su propio equipo como a los pacientes, a las familias y a la sociedad en general, teniendo como fin que se tenga conocimiento sobre la realidad de la enfermedad, la creación de un ambiente social que favorezca la recuperación de estos pacientes y evitar la discriminación que hay asociada a los trastornos mentales (Guerra, 2018).

El rol investigador es el menos conocido de los tres mencionados, pero no menos importante ya que genera la validez y la mejora de los conocimientos existentes, así como los nuevos conocimientos que influyen en la práctica enfermera. Se ha visto reflejado en los artículos leídos, que son escasas las investigaciones en comparación con otros campos de salud mental, de ahí a la necesidad actual de fomentar la investigación en esta área (Guerra, 2018).

La enfermería tiene un papel fundamental en el cuidado de los pacientes psiquiátricos. Debemos darles cuidados físicos cuando su situación no les permite a ellos hacerlo, administrar el tratamiento farmacológico asegurándonos que se lo toma y que no aparecen efectos no deseados. Ante la aparición de síntomas positivos como son las alucinaciones y los delirios debemos orientar al paciente hacia la realidad, asegurar un entorno de seguridad para el y disminuir los estímulos externos, así como favorecer su

reinserción social y el contacto con los demás y el mundo externo (Panduro, 2018).

Es papel de enfermería que una vez que el tratamiento tiene los efectos deseados sobre el paciente, nosotros como enfermeros debemos trabajar su adherencia y permanencia tanto con el paciente como con su medio familiar y social con unos objetivos importantes. Entre ellos se encuentra atrasar lo que se pueda el progreso de la enfermedad, el mantenimiento del nivel cognitivo, la disminución de los síntomas, permitir que el paciente se reinserte en la sociedad, garantizar la información, ayuda y comprensión máxima a las familias, y por último y más importante para que todo lo dicho anteriormente no se desestructure es la reducción al mínimo del abandono del tratamiento (Cuellar, 2018).

Otra de nuestras competencias es realizar o participar en las actividades de rehabilitación de estos pacientes. Se les debe garantizar psicoterapia y psicoeducación tanto individual como familiar, rehabilitación cognitiva, manejo del estrés, grupos de apoyo a familiares, adherencia al tratamiento y talleres que les den herramientas para volver a la vida cotidiana y social, así como a su reinserción. Como vemos, la ayuda a los pacientes es igual de importante que a las familias ya que la ayuda de estas es fundamental en todo el desarrollo de la enfermedad y en la repercusión que esta tiene (Cuellar, 2018).

En los circuitos de servicios por los que pasan los pacientes con trastornos mentales, la enfermería tiene un papel fundamental. Esto es debido a que en todos los servicios donde los pacientes se encuentren cuentan con la atención integral de enfermería, aun que de forma diferente. En las unidades hospitalarias se encargan en la mayoría de las ocasiones de la administración y adherencia del tratamiento farmacológico para la estabilizar de los pacientes, en cambio, las unidades de rehabilitación, se encargan de la tarea de reinserción social y rehabilitación para que le paciente consiga el mayor grado de autonomía posible (Vega, 2019).

En complemento de lo anteriormente descrito, cabe destacar que, en España desde el 30 de junio de 1998, disfrutamos del título de Enfermera Especialista en Salud Mental a través de la orden ministerial del Real Decreto

992/1987. Desde ese año por vía EIR (Enfermero Interno Residente) se han formado enfermeras especialistas durante un año inicialmente y actualmente mediante dos, como establece el Real Decreto del 11 de mayo de 2011 (Román, 2018).

Como expone el último decreto, la enfermera especialista en salud mental es aquella que utilizando una actitud responsable y los medios clínicos y tecnológicos adecuados proporciona una atención especializada mediante los cuidados de salud mental en los diferentes niveles de atención como son la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación. En esta especialidad la enfermería tiene diferentes funciones. En el ámbito comunitario desarrollan la promoción de la salud mental, el bienestar emocional y la prevención de riesgos, implantan nuevas estrategias y promueven la humanización del cuidado entre otras muchas, en cambio las funciones en el ámbito hospitalario están más enfocadas a la recuperación y seguridad del paciente (Huizing et al., 2019).

En el siglo en el que nos encontramos, la enfermería tiene la capacidad total de brindar a estos pacientes la atención integral y humana que necesitan. Por ello es importante la revisión que se hace sobre el papel de enfermería sobre pacientes con enfermedades mentales, donde es necesario dejar atrás errores acerca de estos pacientes etiquetándolos de lo que son. Si se investigara más sobre este tema se eliminaría todo tipo de error sobre estas enfermedades y personas y se contribuiría más a la mejora de la rehabilitación, cuidado y reinserción social (Guerra, 2018).

3.6.1. Teoría de Enfermería de Dorothea Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia

A mitad del siglo XX se desarrollaron diversas teorías y modelos de enfermería con el objetivo de explicar los cuidados según el enfoque que se adoptara. Asimismo, se desarrolló el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para la orientación de las teorías y modelos en el ámbito específico de cuidar (Miguel, 2014).

Dorothea Orem desarrolló un planteamiento conceptual de la enfermería dividido en tres teorías que giran entorno al autocuidado. Estas son la Teoría de Enfermería del Autocuidado, la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería, las cuales le permiten explicar los cuidados de enfermería desde un punto de vista integral (Miguel, 2014).

Dorothea, se preguntaba en que estado se encontraban los pacientes para que una enfermera interviniera en su situación. Preguntó a la que respondía diciendo que la intervención enfermera era la incapacidad de autocuidarse por la situación personal en la que se encontraba (Miguel, 2014).

La Teoría del Déficit del Autocuidado describe los factores y las causas por las que las personas no pueden cuidarse a si mismas, además determina el grado de ayuda que la enfermera debe proporcionar según el déficit de autocuidado que tienen las personas. Asimismo, esta se aplica internacionalmente en la práctica asistencial, en la formación y en la investigación (Miguel, 2014).

Esta teoría propone unos requisitos de autocuidado de desviación de la salud, los cuales tienen relación con los defectos y las desviaciones de las personas (Miguel, 2014).

Las personas diagnosticadas de un trastorno mental grave como es la esquizofrenia necesitan un nivel mayor de autocuidado, ya que además de los requisitos universales, necesitan los derivados de su propia enfermedad. Esto requiere que los profesionales de enfermería, además de conocer todo lo referido a dicha patología, como son las características clínicas y los conceptos teóricos, necesitan identificar los requisitos de autocuidado que necesitan estos pacientes para que sus cuidados sean efectivos (Miguel, 2014).

Los requisitos que pueden presentar estos pacientes, dan lugar a riesgos potenciales que conforman el perfil de las personas diagnosticadas de Esquizofrenia. Algunos de ellos pueden ser el riesgo de consumo de tóxicos, el riesgo de déficit de las medidas de higiene o el riesgo de dificultad en la incorporación del tratamiento de su vida diaria (Miguel, 2014).

Teniendo en cuenta lo complejo que es el tratamiento y el abordaje de las personas con trastorno mental grave, hay que explorar el grado de autocuidado de estos pacientes, así como la percepción de la salud mental positiva, la cual también podemos definir a partir de términos tales como bienestar o calidad de vida (Miguel, 2014).

Orem reflexionaba con Vardiman sobre la dificultad de algunos profesionales de enfermería en detectar los comportamientos de salud mental positiva de los pacientes, y por ello la falta de medidas de criterio de esta. Por tanto, con la idea de salud mental positiva y los planteamientos de autocuidado, agruparon 38 comportamientos en cinco categorías, los cuales pueden contribuir medidas de salud mental positiva (Miguel, 2014).

Categorías de comportamientos según Orem y Vardiman

1. Funcionamiento dentro de un marco de la realidad verídico. Son comportamientos que reflejan la conciencia de querer saber y entender lo que esta pasando en su vida o en que posición se sitúa cada persona.
2. Funcionamiento para dar lugar a mantener el orden en la vida diaria. Son comportamientos relacionados con la realización de las actividades diarias de la vida de forma consciente.
3. Funcionamiento con integridad y autoconsciencia. Son comportamientos de juicio que relacionan el pasado y el presente de la persona.
4. Funcionamiento como personas que viven en comunidad. Son comportamientos que expresan las relaciones sociales e interpersonales de la persona.
5. Funcionamiento con una comprensión creciente de la propia humanidad. Son comportamientos que reaccionan la integridad de la persona en el mundo, estando implícito la elección de vida que se ha decidido.

Es necesario que cada persona reconozca los comportamientos saludables en su autocuidado, y cuando esto no ocurre o hay un déficit del mismo se requiere de una enfermera para recibir su apoyo. Estas como agentes de autocuidado deben reconocer los comportamientos saludables o la ausencia de

ellos para poder decidir que hacer y como abordar los requisitos de autocuidado, así como los cuidados que se requieren (Miguel, 2014).

Esto ocurre en muchos casos de los enfermos mentales, por lo que las enfermeras deben conocer los comportamientos de salud mental positiva de los comportamientos anormales de los pacientes que tengan a su cargo, ya que como dice Orem, estas personas necesitan atención especializada en un parte o en todos los requisitos de autocuidado universal (Miguel, 2014).

Los requisitos universales de salud que las personas con enfermedades mentales necesitan atención especializada de enfermería son entre otros, el mantenimiento de la ingesta suficiente entre agua y alimentos y evitar los riesgos para la salud. Además de los requisitos de autocuidado de desviación de la salud que presentan, que son: gestionar el entorno mientras se experimentan una serie de síntomas psiquiátricos, así como participar y conocer en el régimen terapéutico prescrito (Miguel, 2014).

Además de ayudar con los déficits en el autocuidado de los pacientes, según Orem, es papel de enfermería apoyar a que se centren en los programas que fomentan la salud mental positiva (Miguel, 2014).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

La realización de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se ha basado en un diseño de investigación en el cual se ha seguido una metodología cualitativa tipo “estudio de caso”.

4.2. Sujeto del estudio.

Mujer de 40 años diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide desde 2009, con antecedentes de TCA mixto en la adolescencia. Es ingresada involuntariamente en psiquiatría por petición de su psiquiatra de referencia por incumplimiento del tratamiento y su consiguiente descompensación psicótica imposible de tratar ambulatoriamente. Se inicia tratamiento frente a la descompensación y se reajusta la medicación, además, se realizan terapias psicosociales de diferente índole junto a ella en la unidad de larga estancia del hospital, donde se percibe su mejora paulatinamente.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

Dicho estudio se realizó por parte del personal de enfermería en la unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico de la Región de Murcia, en un periodo comprendido entre los meses de octubre y noviembre de 2020. En este periodo de tiempo se efectuó la recogida y análisis de los datos clínicos de la paciente, así como el acercamiento paulatino y el contacto estrecho con la paciente, llevándose a cabo de esta manera el análisis de la información y elaboración de dicha memoria.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

Para la ejecución de este trabajo se han empleado una serie de datos obtenidos de las siguientes fuentes de información primaria:

- Historia clínica del paciente.
- Registros de evolución de enfermería y de otros profesionales de salud.

- Valoración de enfermería. Se ha procedido a la obtención de información mediante entrevista.
- Examen físico y psicológico de la paciente.
- Observación directa e indirecta de la propia paciente.
- Revisión bibliográfica que perfilaremos a continuación.

La búsqueda de evidencia científica se ha desarrollado empleando libros especializados, bases de datos, tales como Dialnet, Scielo y ScienceDirect entre otras, y buscadores, siendo los elegidos BUSCAM y la biblioteca digital de la UCAM. Se han utilizado descriptores en español para la delimitación en el campo de investigación como Enfermedad mental, Esquizofrenia, Tratamiento, Exclusión social, Covid-19 y Cuidados de enfermería, priorizando también en aquellas publicaciones comprendidas entre los años 2017-2020. Para complementar la búsqueda científica también se usaron descriptores en inglés como Schizophrenia, Predisposing factors y Types.

4.4.2. Procedimiento de información.

La recogida de datos comenzó accediendo a la historia clínica de la paciente y a los registros de evolución de enfermería y de otros profesionales de salud del hospital. En estos, pudimos consultar sus antecedentes, su evolución desde el ingreso en la unidad de agudos y su tratamiento farmacológico y no farmacológico a corto y a largo plazo. También, a su llegada a la unidad se ha utilizado la técnica de entrevista personal para la realización de la valoración de enfermería mediante los once patrones de Margory Gordon. Esto último nos ayudó a identificar los patrones alterados y poder planificar las intervenciones y actividades de enfermería necesarias a trabajar con la paciente, así como a prevenir los problemas de colaboración y sus potenciales riesgos de complicación obtenidos. Durante el proceso de recopilación de información, se ha mantenido la confidencialidad sin identificar al paciente ni sus datos personales en ninguno de los apartados del estudio que puedan afectar a su derecho de intimidad.

4.5. Procesamiento de los datos.

Los datos fueron analizados y organizados en un primer momento con la valoración de enfermería de la paciente mediante los once patrones de M. Gordon. Tras la realización de dicha valoración y la obtención de los patrones alterados escogimos los Diagnósticos de Enfermería usando la Taxonomía II de Diagnósticos de Enfermería NANDA I, NANDA Internacional 2018/2020, así como los Problemas de Colaboración y sus Riesgos de Complicación, utilizando en este caso el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Lynda Juall Carpenito. (Juall, 2017). Estos diagnósticos y riesgos de complicación escogidos se hacen únicos para poder trabajar con ellos tras una red de razonamiento basada en el modelo AREA (Pesut & Herman, 1999).

En un segundo momento, para la planificación de nuestros objetivos de enfermería respecto al diagnósticos y al riesgo de complicación obtenidos empleamos la taxonomía NOC (Moorhead, 2014) y para trabajar las intervenciones y las actividades enfermeras de nuestros resultados, usaremos el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek, 2009). Con todo lo anterior descrito, se ha logrado la realización de manera correcta de las partes del proceso enfermero ejecutado como son la valoración, la planificación, la ejecución y la evaluación.

Tabla 3. Selección de documentos de lectura crítica

FUENTE	NÚMERO DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS
Dialnet	5
Scielo	5
ScienceDirect	9
Otros documentos: libros especializados, buscadores...	65

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción del caso.

Paciente de sexo femenino de 40 años, diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide en 2009 y con antecedentes de TCA mixto con 14 años. Es soltera, licenciada en psicología tras haber pasado por varias carreras antes, vive con sus padres y no tiene ningún ingreso económico. Además, tiene antecedentes familiares importantes ya que su madre se medica con antipsicóticos, su tío materno tuvo un suicidio consumado y su primo materno padece trastorno mental grave (TMG).

Hasta 2009, la paciente llevaba una vida autónoma, con trabajos temporales, rutinas de estudio y buena relación con su familia y amigos. Con 29 años debutó mientras estudiaba el examen del PIR (Psicólogo Interno Residente) con sintomatología delirante somática y paranoide, en la cual decía sentir que se iba a morir al no poder hacer caca, mareos, fiebre y dolor de espalda tras una caída por culpa de su madre. Desde esa fecha, ha tenido numerosos ingresos en unidades de psiquiatría de los hospitales de la Región de Murcia tras descompensación psicótica por desconocimiento de enfermedad, no cumplimentación del tratamiento y no asistencia al centro de salud mental (CSM).

El mes de septiembre de 2020, ingresa involuntariamente en la unidad de corta estancia (UCE) de su hospital psiquiátrico de referencia por petición de su psiquiatra por descompensación psicótica imposible de tratar ambulatoriamente por el estado de la paciente y por la pandemia actual. La paciente llevaba 20 días encerrada en su habitación, sin relacionarse con nadie, sin cumplimentar del todo el tratamiento, sin asistir al CSM, sin ducharse, pidiendo comidas de fuera porque afirmaba que sus padres la envenenaban y en la cama ya que percibía debilidad en las extremidades inferiores por un golpe en su espalda con la barriga de su padre.

Tras el primer contacto con ella, se encuentra negativista y afirman su desconocimiento de enfermedad. No habla apenas de sus ingresos anteriores y vida pasada, solamente justifica los síntomas con un “fobia social” que dice

tener desde siempre. Además, se observa en la historia clínica un deterioro en su funcionamiento global a lo largo de la enfermedad. Tras el paso de los días en la unidad se muestra amable, colaboradora en las actividades diarias con esfuerzo del personal, come poco, lee y no se relaciona con sus compañeros.

Una vez estabilizada, ingresa en la unidad de rehabilitación hospitalaria (URH) con un tratamiento de Risperidona 1.5 mg oral y Reagila 3 mg oral a las 21:00h, y Flurazepam 30 mg a las 23:00h. Los objetivos del ingreso en esta unidad de media estancia es el descanso familiar, aumento de su conocimiento de enfermedad, tomar conciencia de la importancia de cumplimentar el tratamiento y mejora de su funcionamiento, tanto personal como social.

5.2. Valoración

La valoración de Enfermería se realiza mediante los once patrones de M.Gordon.

- Patrón 1: Percepción – manejo de la salud. **Patrón alterado**
No conciencia de enfermedad. No hábitos tóxicos. Diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide. Múltiples ingresos hospitalarios tras descompensación psicótica por no cumplimentar el tratamiento. Actualmente toma Risperidona 1.5 mg oral y Reagila 3 mg oral a las 21:00h, y Flurazepam 30 mg a las 23:00h.
- Patrón 2: Nutricional – metabólico. **Patrón alterado**
IMC 24,1 kg/m². Normopeso según SEEDO. Anteriores pérdidas de peso por TCA mixto. Temperatura de 36,1°C. Buena hidratación. No ingiere las calorías suficientes. Falta de limpieza bucal y pelo. Riesgo bajo de úlceras por presión.
- Patrón 3: Eliminación.
Eliminación intestinal y urinaria sin problemas. Color y consistencia normal de heces. Color normal de la orina.
- Patrón 4: Actividad – ejercicio. **Patrón alterado**
FC: 100. FR: 15. Todo el día sentada leyendo. No realiza ningún tipo de actividad física. No capacidad de funcionamiento sin supervisión.

- Patrón 5: Sueño – descanso. [Patrón alterado](#)
Toma Flurazepam 30mg para dormir. Dice despertarse por la noche varias veces por el ruido de sus compañeros de habitación aunque se levanta descansada. Duerme siesta de varias horas al día.
- Patrón 6: Cognitivo – perceptual. [Patrón alterado](#)
Utiliza lentes de contacto (rotas). No conciencia de enfermedad. Deterioro de las habilidades cognitivas funcionales tras la evolución de su enfermedad. Discurso correcto en forma y contenido. Presenta delirio de envenenamiento. No se atreve a tomar decisiones por si misma. Presta atención cuando le interesa.
- Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto. [Patrón alterado](#)
Estado pasivo-apático. Nunca se ha sentido bien con su cuerpo. Se siente insegura. No se siente bien cuando hay personas a su alrededor. Se siente débil. Tiene miedo a las cosas nuevas. No mantiene el contacto visual durante mucho tiempo. Voz muy baja y conversación corta.
- Patrón 8: Rol – relaciones. [Patrón alterado](#)
Vive con sus padres. No trabaja. Depende de sus padres. En los peores momentos de su enfermedad no se fía de sus padres. No tiene relaciones sociales.
- Patrón 9: Sexualidad – reproducción.
No se recibe información sobre este patrón
- Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés. [Patrón alterado](#)
No se adapta bien a los cambios. No afronta las situaciones. Se encierra en sí misma y evade el tema justificándose.
- Patrón 11: Valores – creencias. [Patrón alterado](#)
No tiene expectativas sobre su recuperación. No le da prioridad a su salud y al tratamiento. No termina de aceptar su situación ni su enfermedad.

5.3 Diagnósticos de enfermería

A continuación, se obtendrá los Diagnósticos de Enfermería (DxE) utilizando la Taxonomía II de Diagnósticos de Enfermería NANDA I, NANDA Internacional 2018/2020.

- Patrón 1: Percepción – manejo de la salud

(00043) Protección ineficaz r/c nutrición inadecuada m/p debilidad

- Definición: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones
- Dominio: 1 Promoción de la salud
- Clase: 2 Gestión de la salud

(00078) Gestión ineficaz de su salud r/c dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p dificultad con el régimen terapéutico prescrito

- Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.
- Dominio: 1 Promoción de la salud
- Clase: 2 Gestión de la salud

(00226) Riesgo de planificación ineficaz de las actividades r/c conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta

- Definición: Susceptible de ser incapaz de prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones, que puede comprometer la salud.
- Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

- Patrón 2: Nutricional – metabólico

(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p ideas erróneas

- Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
- Dominio: 2 Nutrición
- Clase: 1 Ingestión

(00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c estilo de vida sedentario, malnutrición

- Definición: Susceptible de un aumento, disminución, falta de actividad peristáltica o actividad peristáltica ineficaz del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud.
- Dominio: 3 Eliminación e intercambio
- Clase: 2 Función gastrointestinal

- Patrón 4: Actividad – ejercicio

(00094) Riesgo de intolerancia a la actividad r/c estilo de vida sedentaria

- Definición: Susceptible de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud.
- Dominio: 4 Actividad/reposo
- Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

(00097) Disminución de la implicación en actividades recreativas r/c mal esta psicológico m/p inexpresividad

- Definición: Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades recreativas o de tiempo libre
- Dominio: 1 Promoción de la salud
- Clase: 1 Toma de conciencia de salud

(00168) Estilo de vida sedentario r/c interés insuficiente en la actividad física m/p la actividad diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad

- Definición: Hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.
- Dominio: 1 Promoción de la salud
- Clase: 1 Toma de conciencia de salud

- Patrón 5: Sueño – descanso

(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c interrupciones causadas por la pareja del sueño m/p dificultad para conciliar el sueño, despertar sin querer

- Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.
- Dominio: 4 Actividad/Reposo
- Clase: 1 Sueño/Reposo

- Patrón 6: Cognitivo – perceptual

(00199) Planificación ineficaz de las actividades r/c conducta de huida cuando se enfrenta a la solución de una propuesta m/p preocupación por la tarea a realizar

- Definición: Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.
- Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- Clase: 2 Respuesta de afrontamiento

(00242) Deterioro de la toma de decisión independiente r/c falta de confianza en si misma en la toma de decisiones m/p retraso de la puesta en marcha de la opción de cuidados sanitaria escogida

- Definición: Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.
- Dominio: 10 principios vitales
- Clase: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

- Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

- (00054) Riesgo a la soledad r/c Aislamiento social**

- Definición: Susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.
 - Dominio: 12 Confort
 - Clase: 3 Confort social

- (00119) Baja autoestima cónica r/c incongruencia espiritual m/p pasividad, contacto visual escaso**

- Definición: Autoevaluación y/o sentimientos negativos sobre las propias capacidades, que se prolongan más allá de los tres meses
 - Dominio: 6 Autopercepción
 - Clase: 2 Autoestima

- (00193) Descuido personal r/c función ejecutiva deficiente m/p higiene personal insuficiente**

- Definición: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.
 - Dominio: 4 Actividad/Reposo
 - Clase: 5 Autocuidado

- Patrón 8: Rol – relaciones
(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en el autoconcepto m/p discomfort en las situaciones sociales

- Definición: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social
- Dominio: 7 Rol/Relaciones
- Clase: 3 Desempeño del rol

- Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés
(00071) Afrontamiento defensivo r/c temor a la repercusión m/p alteración en la evaluación de la realidad, negación de problemas, participación insuficiente en el tratamiento

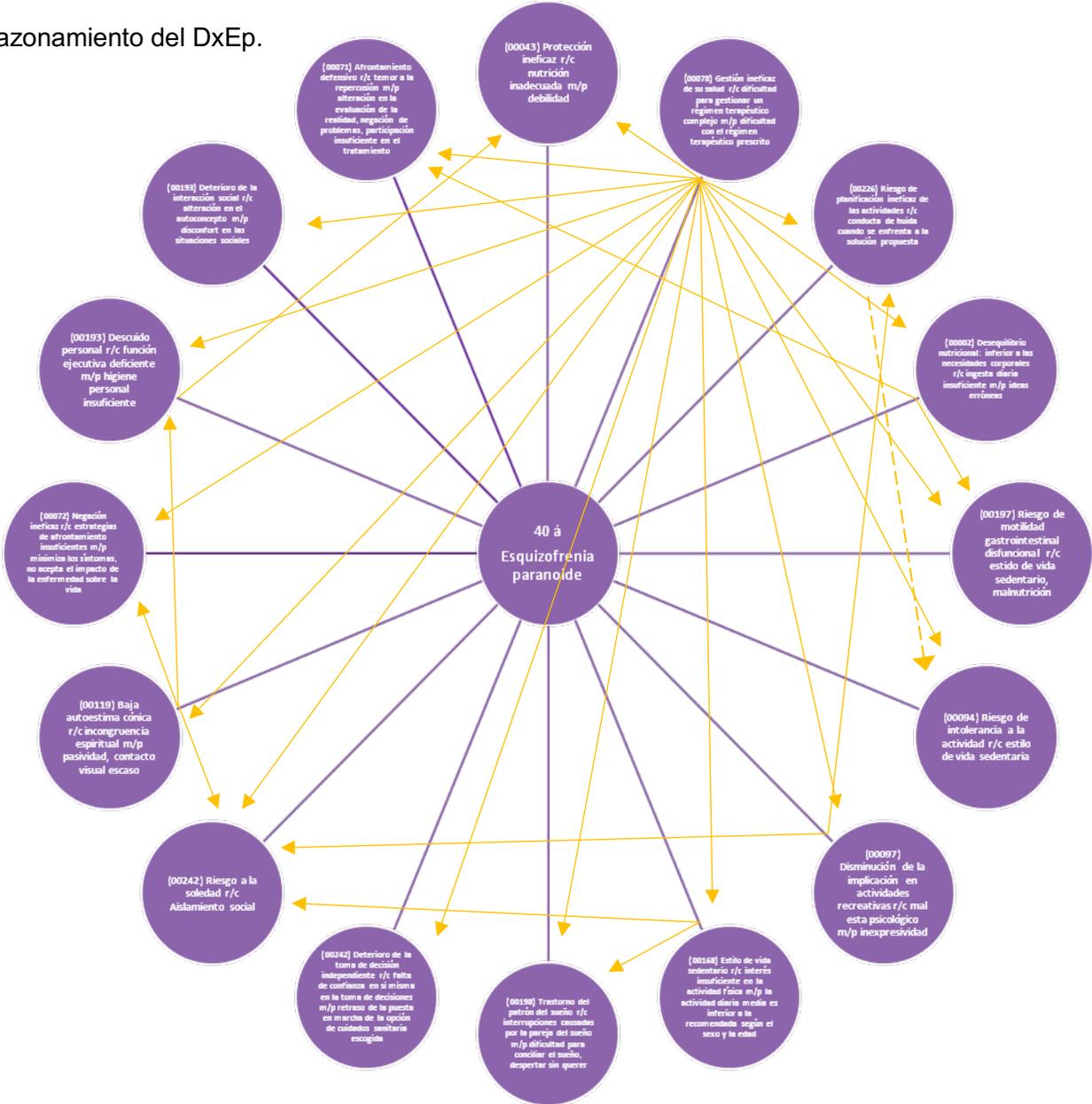
- Definición: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.
- Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- Clase: 2 respuesta de afrontamiento

- (00072) Negación ineficaz r/c estrategias de afrontamiento insuficientes m/p minimiza los síntomas, no acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida**

- Definición: Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.
- Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- Clase: 2 respuesta de afrontamiento

5.3.1. Priorización del diagnóstico de enfermería principal (DxEp), mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA

Figura 3. Red de razonamiento del DxEp.



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo AREA de Pesut & Herman (1999).

5.3.2. *Justificación del DxEp.*

Tras la red de razonamiento con claro ganador y una búsqueda bibliográfica el Diagnóstico de Enfermería Principal es (00078) Gestión ineficaz de su salud r/c dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p dificultad con el régimen terapéutico prescrito.

Este diagnóstico ayudará a trabajar con la paciente tanto su estado psíquico, físico como social. Una vez que la paciente cumplimente el tratamiento farmacológico y no farmacológico podrá gestionar su salud en todas las esferas.

En pacientes con enfermedad mental la adherencia terapéutica es tan importante como compleja, ya que estos trastornos se caracterizan por las alteraciones en la percepción, en las emociones, en el pensamiento, en la conducta y en las relaciones con lo demás, por lo que una mala cumplimentación tiene un gran impacto en funcionamiento tanto personal como social del paciente. Además, siendo más específicos, cuando se trata de un trastorno psicótico, la persona tiene una pérdida del contacto con la realidad, ideas y percepciones anormales, y pensamientos desorganizados (Ruiz, 2019).

Esto demuestra que los pacientes con enfermedad mental, en ocasiones no sepan ocuparse de si mismo en las actividades más simples de la vida como levantarse, no descansar, ducharse o comer a sus horas ya que su funcionamiento, su percepción o sus ideas no son las adecuadas.

Por otro lado, en el trascurso del tiempo con una mala evolución de la enfermedad puede haber un deterioro en ciertas capacidades y una menor calidad de vida, lo cual esto conlleva en muchas ocasiones a un abandono del paciente por su parte, asilamiento social y despreocupación por su salud (Ávalos, 2019).

En numerosos estudios se ha visto que la mayoría de estos pacientes no reconocen su enfermedad, y que esto tiene mucho que ver con la adherencia del tratamiento. Cuando los pacientes son conscientes de su enfermedad y de los beneficios del tratamiento farmacológico y no farmacológico hay mucha

más prevalencia de la cumplimentación del tratamiento, así como el afrontamiento de los síntomas (Cardoso, 2018).

Finalmente, como bien dice Fernández (2019), está demostrado que una mala gestión de la enfermedad está significativamente asociado con mayores tasas de ingreso psiquiátrico y por ello una disminución de las funciones mentales y menos satisfacción vital. Los pacientes con dichas disminuciones cognitivas se sienten más abrumados a la hora de tomar una decisión o realizar una actividad o tarea, además de no tener la misma concentración para seguir una conversación y tener relaciones sociales estrechas.

5.4. Problema de colaboración (PC) / Riesgos de complicación (RC)

Para trabajar los Problemas de Colaboración (PC) y obtener los Riesgos de Complicación (RC), se utiliza el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Lynda Juall Carpenito (Juall, 2017).

El tratamiento farmacológico que tiene la paciente supone un problema de colaboración por los riesgos de complicación potenciales que presenta:

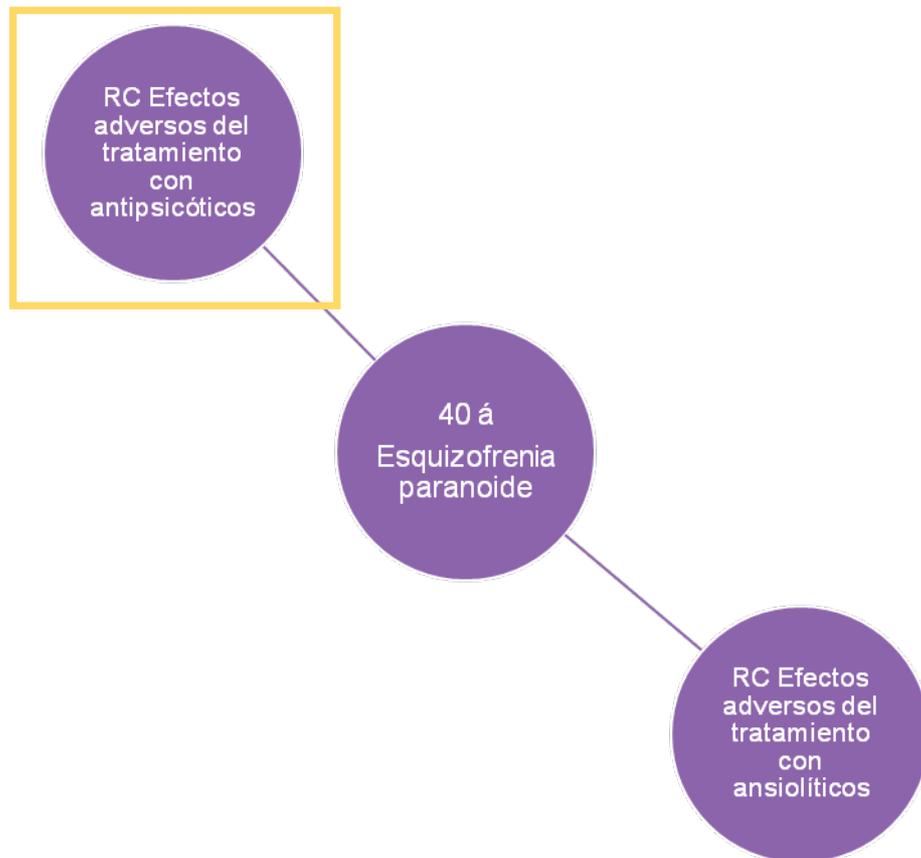
- Riesgos de complicación por Efectos adversos del tratamiento farmacológico.

RC: Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos

RC: Efectos adversos del tratamiento con ansiolíticos

5.4.1. Priorización del riesgo de complicación principal (RCp), mediante una red de razonamiento clínico basado en el Modelo AREA.

Figura 4. Red de razonamiento del RCp.



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo AREA de Pesut & Herman (1999).

5.4.2. Justificación del RCp.

El RCp es Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos debido a que la paciente toma estos fármacos en su mayoría. Además, como dice Blázquez (2019), los antipsicóticos tienen como objetivo tratar la Esquizofrenia para así permitir al paciente llevar una vida con calidad.

Hay que destacar que la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son asociados a una morbilidad elevada debido al tratamiento farmacológico entre otros, ya que los antipsicóticos presentan efectos no deseados que repercuten en la salud (Pato, Rodríguez, y Valverde., 2017).

Estos efectos adversos están relacionados con su mecanismo de acción y los distintos receptores sobre los que actúan. Los efectos adversos más destacados son los síntomas extrapiramidales, mareos, hipotensión ortostática,

aumento de peso, estreñimiento y taquicardia refleja. Además, es importante que el profesional sanitario sea capaz de que el paciente disponga de los conocimientos suficientes para avisar en el caso de los respectivos efectos no deseados y poner el mejor tratamiento para cada uno (Blázquez, 2019).

Lo último mencionado es debido a que existe una gran variabilidad en la respuesta individual a los diferentes antipsicóticos, así como en la aparición de reacciones adversas. Las numerosas variantes genéticas han demostrado influir en la farmacocinética y farmacodinamia de estos fármacos, siendo responsables en parte de la gran variabilidad existente entre individuos (Dopazo, 2020).

5.5 Planificación

5.5.1. Planificación del DxEp.

5.5.1.1 Resultados (NOC)

El Diagnóstico de Enfermería Principal es (00078) Gestión ineficaz de su salud r/c dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p dificultad con el régimen terapéutico prescrito. Para trabajar los objetivos de Enfermería respecto a este diagnóstico, se utiliza la taxonomía NOC (Moorhead, 2014).

(3102) Autocontrol: enfermedad crónica

- Definición: Acciones personales para manejar una enfermedad crónica y su tratamiento, y evitar la progresión de la enfermedad y las complicaciones.
- Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud
- Clase: FF Gestión de la salud

Tabla 4. Puntuación NOC del DxEp

NOC	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO

(3102)			
Autocontrol: Enfermedad crónica	1	5	1 mes

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2014)

Tabla 5. Puntuaciones de indicadores del NOC del DxEp

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(310201) Acepta diagnóstico	1	5	1 mes
(310218) Sigue régimen de medicación	2	5	1 mes
(310224) Sigue la dieta recomendada	2	5	1 mes
(310226) Participa en los ejercicios recomendados	2	5	1 mes
(310238) Equilibra actividades y descanso	1	5	1 mes

(310244)

Participa en las decisiones de atención sanitaria	1	5	1 mes
--	---	---	-------

ESCALA LIKERT: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas & Swanson (2014)

5.5.1.2. Intervenciones (NIC)

Para trabajar las intervenciones y las actividades enfermeras del NOC principal, usaremos el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek, 2009)

(4410) Establecimiento de objetivos comunes

- Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar los objetivos.
- Dominio: 3 Conductual
- Clase: O Terapia conductual

Actividades:

- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Animar al paciente a identificar sus propios puntos débiles y fuertes.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Animar al paciente a establecer objetivos de manera clara, evitando alternativas.
- Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas (Bulechek, 2009).

(5250) Apoyo en la toma de decisiones

- Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
- Dominio: 3 Conductual
- Clase: R Ayuda para el afrontamiento

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar la toma de decisión en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada del paciente.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.
- Remitir a grupos de apoyo, según corresponda (Bulechek, 2009).

(5246) Asesoramiento nutricional

- Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
- Dominio: 1 Fisiológico: Básico
- Clase: D Apoyo nutricional

Actividades:

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Comentar el significado de la comida para el paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Comentar los gustos y las aversiones alimentarias del paciente.
- Fomentar el uso de internet para acceder a información útil sobre la dieta, las recetas y la modificación del estilo de vida, según corresponda (Bulechek, 2009).

(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad

- Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
- Dominio: 3 Conductual
- Clase: S Educación para los pacientes

Actividades:

- Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.
- Describir el proceso de enfermedad según corresponda.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda (Bulechek, 2009).

(0200) Fomento del ejercicio

- Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.
- Dominio: 1 Fisiológico: Básico
- Clase: A control de actividad y ejercicio.

Actividades:

- Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a establecer metas a corto plazo y a largo plazo del programa de ejercicios.
- Realizar ejercicio con la persona, según corresponda (Bulechek, 2009).

(4480) Facilitar la autorresponsabilidad

- Definición: Animar al paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.
- Dominio: 3 Conductual
- Clase: O Terapia conductual

Actividades:

- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos a asumir la responsabilidad.
- Fomentar el establecimiento de metas.
- Fomentar reconocer malas conductas (Bulechek, 2009).

(5400) Potenciación de la autoestima

- Definición: Ayudar a un paciente a que mejore su juicio personal de su autovalía.
- Dominio: 3 Conductual
- Clase: R ayuda para el afrontamiento

Actividades:

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Determinar la confianza del paciente sobre su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Explorar los logros de éxitos anteriores (Bulechek, 2009).

5.5.2. Planificación del RCp

5.5.2.1. Resultados (NOC)

El Riesgo de Complicación principal es Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos. Para trabajar los objetivos de Enfermería respecto a este problema, se utiliza la taxonomía NOC (Moorhead, 2014).

(2301) Respuesta a la medicación

- Definición: Efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita.
- Dominio: 2 Salud fisiológica
- Clase: AA Respuesta terapéutica

Tabla 6. Puntuación del NOC del RCp

NOC	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(2301) Respuesta a la medicación	5	5	1 mes

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2014)

Tabla 7. Puntuación de indicadores del NOC de RCp

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
(230101) Efectos terapéuticos esperados presentes	5	5	1 mes

(230105)			
Efectos adversos	5	5	1 mes
(230107)			
Interacción medicamentosa	5	5	1 mes
(230111)			
Mantenimiento de los niveles sanguíneos esperados	5	5	1 mes

ESCALA LIKERT: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2014)

5.5.2.2. *Intervenciones (NIC)*

Para trabajar las intervenciones y las actividades enfermeras del NOC principal, se usa el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek, 2009)

(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos

- Definición: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos y observar sus efectos.
- Dominio: 2 Fisiológico: Complejo
- Clase: H Control de fármacos

Actividades:

- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.
- Informar al paciente del propósito y acción de cada medicamento.
- Informar al paciente acerca de los efectos adversos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda.
- Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso (Bulechek, 2009).

(2380) Manejo de la medicación

- Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los medicamentos prescritos y de libre prescripción.
- Dominio: 2 Fisiológico: Complejo
- Clase: H Control de fármacos

Actividades:

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación (Bulechek, 2009).

5.6. Ejecución

5.6.1. Cronograma de intervenciones/actividades

Tabla 8. Cronograma de octubre de los NIC

ACTIVIDADES/ INTERVENCIONES	Día 19	Día 20	Día 21	Día 22	Día 26	Día 27	Día 28	Día 29	Día 30
	T	T	M	T	T	M	M	M	M
(4410) Establecimiento de objetivos comunes	X				x				
(5250) Apoyo en la toma de decisiones	X		X						
(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos			X						X
(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad			X						
(5400) Potenciación de la autoestima	X			X	X			X	X
(2380) Manejo de la medicación	X	X	X	X	X	X	X	X	X
(4480) Facilitar la autorresponsabilidad	X	X	X		X			X	X

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Cronograma de noviembre de los NIC

ACTIVIDADES/ INTERVENCIONES	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13
	T	T	T	T	T	M	M	M	M	M
(4410) Establecimiento de objetivos comunes	X									
(5250) Apoyo en la toma de decisiones			X					X		
(2380) Manejo de la medicación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
(5400) Potenciación de la autoestima	X	X		X		X	X		X	X
(4480) Facilitar la autorresponsabilidad	X				X	X	X	X		X
(0200) Fomento del ejercicio	X		X		X	X		X		X
(5246) Asesoramiento nutricional					X			X		

Fuente: Elaboración propia.

5.6.2. Ejecución de las intervenciones planificadas para el DxEp y RCp.

A continuación, se explica la ejecución de las actividades planificadas para conseguir los objetivos propuestos a la paciente. Estas actividades se llevan a cabo después de dos semanas de acercamiento de forma paulatina, una vez que la paciente empieza a interesarse por una relación estrecha. Se realizan el último mes de prácticas en los turnos de mañanas o tardes, de lunes a viernes.

- Lunes 19/10/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

Al llegar al turno se informa como sigue la paciente. Cuentan que ha desayunado bien, pero ha comido poco, que ha descansado y se ha aseado con supervisión de las compañeras, que ha pasado el fin de semana sin hacer nada ni relacionarse estrechamente con nadie y que esa mañana se la había pasado sentada al sol leyendo el periódico.

Tras la merienda, nos acercamos a ella como previamente habíamos hablado para realizar la actividad (4410) Establecimiento de objetivos comunes.

Antes de actuar es necesario plantearse cuestiones que nos permitan comprender en que situación nos encontramos y cual debe de ser nuestra posición al respecto. Debemos saber calibrar las responsabilidades que podemos tener y por ello hay que marcarse objetivos realistas, concretos y fáciles de expresar (Enrro, 2017).

Para ayudarla a establecer estos objetivos trabajamos la actividad de (5400) Potenciación de la autoestima para que se sienta segura y vea de todo lo que es capaz.

Actualmente se está demostrando en estudios científicos la importancia de las habilidades personales relacionadas con la autoestima y el conocerse a sí mismo para el afrontamiento de la adversidad y la gestión de las emociones, que entre otras han sido identificadas básicas para el progreso en todos los ámbitos (Molina et ál., 2019).

Tras la conversación quedamos en hablar los lunes, miércoles y viernes durante un rato de temas que le puedan ayudar a mejorar e irse a casa, como de su enfermedad, su medicación, la alimentación, de actividades que podría

hacer y del ejercicio. Mientras se habla con la paciente trabajamos la actividad (4480) Facilitar la autorresponsabilidad haciéndole ver que ella es la responsable de su mejoría en el hospital, ya que como afirman Cañas, Landgrave y Quiroga (2016) es importante que la personas relacionen sus acciones con las consecuencias que estas tienen.

En la cena, se le da la medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación, comprobando que se la toma.

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos. Cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento (Maza, 2016).

Además, se le pregunta si le gusta la cena y me comenta que no mucho, que le han puesto una dieta muy alta de calorías y cosas que no le gustan y le sientan mal. En ese momento nos disponemos a realizar la actividad (5250) Apoyo en la toma de decisiones, explicándole que debería hablar con su médico y pedirle información sobre el por qué de su dieta, además de que podría participar en esa decisión proponiéndole alguna otra y además le explico algunas de las alternativas de dietas que podría proponer. En respuesta a ello, la paciente afirma que se lo pensará y mañana hablaría con su médico.

Los pacientes con enfermedades crónicas que pueden ser gestionadas por ellos, en la mayoría de ocasiones necesitan ser guiados para el desarrollo de esa gestión (Zukerfeld, 2018).

Además, numerosos estudios afirman que para desarrollar la toma de decisiones por parte del paciente es necesario brindarle toda la información necesaria como los beneficios y los riesgos. De este modo el paciente puede tomar una decisión compartida de manera informada, sabiendo cuales son (García y de Seguros, 2018).

- Martes 20/10/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

Al llegar al hospital nos informamos de como ha estado la paciente y nos acercamos para preguntarle como está, y si ha hablado con el médico sobre su dieta y reforzar con ella la actividad de (4480) Facilitar la autorresponsabilidad, debido a que como dicen Cañas, Landgrave y Quiroga (2016) es importante reforzar habitualmente la autonomía individual en este tipo de pacientes.

A la hora de la cena se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumplimenta el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado ya que como afirma Maza (2016) los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos. Cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento.

- Miércoles 21/10/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A la llegada a la unidad se escucha el relevo donde cuentan que la paciente sigue en su línea de comportamiento y que esa mañana se comenzarán a poner las vacunas de la gripe tanto a los pacientes como a los profesionales.

Cuando se comienza a poner vacunas, la paciente se niega a ponérsela sin dar ningún motivo.

A media mañana, nos acercamos a ella para comenzar las charlas acordadas y comenzar con la actividad (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

Las habilidades y conocimientos de pacientes crónicos sobre su enfermedad son generalmente bajos. Esto es importante a tratar, ya que según las creencias que el paciente tenga su salud, pueden determinar la autogestión de la misma. Además, el nivel de habilidades sociales y cognitivas de salud que tenga el paciente no depende solo de el, si no también del personal que lo atiende (Martí et ál., 2018).

Durante la charla la paciente no se encuentra muy animada pero la conversación es fluida y reconoce que está allí porque tiene una enfermedad mental. Pide no decir en voz alta el nombre de la enfermedad y la escribe en un papel, además, a la hora de profundizar en los síntomas que esta enfermedad puede provocar se empieza a incomodar y en ocasiones se justifica. Cuando se hace una pequeña conclusión sobre la charla, da la sensación de que ella sabe perfectamente lo que le pasa, pero le da miedo hablarlo o decirlo porque significa que es verdad. Además, se aprovecha para preguntarle sobre porque no ha querido ponerse la vacuna y trabajar con ella la actividad (4480) Facilitar la autorresponsabilidad. Su respuesta es que se siente débil como para ponerse la vacuna y se habla con ella durante un rato sobre la vacuna y la importancia de ponérsela y más en estos tiempos, donde ella comenta que todos los días lee lo mal que estamos en el periódico. Tras esta última conversación, en parte también se realizan las actividades (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos y (5250) Apoyo en la toma de decisiones ya que se le informa de la vacuna y de las ventajas y desventajas de ponérsela.

Es importante promover la participación tanto como sea posible de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud (Sullivan & Heng, 2020).

En muchas ocasiones es importante que los pacientes vean claramente que sus acciones tienen consecuencias y lo necesario que es tener autonomía (Cañas, Landgrave y Quiroga, 2016).

Además, es beneficioso que los pacientes obtengan toda la información necesaria ya que esa es la razón por la que en muchas ocasiones por la falta no siguen el tratamiento prescrito. Por ello es una competencia de enfermería suministrar toda la información necesaria y transmitir la confianza que necesitan (Ochoa, 2017).

A lo largo de la mañana observamos además que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente. (2380) Manejo de la medicación

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la

administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos. Cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento (Maza, 2016).

- Jueves 22/10/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

A la llegada a la unidad, nos informamos de que después de hablar con su psiquiatra y con su enfermera de referencia la paciente accede a ponerse la vacuna de la gripe.

En la hora de la merienda, nos acercamos a ella para preguntarle sobre la vacuna y cuenta que ya se la había puesto, y que además se sentía mucho mejor ese día. Se aprovecha para reforzar positivamente su decisión realizando la actividad (5400) Potenciación de la autoestima ya que como afirma Herrera (2020) la autoestima es un factor esencial para el desarrollo humano. De hecho, el nivel de esta tiene mucho que ver con la satisfacción personal, la confianza en uno mismo y la autorrealización de la persona.

A la hora de la cena se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumplimenta el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado.

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos (Maza, 2016).

- Lunes 26/10/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

Cuando se llega a la unidad, nos informamos de que la paciente ha pasado buen fin de semana, en el que se ha sentido mejor, ha realizado algún paseo saludable y ha ayudado a un compañero a hacerse un correo electrónico y a manejar el ordenador.

Como se acordó, a media tarde nos acercamos a ella para ver que tal está y hablar un rato. En esta ocasión abordamos la actividad (5400) Potenciación de

la autoestima donde escribimos en un papel las buenas cualidades que creemos tener y se comentan donde se refuerza todas las suyas más algunas que no ha dicho. Además, se le muestra nuestra alegría sobre la ayuda que le ha prestado a su compañero.

Por otro lado, debido a que estaba receptiva se decide realizar la actividad (4480) Facilitar la autorresponsabilidad. En la que se le comenta su mala conducta de no ducharse todos los días y hacerle saber que es su responsabilidad ir higiénicamente bien y ella se muestra tímida y sin mucha respuesta.

Es importante tener una buena autoestima ya que esto significa que tienes de ti mismo percepciones y actitudes positivas, y esto lleva a una mayor capacidad de compromiso y responsabilidad. Además, esta influye en el estado de ánimo, en la iniciativa y compromiso para realizar actividades (Giraldo y Holguín, 2017).

Tras esto se realiza con ella la actividad (4410) Establecimiento de objetivos comunes. Estos objetivos acordados fueron que de momento se ducharía todas las mañanas, se lavarían los dientes antes de dormir y cada dos días se cambiaría de ropa ya que no realiza ningún tipo de ejercicio. Como afirma Enro (2017), hay que saber que responsabilidades podemos abarcar y en que situación nos encontramos, para poder marcarnos objetivos realistas y concretos.

A la hora de la cena se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumple el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado ya que como dice Maza (2016) los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos. Cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento.

- Martes 27/10/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente. (2380) Manejo de la medicación.

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos (Maza, 2016).

- Miércoles 28/10/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A la llegada a la unidad nos informan en el relevo de que cuando han ido a sacarle sangre temprano a la paciente para su control mensual debido a su tratamiento, esta se ha quejado de no descansar bien por culpa de su compañera de habitación.

Durante el desayuno se le pregunta y comenta que no ha descansado y que además hoy no se encuentra con ánimos de hablar.

Además, lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente ya que los resultados de su analítica son normales. (2380) Manejo de la medicación.

Una de las pruebas eficientes para medir en los pacientes con tratamiento antipsicótico sus posibles efectos no deseados en una analítica completa (Morán, 2020).

- Jueves 29/10/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

En el relevo informan que la paciente ha dormido mucho mejor. A la hora del desayuno nos acercamos a ver como está y nos da las gracias por haberle dado su espacio cuando lo necesitaba. En ese momento se refuerzan las actividades (5400) Potenciación de la autoestima y (4480) Facilitar la autorresponsabilidad. Haciéndole ver que nos encontramos cómodos con ella, ya que me dice como se siente y le podemos dar el espacio que ella necesita, además se le dice que es bueno que digamos lo que pensamos y sentimos. Esto último es importante ya que como afirma Herrera Gavilanes (2020) la autoestima juega un papel decisivo en el estado emocional de las personas, así

como en el desarrollo integral de estas y la adaptación social. Por lo tanto, esta puede afectar en el modo de actuar y de relacionarse.

A lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente. (2380) Manejo de la medicación ya que como afirma Maza (2016) los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos.

- Viernes 30/10/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A la llegada a la unidad en el relevo confirman de nuevo que la paciente ha descansado y que la tarde del jueves asistió a una actividad con sus compañeros.

En el desayuno nos acercamos para ver que tal está y cuenta que bien y lo de la actividad. Aprovechamos para realizar la actividad de (5400) Potenciación de la autoestima reforzando su buena actitud frente a hacer cosas con los compañeros.

Es necesario desarrollar una buena autoestima para la satisfacción de uno mismo. Es importante la forma en la que la persona se siente valorada, ya que en muchas ocasiones esto tiene influenciado de agentes externos. Además, esta no es innata, por lo que se desarrolla y se refuerza a lo largo de la vida necesitando de un conocimiento adecuado y la aceptación personal (Gamboa, 2019).

A media mañana, nos sentamos con ella en el sol y comenta que había dormido bien y que su compañera ya no hacía tanto ruido. En ese momento aprovechamos para preguntarle sobre la medicación que toma por la noche realizando la actividad de (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.

Esta actividad es importante porque la falta de adherencia terapéutica es un problema de gran importancia en salud mental, ya que un porcentaje muy bajo de pacientes siguen estrictamente el tratamiento recetado, ya sea por falta de conciencia de enfermedad o información. Por ello, enfermería juega un papel

fundamental en la información que hay que suministrar y la confianza a transmitir (Ochoa, 2017).

En la conversación que se tiene con ella, cuenta lo que sabe sobre su medicación que es bastante y pregunta si sabemos algo más. Se busca la medicación que toma, y vemos como se llama, para que sirve, si tiene efectos no deseados y que pasa si no la tomas. Tras hacer una pequeña conclusión con ella sobre lo hablado, nos da la sensación de que se queda tranquila porque ella piensa que no toma mucha medicación y que la necesita. Por último, aprovechamos para reforzar la responsabilidad que tiene de tomarse la medicación realizando la actividad de (4480) Facilitar la autorresponsabilidad ya que como afirman Cañas, Landgrave y Quiroga, (2016) es importante que la persona sea consciente que sus actos tienen consecuencias.

Además, lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente ya que se le toman las constantes y se encuentran dentro de la normalidad. (2380) Manejo de la medicación, ya que como afirma Morán (2020) es importante el análisis y la monitorización de los signos vitales de manera continuada para un correcto seguimiento.

- Lunes 2/11/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

A mi llegada a la unidad se informa que la paciente ha pasado el fin de semana bien, tranquila, pero sin participar en ninguna actividad.

Después de la merienda nos acercamos y se propone realizar las charlas acordadas dando un paseo realizando la actividad (4410) Establecimiento de objetivos comunes. Se establece el objetivo de realizar las charlas andando y, además, que ella andará un rato todos los días. Aprovechamos este tema para realizar (0200) Fomento del ejercicio, donde se le pregunta sobre el ejercicio y el estado de salud, y se le cuentan las ventajas de hacer ejercicio y le reforzamos que para poder irse como ella había dicho en otras ocasiones, debería de estar activa.

La promoción de estilos de vida más activos favorece los hábitos de vida saludables y la mejora de la adherencia a los tratamientos clínicos para

trastornos mentales. El ejercicio físico es una herramienta eficaz para la salud integral ya que sus beneficios son tanto físicos y fisiológicos, como psicosociales y emocionales (Parra, 2020).

En esta charla se aprovecha también para realizar (4480) Facilitar la autorresponsabilidad, dejándole claro que su estado de salud depende de ella en un porcentaje muy alto y que debe ser responsable con ello ya que como dicen Cañas, Landgrave y Quiroga (2016) es importante reforzar la autonomía.

Además, le mostramos alegría sobre su implicación en las charlas y su inteligencia por todo lo que ha hecho en el pasado realizando (5400) Potenciación de la autoestima. Como dice Giraldo (2017) una buena autoestima es importante ya que es considerada como la valoración y aceptación que se tiene de uno mismo.

A la hora de la cena se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumple el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado.

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos (Maza, 2016).

- Martes 3/11/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

Cuando llegamos a la unidad, nos informamos de que la paciente ha acordado con la psicóloga coger todos los libros que hay en la sala de terapia y ordenarlos en una estantería, y además hacer una lista para poder buscarlos más fácilmente.

En la hora de la merienda, nos acercamos y se le pregunta sobre lo dicho anteriormente y comenta que no sabe si lo hará bien. Aprovechamos para reforzar positivamente su inteligencia y su valía para ciertas cosas realizando la actividad de (5400) Potenciación de la autoestima.

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL

La autoestima es un factor esencial para el desarrollo humano. De hecho, el nivel de esta tiene mucho que ver con la satisfacción personal, la confianza en uno mismo y la autorrealización de la persona. (Herrera, 2020)

A la hora de la cena, se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumple el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado.

- Miércoles 4/11/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

A la llegada a la unidad, vemos en las notas de psicología que la paciente ha empezado a realizar lo acordado.

A media tarde, nos acercamos para dar un paseo y realizar la actividad (0200) Fomento del ejercicio ya que como afirman Calero et ál. (2016) la actividad física puede favorecer el incremento del estado de ánimo de las personas, y esto llevar a que estas interactúen y participen en actividades en el medio donde se desarrollen.

Mientras se le pide que nos cuente como hará lo de los libros y cuales le gustan a ella personalmente. Cuenta que ha recopilado todos los libros que hay y que está esperando a que la psicóloga le diga como hacerlo porque ella no se ve capaz de decidir como. Se aprovecha para realizar las actividades (5250) Apoyo en la toma de decisiones y (5400) Potenciación de la autoestima. Comenta de nuevo que no sabe si lo hará bien y se le recuerda todo lo que ha conseguido anteriormente y se le anima a que le proponga algún método a la psicóloga. Hablamos de varios métodos como por ejemplo alfabéticamente, por tamaño o por temas, donde ella reconoce que le resultaría más fácil por tamaño y se le anima a comentárselo a la psicóloga. Además, cuenta que le gustan los libros de historia y nos ofrecemos a conseguirle uno.

Actualmente se está demostrando en estudios científicos la importancia de las habilidades personales relacionadas con la autoestima y el conocerse a sí mismo para el afrontamiento de la adversidad y la gestión de las emociones, que entre otras han sido identificadas básicas para el progreso en todos los ámbitos (Molina et ál., 2019).

Además, como afirman García y de Seguros (2018) en una decisión compartida existen dos expertos iguales de importantes que son el profesional sanitario y el paciente.

A la hora de la cena, se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumplimenta el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado.

- Jueves 5/11/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

A la llegada a la unidad, cuentan que la paciente ha estado relacionándose más estrechamente con otras compañeras y que sigue colaborando con la psicóloga con los libros. A lo largo de la tarde, nos acercamos a ella ya que se encuentra con varias compañeras hablando en el sol, le damos el libro que se le ha conseguido sobre una historia judía, y cuenta que han pedido una estantería para los libros y que poco a poco está haciendo la lista. Se le expresa alegría de verla tan bien y animada realizando la actividad de (5400) Potenciación de la autoestima.

La autoestima juega un papel decisivo en el estado emocional de las personas, así como en el desarrollo integral de estas y la adaptación social (Herrera, 2020).

A la hora de la cena, se le da su medicación vía oral realizando la actividad (2380) Manejo de la medicación comprobando que cumplimenta el tratamiento y observando que no hay ningún efecto no deseado.

Cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento (Maza, 2016).

- Viernes 6/11/2020. Turno de tarde. (15:00-22:00h)

A la llegada a la unidad, vemos que se encuentra sentada en el sol y le proponemos dar una vuelta para realizar (0200) Fomento del ejercicio.

Diversos estudios resaltan la importancia del ejercicio físico en contribuir en la disminución de síntomas físicos y emocionales que afectan a la salud integral de la persona. (Parra, 2020)

Mientras andamos, cuenta que ha hablado con su familia, que están todos bien y que ha empezado el libro. Además, cuenta que sigue avanzando con los libros y que cuando esté todo hecho lo enseñará. Le hacemos ver que estamos muy contentos con su actitud respecto a la participación con los libros y con los compañeros, además se le refuerzo su valía para realizar la lista ordenada de libros. Con esto último, se realiza la actividad de (5400) Potenciación de la autoestima. También se le comenta que hablaríamos un rato sobre la nutrición porque ya nos gustaría saber que piensa, y afirma que no es un tema del que le guste hablar.

Después de la merienda, nos acercamos a ella y se le pregunta sobre que piensa que es la nutrición, el por qué es importante para la salud, qué le gusta comer y cuantas veces come al día cuando está en casa, realizando la actividad de (5246) Asesoramiento nutricional.

Los alimentos contienen un conjunto de nutrientes que son necesarios para cumplir funciones específicas y esenciales para la salud, el crecimiento y el desarrollo. Es importante que se tenga conocimiento sobre esto, debido a que la ingesta de los alimentos y una buena práctica alimenticia garantizan una vida sana (Camacho, 2017).

En esta ocasión las respuestas fueron muy escuetas intentando todo el rato darnos la palabra. Tras ver su actitud le damos más importancia a dejarle claro la responsabilidad que tiene ella de su alimentación y lo importante que es para la salud realizando la actividad de (4480) Facilitar la autorresponsabilidad.

Es muy importante la responsabilidad de la persona sobre la dieta que lleva, ya que no llevar una alimentación saludable es posible que tenga la consecuencia de no tener una salud favorable. Una dieta saludable nos protege de la malnutrición y de lo que esto conlleva (López, 2020).

Además, lo largo del día observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente ya que se le toman las

constantes y se encuentran dentro de la normalidad. (2380) Manejo de la medicación ya que como afirma Morán Cañas (2020) es importante el análisis y la monitorización de los signos vitales de manera continuada para un correcto seguimiento.

- Lunes 9/11/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A la llegada al hospital, en el relevo resaltan el cambio que la paciente esta teniendo respecto a las relaciones sociales tanto con pacientes como con profesionales.

A media mañana, le ofrecemos dar un paseo y hablar un poco de como le está sentando pasear un rato todos los días para realizar la actividad de (0200) Fomento del ejercicio. La respuesta es positiva por su parte ya que lo ve beneficioso tanto para su salud como para su recuperación.

La actividad física regular tiene grandes beneficios para la salud como mejorar el bienestar psicológico, de la misma manera que la inactividad está asociada a posibles enfermedades. Además, se ha comprobado que la realización de actividad física tiene mucha importancia en la calidad del sueño, que es otro indicador que puede influir en una buena calidad de vida tanto física como mental (Amador et ál., 2017).

Mientras caminamos, se aprovecha para realizar las actividades (5400) Potenciación de la autoestima y (4480) Facilitar la autorresponsabilidad. Ya que se le hace ver el esfuerzo que esta haciendo y los beneficios que eso le va a traer, además de dejar claro que ella es la única responsable de todo lo que está logrando.

La autoestima es un factor esencial para el desarrollo humano. De hecho, el nivel de esta tiene mucho que ver con la satisfacción personal, la confianza en uno mismo y la autorrealización de la persona (Herrero, 2020).

También realizamos la actividad de (4410) Establecimiento de objetivos comunes ya que como afirma Enro (2017) es necesario marcarnos objetivos concretos, realistas y fáciles de expresar. Acordamos con la paciente que antes en ver la estantería de los libros con su respectiva clasificación, que seguirá andando todos los días, que volveremos a hablar un poco sobre la alimentación

y que el viernes se haría una conclusión de todo lo que ha avanzado en el hospital.

Además, lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente (2380) Manejo de la medicación.

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos (Maza, 2016).

- Martes 11/10/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A la llegada a la unidad, resaltan en el relevo que las auxiliares comunican que les cuesta mucho que la paciente se duche, pero que en cambio se había hecho una depilación facial.

En la hora del desayuno, aprovechamos y se le hace ver lo bien que huele cuando se asea bien y el cambio que ha dado tras la depilación realizando (5400) Potenciación de la autoestima, ya que como dice Herrera (2020) la autoestima juega un papel decisivo en el estado emocional de las personas, así como en el desarrollo integral de estas y la adaptación social. Por lo tanto, esta puede afectar en el modo de actuar y de relacionarse. Su contestación es que se siente mucho mejor y reforzamos que el sentirse así es responsabilidad suya de cada día, realizando también (4480) Facilitar la autorresponsabilidad, ya que como afirman Cañas, Landgrave y Quiroga (2016) es importante que las personas relacionen sus actos con sus consecuencias.

Además, lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente (2380) Manejo de la medicación ya que como dice Maza (2016) cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento.

- Miércoles 11/11/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

A la llegada a la unidad, escuchamos el relevo sin nada que resaltar de la paciente.

A media mañana, nos acercamos para dar un paseo con ella para y realizar la actividad de (0200) Fomento del ejercicio ya que como afirma Parra (2020) diversos estudios resaltan la importancia del ejercicio físico en contribuir en la disminución de los síntomas tanto físicos como emocionales que afectan a la salud integral de la persona. Mientras se le propone hablar sobre sus comidas realizando la actividad también de (5246) Asesoramiento nutricional.

La educación de los beneficios de una buena alimentación facilita la adquisición de hábitos saludables. Estos beneficios en los adultos tienen un papel fundamental en el rendimiento cognitivo y en la prevención de futuras enfermedades (Gómez et ál., 2018).

Esta vez se le propone pensar una lista mientras andamos sobre comidas o recetas que le gustan. La conversación es fluida ya que son bastantes cosas las que le gustan, pero hechas por ella. En todo momento se resalta lo bueno de cada comida que dice y las ventajas que tiene comerla, así como la responsabilidad que tenemos las personas de tener una buena alimentación para obtener todos los beneficios que eso conlleva, realizando así (4480) Facilitar la autorresponsabilidad. Para finalizar se le pregunta si había hablado con su médico sobre su dieta, y comenta que no es algo que le preocupe ahora mismo. Aprovechamos para animarla a hablar con su médico de todo lo que le preocupe y tomar decisiones juntos sobre su estancia en el hospital y futuros tratamientos realizando la actividad de (5250) Apoyo en la toma de decisiones.

Numerosos estudios afirman que para desarrollar la toma de decisiones por parte del paciente es necesario brindarle toda la información necesaria como los beneficios y los riesgos. De este modo el paciente puede tomar una decisión compartida de manera informada, sabiendo cuales son realmente sus opciones (García y de Seguros, 2018).

Además, es importante promover la participación tanto como sea posible de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud (Sullivan & Heng, 2020).

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL

A lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente (2380) Manejo de la medicación.

Los pacientes con Esquizofrenia deben ser sometidos a un seguimiento continuo por parte de todo el equipo, pero el papel de enfermería en cuanto a la administración de medicación y observación es vital, ya que somos los que pasamos más tiempo con ellos (Maza, 2016).

- Jueves 12/11/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

Tras llegar a la unidad la paciente afirma que ya ha terminado la estantería y la hoja ya está colgada en su lugar para la búsqueda de libros.

A media mañana, nos enseña todo explicando brevemente como se realiza la búsqueda. Aprovechamos para resaltar su valía para hacer las cosas y poniendo de ejemplo lo que ha conseguido con todos los libros realizando (5400) Potenciación de la autoestima.

La importancia de fomentar la autoestima es que el aceptarse a si mismo y aprender de los errores nos permitirá enfrentar retos, resolver problemas, aceptar alternativas y desarrollar nuestro potencial (Herrera, 2020).

Además, lo largo de la mañana observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente (2380) Manejo de la medicación.

Cada día los enfermeros debemos valorar numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados, para así posteriormente comentarlo con el resto del equipo y ver si se sigue con los mismos cuidados o se debe cambiar el tratamiento (Maza, 2016).

- Viernes 13/11/2020. Turno de mañana. (8:00-15:00h)

Tras la llegada a la unidad, decidimos volver a indagar en los informes y las notas de este último ingreso de la paciente, donde descubrimos que ha comentado a otros profesionales que le gustaría hacer algún curso para cuidar niños.

Tras el desayuno, nos acercamos a la paciente para realizar los paseos acordados realizando la actividad de (0200) Fomento del ejercicio ya que como afirma Parra (2020) el ejercicio físico aparte de ser una herramienta para mejorar la condición física y fisiológica, también esta asociada a promover la interacción del individuo con su entorno.

Mientras paseamos se le pregunta que por qué cree que está en el hospital, qué ha aprendido y mejorado en su estancia, que qué cree que tiene que hacer para salir de allí y que planes de futuro tiene. Cuenta que sabe que tiene una enfermedad mental y que no estaba bien durante unos días y que por eso la trajeron, que para poder salir tiene que estar activa, participar, hacer las cosas por si misma y relacionarse un poco más, además cuenta que en un futuro no quiere seguir estudiando, solamente hacer algo para poder estar con niños, pero ya cuando salga del hospital. Aprovechamos para reforzar con ella todo lo que ha mejorado, hacerle ver que tiene más cosas buenas de las que piensa y que salir de allí pronto esta en su mano reforzando de nuevo las actividades (4480) Facilitar la autorresponsabilidad y (5400) Potenciación de la autoestima.

Los pacientes con enfermedades crónicas que pueden ser controladas con autonomía a través de su estilo de vida y su adherencia al tratamiento, en la mayoría de las ocasiones necesitan apoyo para el desarrollo de esa gestión (Zukerfeld, 2018).

Además, la autoestima es considerada por diversos autores una necesidad fundamental para que una persona tenga calidad de vida, esta influye en el estado de ánimo, en la iniciativa y compromiso para realizar actividades. Además, una buena autoestima es importante ya que esto significa que tienes de ti mismo percepciones y actitudes positivas, y esto lleva a una mayor capacidad de compromiso y responsabilidad (Giraldo y Holguín, 2017).

A lo largo de la mañana, observamos que la medicación no está produciendo ningún efecto no deseado en la paciente ya que se le toman las constantes y se encuentran dentro de la normalidad. (2380) Manejo de la medicación ya que como afirma Morán Cañas (2020) es importante el análisis y la monitorización de los signos vitales de manera continuada para un correcto seguimiento.

5.7. Evaluación

La evaluación es la última fase de este proceso. En ella se compara la planificación del estado de salud actual (puntuación actual) y lo que se pretende esperar (puntuación diana). Esto nos permite reflexionar sobre la eficacia de nuestro plan de cuidados en el tiempo que se ha trabajado (un mes) y medir nuestras acciones.

5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp

Tabla 10. Puntuación de la evaluación del NOC del DxEp

NOC	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN ALCANZADA	TIEMPO
(3102)				
Autocontrol: Enfermedad crónica	1	5	4	1 mes

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas & Swanson (2014).

Tabla 11. Puntuación de la evaluación de los indicadores del NOC del DxEp

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN ALCANZADA	TIEMPO
(310201)				
Acepta diagnóstico	1	5	3	1 mes
(3102128)				
Sigue régimen de medicación	2	5	5	1 mes
(310224)				
Sigue dieta recomendada	2	5	4	1 mes

(310226)				
Participa en los ejercicios recomendados	2	5	4	1 mes
(310238)				1 mes
Equilibra actividades y descanso	1	5	4	
(310244)				
Participa en las decisiones de la atención sanitaria	1	5	2	1 mes

ESCALA LIKERT: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2014).

La fase de recuperación es una fase de alta vulnerabilidad que puede abarcar desde meses hasta años después de haber presentado un episodio psicótico. (Espinosa, 2017).

Por ello, las actividades que se planificaron durante el mes establecido, aunque la paciente siga ingresada, los resultados (3102128) Sigue régimen de medicación, (310224) Sigue dieta recomendada, (310226) Participa en los ejercicios recomendados y (310238) Equilibra actividades y descanso han sido considerablemente mejorados ya que la paciente se tomaba la medicación, comía suficiente, participaba en muchas ocasiones cuando se le proponía algo y empezaba a estar activa durante el día.

En cambio, los resultados (310201) Acepta diagnóstico y (310244) Participa en las decisiones de la atención sanitaria no han sido

favorablemente positivos ya que la paciente no acaba de reconocer la enfermedad diagnosticada y le cuesta tomar decisiones sintiéndose más cómoda si se toman por ella, pero conforme la paciente está actuando estamos seguros de que su evolución será favorable. Ya que como bien dice Espinosa (2017), se puede afirmar que, con una correcta actuación sobre el paciente, éste mejora considerable el curso y el pronóstico del trastorno psicótico. Por tanto, el personal de enfermería, ayudándose del plan de cuidados, debe satisfacer tanto las necesidades de salud como el autocuidado del individuo y la rehabilitación de la salud mental.

Consideramos que la evaluación es positiva respecto al tiempo dedicado, por lo que el resultado es “resultado en consecución”.

5.7.2. Evaluación del resultado del RCp

Tabla 12. Puntuación de la evaluación del NOC del RCp

NOC	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN ALCANZADA	TIEMPO
(2301)				
Respuesta a la medicación	5	5	5	1 mes

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2014)

Tabla 13. Puntuación de la evaluación de los indicadores del NOC del RCp

INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN ALCANZADA	TIEMPO
(230101)				
Efectos terapéuticos esperados presentes	5	5	5	1 mes

(230105)				
Efectos adversos	5	5	5	1 mes
(230107)				
Interacción medicamentosa	5	5	5	1 mes
(230111)				
Mantenimiento de los niveles sanguíneos esperados	5	5	5	1 mes

ESCALA LIKERT: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC de Moorhead, Johnson, Maas & Swanson (2014).

Tras hacer un seguimiento tanto de las constantes vitales como de los niveles sanguíneos y observar a la paciente, vemos que los efectos terapéuticos de la medicación son los correctos y que no hay efectos no deseados, ya que como dice Maza (2016) los pacientes deben ser sometidos a un seguimiento continuo donde enfermería valora numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados. Por lo que evaluamos el problema de colaboración como positivo.

6. DISCUSIÓN

La OMS afirma que, actualmente existen una gran variedad de trastornos mentales, los cuales cursan con manifestaciones distintas, aunque por lo general, se caracterizan por una mezcla de alteraciones en la conducta, en el pensamiento, en las emociones, en la percepción y en las relaciones sociales, como es el caso del paciente caso del estudio. Estos trastornos mentales son clasificados por grupos en el DSM-V, 2013 orientando a los especialistas a identificar los distintos cuadros clínicos y definir los diagnósticos, siendo uno de estos grupos el “espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (APA, 2014), el cuál coincide en este caso, con el diagnostico del paciente.

Expone Ocampo (2018) que las enfermedades mentales son en mayor o menor medida una mezcla de los detonadores ambientales y sociales derivados del estilo de vida y de las experiencias, así como de la predisposición genética. Centrándonos en esta última, todo tipo de enfermedad mental tiene un elevado porcentaje de ser heredada, además de que el riesgo de desarrollarla está asociado con el grado de parentesco biológico que se tiene (Uher & Zwicker, 2017). En este estudio, se crea correspondencia con esta variable genética ya que el paciente tiene parientes de primer y segundo grado que padecen un trastorno mental grave, por lo que el factor predisponente genético, en este caso, podría estar asociado o ser un riesgo de vulnerabilidad mayor en el desarrollo de la enfermedad mental.

Centrándonos en nuestro ámbito nacional, en España los servicios asistenciales que se les ofrecen a los pacientes con enfermedades mentales, tienen diversas funciones. En las unidades de hospitalización, se atiende a pacientes cuya sintomatología lo requiera y necesiten un tratamiento que solo se pueda ofrecer en el hospital, así como pacientes con descompensaciones agudas o agravamiento de su patología. En estas unidades se presta tratamiento, interconsultas con psiquiatras y funciones como la docencia y la investigación. Existen varias unidades dentro de los hospitales, como la unidad de rehabilitación en este caso que nos ocupa, donde los pacientes reciben un

tratamiento multidisciplinar con el objetivo de que los pacientes tengan el mayor grado de autonomía posible (Vega, 2019).

La atención primaria es el primer eslabón para poder alcanzar la atención especializada, y es la primera la que deriva a la segunda, de ahí su importancia como vemos hemos descrito en nuestro apartado de resultados. (Vega, 2019). Esta primera atención es de vital importancia para captar y derivar a los pacientes con trastornos mentales que necesitan atención especializada, y dependiendo del estado en el que se encuentren poder seguir el protocolo adecuado. Nuestro paciente se encuentra en la unidad de hospitalización de media estancia, derivada de su psiquiatra de referencia de atención primaria por no poder tratarla ambulatoriamente en el estado que se encuentra y por la situación de pandemia actual.

La Esquizofrenia es un trastorno mental de tipo psicótico grave y complejo, debido a sus características y síntomas tan heterogéneos y difíciles de delimitar, siendo la más evidente la pérdida del contacto con la realidad, evolucionando en la mayoría de las ocasiones a un deterioro en casi todas las áreas y en el funcionamiento del individuo que la padece (Díaz, 2019). Esta situación se intenta paliar, ya que como vemos en las intervenciones realizadas con el paciente de nuestro estudio, reforzando la teoría de Silva & Restrepo (2019), los objetivos terapéuticos poco a poco van encaminados a que estos pacientes recuperen la funcionalidad y con ello puedan alcanzar un mejor funcionamiento cognitivo y social.

En el presente caso, el paciente debuta desarrollando un trastorno mental grave como es la Esquizofrenia Paranoide a los 29 años, confirmando lo que exponen Díaz, Ramos y Correa (2020) en su estudio de 203 pacientes. Los autores defienden, y así se demuestra, que el debut esquizofrénico aparece en un porcentaje elevado entre los 25 y 34 años, así, como también se ve evidenciado en los resultados del mismo, la Esquizofrenia se desarrolla con más frecuencia en pacientes con antecedentes familiares.

La patología, centro de nuestro estudio, presenta una serie de características clínicas que han dado lugar a los criterios diagnósticos actuales de los manuales de clasificación. Estas características son divididas en

síntomas positivos y síntomas negativos (Díaz, 2019). Los primeros cursan con ideas delirantes o alucinaciones, como es en nuestro caso cuando verbaliza que sus padres la quieren envenenar o los culpabiliza de una caída. En cambio, los síntomas negativos cursan con la ausencia o disminución del funcionamiento normal y la conducta como la anhedonia, la alogia, la abulia o el embotamiento, los cuales abundan durante el desarrollo de la enfermedad del paciente en estudio con aislamiento y falta de ganas de realizar cualquier actividad.

En la actualidad, como defienden Amador, Saavedra, Garfia, & Chávez (2019) se identifican cinco tipos de Esquizofrenia, siendo una de ellas la Esquizofrenia Paranoide. En esta anterior mencionada, el individuo presenta síntomas positivos como alucinaciones, ansiedad, ira y violencia, sin sufrir ningún comportamiento desorganizado ni cambios afectivos. En este caso, en nuestro estudio encontramos la contradicción de que el paciente aún estando diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide si demuestra un afecto inapropiado, ya que tras el debut de su enfermedad no tiene relación con la sociedad ni siente afección por nadie que no sea su familia. Al igual que los comportamientos desorganizados debido a que el paciente habla distraída, expresa emociones que no entran dentro del contexto, y tiene comportamientos y conversaciones verbales incoherentes respecto a la situación. Por ello, Diaz (2019) describe sobre esta temática que los mismos autores reconocen que es difícil establecer un consenso sobre la definición de Esquizofrenia debido a sus características y síntomas tan heterogéneos y difíciles de delimitar.

En el hospital donde se encuentra ingresado el paciente de nuestro trabajo, recibe un tratamiento holístico en el cual se trabajan todas las dimensiones con la ayuda de un equipo multidisciplinar y diferentes terapias como son la farmacológicas, las sociales y las psicológicas. En referencia a este asunto, Galiana (2016) expone que en el tratamiento de personas con Esquizofrenia se debe de trabajar de forma coordinada para el establecimiento y la evolución de los objetivos propuestos con los pacientes llevando a cabo un plan con la participación de diferentes profesionales como los psiquiatras, los enfermeros, los psicólogos, los trabajadores sociales y ocupacionales.

Extiende su visión Galiana (2016), defendiendo que el tratamiento farmacológico es indispensable en los pacientes con este trastorno ya que se utiliza en episodios agudos, en la prevención de futuros episodios y en la mejoría de los síntomas, es decir, en toda la evolución de la enfermedad.

Los fármacos por excelencia que se utilizan para la Esquizofrenia son los antipsicóticos, ya que actúan principalmente como antagonistas de los receptores de la noradrenalina, adrenalina, dopamina y serotonina. Este tipo de fármacos se clasifican en antipsicóticos de primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos, basando su diferenciación en la afinidad del fármaco con los receptores. Existe bastante controversia sobre este tema, ya que se considera que tanto los de primera como segunda generación son efectivos para los síntomas positivos, en cambio para tratar los síntomas negativos aparentemente los efectivos son los de segunda generación (Galiana, 2016), por lo que estos últimos, los de segunda generación, como la Risperidona y la Reagila, son los elegidos para tratar la sintomatología positiva y negativa que presenta el paciente en estudio.

Como todos los fármacos, podemos encontrar efectos adversos tras estar en tratamiento con ellos, siendo los más frecuentes en este caso, los síntomas extrapiramidales, la distonía aguda, la acatisia, la discinesia tardía, el síndrome neuroléptico maligno y el síndrome metabólico (Galiana, 2016). Por ello, el paciente en el que centramos nuestra labor de estudio, se le realizan analíticas, se le toman las constantes rutinariamente y se vigilan los efectos del tratamiento apoyando al siguiente autor. Blázquez (2019) expone que es de vital importancia la prevención y detección de los mismos con la realización de pruebas diagnósticas, la continua observación y la capacidad del profesional sanitario de que el paciente disponga de los conocimientos suficientes para avisar en el caso de que aparezcan los respectivos efectos no deseados.

Actualmente, Trigo (2016) expone que es evidente la relación que hay entre la exclusión social y los trastornos mentales, ya que a lo largo de la historia este colectivo ha sido muy mal considerado y discriminado. Las personas con enfermedades psiquiátricas tienen necesidades particulares, y esto los convierte en un grupo vulnerable y dependientes del sistema y de sus

familias. En este caso que se está estudiando, uno de los objetivos de la hospitalización del paciente es el descanso familiar, ya que estas son el principal recurso de cuidado de estos pacientes, y para no desbordar, abandonar, excluir y tener problemas de salud y sociales, es necesario proporcionarle información, apoyo, educación y las habilidades necesarias para dotarse de estrategias para manejar las situaciones y la convivencia con estos pacientes (Trigo, 2016).

En párrafos anteriores se ha mencionado que uno de los objetivos de la hospitalización en pacientes psiquiátricos es que sean capaces de tener el mayor grado de autonomía posible (Vega, 2019). Esto anterior que menciona dicho autor se utiliza como estrategia de prevención para intentar combatir las dificultades que tienen estas personas para integrarse socialmente. Debido al aislamiento que provoca estar en seguimiento psiquiátrico, las posibles recaídas, necesitan de una hospitalización que en ocasiones es de larga duración. La dependencia, el desempleo y la dificultad que se les pone para acceder a un puesto de trabajo son definatorias y limitantes (Trigo, 2016).

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 está teniendo repercusión debido al deterioro de las personas con enfermedades previas como son las psiquiátricas. Estos pacientes con trastornos mentales severos y persistentes necesitan tratamiento constante y de por vida en la mayoría de las ocasiones, con un equipo de profesionales de salud mental (Gargoloff, 2020). En ese caso, las medidas que se han ido adoptando como la cuarentena domiciliaria o el aislamiento social entre otras debido a la emergencia sanitaria que estamos viviendo (Villar & Sahún, 2020), han llevado a que el paciente en estudio y otros muchos no puedan recibir los servicios necesarios ambulatoriamente. Por ello han sido hospitalizados, poniéndolos en riesgo ya que como afirma Toledo, et al., (2020) existen problemas en los hospitales psiquiátricos a la hora de manejar la pandemia, donde las habitaciones y zonas comunes no tienen ni los materiales ni el espacio suficiente para las medidas impuestas, la aceptación y la cooperación negativa de los pacientes psicóticos de autoaislamiento y distancia de seguridad es baja, ya que debido a que carecen de la autoprotección y en ocasiones poca percepción de los cambios del entorno.

ESQUIZOFRENIA. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA SOCIAL

Realizar actividad física, tiene beneficios como la disminución de la mortalidad de los pacientes con comorbilidades clínicas, la mejora de la actividad cognitiva y la ayuda a la adherencia al tratamiento, mejora el estado de ánimo, la autoestima, la calidad de sueño, disminuye la ansiedad y la depresión, ayuda a mantener el peso, en conclusión, mejora la calidad de vida (Arabia, 2020). Por tanto, en el plan de cuidados de nuestro paciente le damos la importancia necesaria y la asesoramos para que la realice a diario utilizándola, además, como tratamiento y prevención de los posibles efectos adversos u otras enfermedades asociadas a su patología.

Actualmente, los pacientes con enfermedades mentales graves o incapacitantes pueden recibir subvenciones laborales, ya que algunos de estos trastornos se agravan hasta el punto de no poder realizar ciertos actos que obliga a estas personas a no poder trabajar (Vilaplana et ál., 2007). Pero es cierto que esto no ocurre en el 100% de las personas que lo necesitan como es el caso del paciente en estudio, ya que como evidencia Carretero (2017) en nuestro país la prestación que se da, por ejemplo, en la Ley de Dependencia es insuficiente y excepcional, además, de que debido a la crisis actual muchas familias están teniendo dificultades para recibir prestaciones económicas, así como dificultades de accesibilidad a los servicios y prestaciones que se ofertan actualmente.

Enfermería ha venido realizando un importante trabajo con las personas que padecen enfermedades mentales, ya que se encargan del acompañamiento en todo el proceso de la enfermedad, en la rehabilitación y en el fortalecimiento en todos los niveles como son la educación y la promoción entre otros (Guerra, 2018). Por ello, como se observa en el proceso enfermero del paciente en estudio, se trabaja de manera conjunta con todos los profesionales que se encuentran en la institución, pero enfermería en este caso en concreto, establece objetivos con el paciente, la ayuda en la toma de decisiones, la ayuda a potenciar su autoestima y la asesora tanto nutricionalmente como en su enfermedad y en la prevención de otras asociadas. Además, como afirma Miguel (2014) en su estudio de la teoría de enfermería de Dorothea Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia,

estas personas necesitan un nivel mayor de autocuidado, ya que además de los requisitos universales, necesitan los derivados de su propia enfermedad. Esto requiere que los profesionales de enfermería, además de conocer todo lo referido a dicha patología, como son las características clínicas y los conceptos teóricos, necesitan identificar los requisitos de autocuidado que necesitan estos pacientes para que sus cuidados sean efectivos.

6.1. Limitaciones

Debido a la colaboración de la paciente y la abundante recopilación de información las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido mínimas, pero siempre podemos encontrar factores inherentes limitantes que son:

- El tiempo limitado de estudio con la paciente, así como la imposibilidad de seguimiento una vez finalizado el tiempo impuesto, que ha dificultado la evaluación del mismo.
- Limitación para generalizar resultados, ya que es un caso individualizado y estos resultados siendo la muestra de una persona está condicionada y no es extrapolable.

7. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos durante la ejecución del presente trabajo y el estudio centrado en las enfermedades mentales en general, la Esquizofrenia en particular y los recursos disponibles, nos permiten presentar las conclusiones del mismo que se exponen a continuación:

1. Existe una gran variedad de trastornos mentales con factores predisponentes como la genética, los detonantes ambientales y sociales y las experiencias. Se caracterizan por ser una mezcla de alteraciones en la percepción, en el pensamiento, en las emociones y en la conducta, y son clasificados a su vez por grupos para identificar los cuadros clínicos y definir los diagnósticos.
2. La Esquizofrenia es un trastorno mental de tipo psicótico, complejo y grave donde se pierde el contacto con la realidad. Presenta una serie de fases y características clínicas que se dividen en síntomas positivos y síntomas negativos, los cuales se tratan con terapias farmacológicas, sociales y psicológicas.
3. Existen distintos recursos para trabajar con personas que padecen trastornos mentales y prevenir o paliar la exclusión social actual como son hospitales, los centros de día, las unidades de rehabilitación, los pisos tutelados y las áreas residenciales, así como las asociaciones, las cuales complementan a los anteriores. Además, estos pacientes pueden recibir subvenciones laborales como la Ley de Dependencia, pero por el contrario en nuestro país las prestaciones y los derechos son insuficientes y excepcionales, debido a las escasas leyes específicas que existen para ellos y las dificultades de accesibilidad a los servicios y prestaciones que se ofertan actualmente.
4. La pandemia actual y las medidas impuestas están teniendo una repercusión en toda la población, pero sobre todo en los grupos más vulnerables como son las personas con enfermedades mentales. Por

un lado, un porcentaje elevado no es consciente de las medidas y del peligro que el COVID-19 supone y, por otro lado, la mayoría de ellos han sufrido una descompensación aguda de su trastorno por diferentes motivos, como son el cierre de los centros de día, el aforo en los hospitales y el aislamiento continuado entre otros.

5. La enfermería ha venido realizando un papel fundamental en el trabajo con las personas que padecen trastornos mentales, ya que se encarga del acompañamiento diario en todo el proceso de la enfermedad, de la rehabilitación, del apoyo a la familia, de la educación, de la investigación, de la prevención y la promoción.
6. Por último, y como finalización a este apartado y al presente trabajo, referenciar la necesidad de la realización de una protocolización sistematización de cuidados por parte de enfermería dentro del ámbito de la salud mental, mediante la realización de planes de cuidados individualizados como herramienta para los mismos, y enfocados al seguimiento para una mejora de la calidad de vida del paciente con enfermedad mental y entre ellos el paciente esquizofrénico.

8. REFERENCIAS

- Alonso, J. I., Alonso, A., y Balmori, A. (2002). Psicología. En J.I. Alonso (Coord.), *Trastornos emocionales y terapias psicológicas* (pp.279). Madrid: Mc Graw Hill.
- Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., y Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39.
- Amador, B., Carretero, C. M., Carrillo, V. J. B., Coll, D. G. C., y Gimeno, E. M. C. (2017). Ejercicio físico agudo, agotamiento, calidad del sueño, bienestar psicológico e intención de práctica de actividad física. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 12(1), 121-127
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Aparicio Hernández, R., Puerro Vicente, M., Cabanes Mariscal, M., y Prats Olivan, P. (2017). Evaluación positiva de medicamentos: marzo, abril y mayo 2017. *Sanidad Militar*, 73(3), 162-172.
- Arabia, J. J. M. (2020). Inactividad física, ejercicio y pandemia COVID-19. *VIREF Revista de Educación Física*, 9(2), 43-56.
- Ávalos Rodríguez, G. J. (2019). Estigma internalizado como factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Sistema Nacional de Salud. BDCAP Serie-2. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Blázquez, C. P. (2019). *Trabajo de Fin de grado. Título: Reacciones adversas de la antipsicóticos utilizados en Esquizofrenia*. (Doctoral dissertation, Universidad Computense).

- Brugué, Q., Gomà, R., & Subirats, J. (2018). De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas. *Revista Internacional de Sociología*, 60(33), 7-45.
- Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. ElsevierHealthSciences.
- Cachi Rodríguez, Y. G. (2020). Calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con Esquizofrenia del centro" Compartiendo por la salud Mental", 2020.
- Calero Morales, S., Klever Díaz, T., CaizaCumbajin, M. R., Rodríguez Torres, Á. F., y Analuiza Analuiza, E. F. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374.
- Camacho Castro, A. E. (2017). *Propuesta didáctica para fomentar el aprendizaje significativo de los conceptos alimento y nutrición* (Master's thesis, Universidad del Norte).
- Cañas, D. F. V., Landgrave, G. C., y Quiroga, S. C. M. (2016). Autorresponsabilidad y autonomía en la Educación para la Salud. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
- Cañón, L. A. (2008). *Exclusión social y desigualdad* (Vol. 6). EDITUM. ISBN: 978-84-8371-775-2
- Cardoso, A. M. P. (2018). O insightemPsiquiatria. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 347-355.
- Carretero Rosado, M. D. P. (2017). Ley de Dependencia y Enfermedad Mental: Análisis del impacto de la dependencia de las personas con Trastorno Mental Grave en los/as cuidadores/as no profesionales.
- Castillo, A., & Abimelec, A. (2018). Exclusión social de los enfermos mentales.
- CiklicJuric, G. (2019). El papel de la enfermería en pacientes psicóticos.
- Cuellar Estrada, A. (2018). Cuidados de enfermería a paciente con Esquizofrenia.

- Díaz Luján, P. (2019). Evaluación, diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia.
- Díaz, L. R. M., Ramos, Y. P., & Correa, Y. D. (2020). Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría. *Progaleno*, 3(2), 76-86.
- Dopazo López, B. (2020). Farmacogenética y antipsicóticos: eficacia terapéutica y reacciones adversas.
- Erazo Salame, M. A. (2019). *Déficit en el diagnóstico de pacientes con Esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- Erro, J. (2017). *Saldremos de esta: guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis*. Primera vocal
- Espinosa Andrés, L. (2017). Cuidados de enfermería en familias con un brote psicótico.
- Fajardo, J. Y. A., & Chamorro, G. A. A. (2020). Consideraciones en la atención médica de pacientes con enfermedad mental e infección por COVID-19 en un hospital general. *Universitas Medica*, 61(4).
- Federación Salud Mental Región de Murcia. (2012). Murcia disponible en: <https://www.saludmentalm.com/>.
- Fernández García-Andrade, R., Serván Rendón-Luna, B., Medina Téllez de Meneses, E., Vidal Martínez, V., Bravo Ortiz, M. F., & Reneses Prieto, B. (2018). Conducta delictiva en las personas sin hogar con trastorno mental grave. *Revista Española de Medicina Legal*, 44(2), 55–63. doi:10.1016/j.reml.2017.09.003
- Fernández Izaguirre, L. (2019). Adherencia terapéutica en los trastornos psicóticos y factores asociados
- Fonseca, L., Diniz, E., Mendonca, G., Malinowski, F., Mari, J., & Gadelha, A. (2020). Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 236-238.

- Galiana Roch, J. (2016). Enfermería psiquiátrica. Elsevier España, S.L.U. ISBN 978-84-9022-709-1. CAP 10.
- Gamboa Lara, C. B. (2019). Autoestima y autocuidado.
- García-Pérez, O., Peña-Calvo, J. V., Y Torío-López, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197.
- García, D., Y de Seguros, N. C. (2018) TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS
- Gargoloff, P. R. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes. *Questión*.doi.org/10.24215/16696581e278
- Giraldo, K. P., & Holguín, M. J. A. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9.
- Godoy, J.F., Godoy-Izquierdo, D. y Vázquez, M.L. (2014). Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V.E. Caballo, I. Salazar, J.A. Carrobles. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (pp. 395-426). Madrid, España: Pirámide.
- Gómez Ayala, A. E. (2006). Farmacoterapia de la Esquizofrenia. *Farmacia Profesional*, 20(9), 73-78.
- Gómez Fröde, C. (2019). Análisis de casos de pacientes psiquiátricos. *Revista CONAMED*, 24(2).
- Gómez, D. C., Física, A. G. C. A., Deporte, C. U. S. I., Vidal, I. C., San Isidoro, A. C. U., y Lazarraga, P. C., (2018). *La educación en nutrición y salud para una sociedad sostenible*.
- Gómez, S. A., y del Castillo Allés, D. (2020). Programa de Intervención Precoz en Psicosis, PiPPS: una visión socioeducativa para jóvenes en salud mental. *RES: Revista de Educación Social*, (30), 274-290
- González-Fraile, E., Bastida-Loinaz, M. T., Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., Y Iruin-Sanz, Á. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal

- del paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *PsychosocialIntervention*, 27(3), 113-121.
- Guerra González, I. L. (2018). Rol y experiencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con Esquizofrenia en, una revisión de tema.
- Hernández Franco, V. (2020). Padres y Maestros 55 años. En educación todos sumamos: Entrevista a Isabel Celaá. *Padres Y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, (384), 64-71. <https://doi.org/10.14422/pym.i384.y2020.010>
- Herrera Gavilanes, R. M. (2020). *La autoestima y su influencia en el desarrollo humano* (Bachelor's thesis, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL: Facultad de Filosofía, Letras Y Ciencias De La Educación).
- Huertas, R. (2017). *Otra historia para otra psiquiatría*. XoroiEdicions
- Huizing, E., Rodríguez-Gómez, S., & Robles, N. L. (2019). La implantación de la especialidad de Enfermería de Salud Mental en Andalucía desde un enfoque comunitario. *Enfermería Clínica*, 29(6), 370-375.
- JuallCarpenito, L. (2017). Manual de diagnósticos enfermeros. 14º Edición.
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., Y Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*.
- Kumar, J., Liddle, E. B., Fernandes, C. C., Palaniyappan, L., Hall, E. L., Robson, S. E., ... & Liddle, P. F. (2020). Glutathione and glutamate in schizophrenia: a 7T MRS study. *Molecular psychiatry*, 25(4), 873-882.
- Londoño Salazar, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis*, (33), 139-145. doi.org/10.21501/16920945.2504
- López Fernández, L. (2020). La estrategia de comunicación de los movimientos de alimentación saludables: El éxito de lo saludable.
- Luis Rodrigo, M.T. (s.f) Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. *ElsevierMasson*. 9º Edición.

- Martí García, C., Mateo Ternero, A., García Gámez, M., López Leiva, M. I., y Kaknani Uttumchandani, S. (2018). Alfabetización en Salud y Enfermedades Crónicas
- Maza Cosgaya, R. (2016). Esquizofrenia: fármacos antipsicóticos y síndrome metabólico
- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—an overview. *JAMA psychiatry*, 77(2), 201-210.
- Miguel Ruiz, M. D. (2014). *Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem* (Doctoral dissertation, Universitat de Barcelona).
- Molina-Gómez, J., Mercade-Mele, P., Y Morales-Rodríguez, F. M. (2019). Formación experiencial como herramienta para para potenciar la autoestima en futuros profesionales en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior.
- Moorhead, S. (2014). *Clasificación de resultados en enfermería (NOC): medición de resultados en salud, quinta edición*. Barcelona: Elsevier España.
- Morais, L. F., de Sousa Lima, E. S., Alves, N. F., de Sousa Pires, M. H., de Souza, T. M., & Álvares, D. D. S. S. (2017). *Esquizofrenia: Aspectos psicológicos*. Revista de Trabalhos Acadêmicos-Universo-Goiânia.
- Morán Cañas, I. (2020). El papel de la enfermera en la prevención primaria del Síndrome Metabólico en pacientes con tratamiento antipsicótico.
- Ocampo, M. (2018). Salud mental en México. *NOTA-INCyTU Nmero*, 7
- Ochoa López, V. J. (2017). Factores relacionados con el incumplimiento terapéutico en pacientes psiquiátricos: Abordaje de enfermería.
- OMS | *Trastornos mentales*. (s. f.). WHO; World Health Organization. Recuperado 16 de enero de 2021, de http://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

- Ortega, M. L. (2019). Propuesta de Ley Orgánica sobre capacidad dentro del ámbito del derecho sanitario y los derechos fundamentales. *DS: Derecho y salud*, 29(1), 143-153.
- Panduro Riva, G. E. (2018). Cuidados de enfermería a pacientes con Esquizofrenia Paranoide, pabellón agudo del hospital Víctor Larco Herrera, 2017.
- PARRA, W. A. V. (2020). Bases para el ejercicio físico en trastornos mentales. *Fisioterapia en salud mental*
- Pato, C. M. F., Rodríguez, V. M., Y Valverde, J. I. F. (2017). Síndrome metabólico y antipsicóticos atípicos. Posibilidad de predicción y control. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.003>
- Pozo Gil, S. D. (2016). La estigmatización de la Esquizofrenia.
- Ramil, R. V., & Ucha, Á. S. P. (2020). Temas transversales, ciudadanía y educación en valores: de la LOGSE (1990) a la LOMLOE (2020). *Innovación educativa*, (30), 113-125.
- Román, J. C. (2018). Enfermeras de Salud Mental: De dónde venimos y dónde estamos. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 0(5), Article 5. <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/33>
- Ruiz Roldán, R. (2019). La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos.
- Salas Torre, S. (2018). Evolución de los cuidados de enfermería en Salud Mental.
- Silva, M. A., Y Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la Esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 252-260. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.004>
- Stern, T. A., Fava, M., Wilens, T. E., & Rosenbaum, J. F. (2017). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica*. ElsevierHealthSciences.

- Suárez-Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (26), 155-168.
- Sullivan, W. F., & Heng, J. (2020). Promover la toma de decisiones en materia de salud y la dignidad inherente de los pacientes. *Revista de Medicina y Ética*, 31(4), 757-765. doi.org/10.36105/mye.2020v31n4.01
- Toledo Prado, J.L., Negrín Calvo, Y., Toledo Negrín, D., y Toledo Negrín, R., (2020). *Morbilidad psiquiátrica durante el aislamiento social ante la COVID 19*. In Primera Jornada Virtual de Psiquiatría. Sancti Spiritus.
- Trigo Campoy, A. (2016). Personas sin hogar y salud mental en la ciudad de Murcia. *Proyecto de investigación*.
- Uher, R., & Zwickler, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16(2), 121-129.
- Vega Colmenar, S. (2019). Reforma psiquiátrica y cierre de manicomios¿dónde están los pacientes?.
- Vilaplana, M., Ochoa, S., Martínez, A., Villalta, V., Martínez-Leal, R., Puigdollers, E., ... Y Haro, J. M. (2007). *Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) en familiares de pacientes con Esquizofrenia*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6).
- Villar, S. C., & Sahún, J. L. D. (2020). Sintomatología psicótica en relación con cuarentena por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. [doi:https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.009](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.10.009)
- Zukerfeld, R. (2018). Dispositivos grupales de autogestión: su valor en las enfermedades crónicas y en la salud mental. *Psicoterapia psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas* (pp. 49-60).

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Artículo veinte del Boletín Oficial del Estado (BOE)

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Jefatura del Estado

«BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986

Referencia: BOE-A-1986-10499

CAPÍTULO III

De la salud mental

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total igualdad del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que disminuyan al máximo posible la necesidad de hospitalización

Se advierte que el texto definitivo aprobado por el Congreso de los Diputados y publicado en el BOE de las Cortes Generales de 9 de abril de 1986 para el primer párrafo de este artículo era:

"Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuaran su actuación a los siguientes principios:"

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se ejecutará en el ámbito comunitario, favoreciendo los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que minimicen al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2. Se examinará de modo especial aquellos problemas referentes a la psicogeriatría y psiquiatría infantil.
3. La hospitalización de los pacientes por procesos que lo requieran se hará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
4. Se implantarán los servicios de reinserción y rehabilitación social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria cooperación con los servicios sociales.
5. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en cooperación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que siguen a la pérdida de salud en general.

9.2. Anexo 2. Modelo BIFOCAL

VALORACIÓN Patrones Funcionales

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

Patrón alterado

Consiente e orientada. No hábitos tóxicos. Diagnosticada de esquizofrenia paranoica. Múltiples ingresos hospitalarios tras descompensación psicótica por no cumplimentar el tratamiento. Actualmente toma Risperidona 1.5 mg oral y Reagl 3 mg oral a las 21:00h, y Flurazepam 30 mg a las 23:00h.

Patrón 2: Nutricional – metabólico. Patrón alterado

IMC 24,1. Normopeso según SEEDO. Anteriores pérdidas de peso por TCA mixto. Temperatura de 36,1°C. Buena hidratación. No ingiere las calorías suficientes. Falta de limpieza bucal y pelo. Riesgo bajo de úlceras por presión.

Patrón 4: Actividad – ejercicio. Patrón alterado

FC: 100. FR: 15. Todo el día sentada leyendo. No realiza ningún tipo de actividad física. No capacidad de funcionamiento sin supervisión. Patrón 5: Sueño – descanso. Patrón alterado
Toma Flurazepam 30mg para dormir. Dice despertarse por la noche varias veces por el ruido de sus compañeros de habitación aun que se levanta descansada. Duermee siesta de varias horas al día.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual. Patrón alterado

Utiliza lentes de contacto (rotas). No conciencia de enfermedad. Deterioro de las habilidades cognitivas funcionales tras la evolución de su enfermedad. Discurso correcto en forma y contenido. No se atreve a tomar decisiones por sí misma. Presta atención cuando le interesa.

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto. Patrón alterado

Estado pasivo-apático. Nunca se ha sentido bien con su cuerpo. Se siente insegura. No se siente bien cuando hay personas a su alrededor. Se siente débil. Tiene miedo a las cosas nuevas. No mantiene el contacto visual durante mucho tiempo. Voz muy baja y conversación corta.

Patrón 8: Rol – relaciones. Patrón alterado

Vive con sus padres. No trabaja. Depende de sus padres. En los peores momentos de su enfermedad no se fia de sus padres. No tiene relaciones sociales.

Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés. Patrón alterado.

No se adapta bien a los cambios. No afronta las situaciones. Se encierra en sí misma y evade el tema justificándose.

Patrón 11: Valores – creencias. Patrón alterado

Quiere seguir estudiando, pero no se atreve a dar el paso. No tiene expectativas sobre su recuperación. No le da prioridad a su salud y al tratamiento. No acepta su situación ni su enfermedad.

DxEs:

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

(0002) Percepción del rol o condición individualizada muy debilitada
Definición: Deterioración de la conciencia para el diagnóstico de una enfermedad o sintomatología, como enfermedades o lesiones
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 2 Gestión de la salud
(0015) Desempeño de un rol o función para gestionar o regimén terapéutico complejísimo y dificultoso con el régimen terapéutico prescrito
Definición: Falta de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para su mantenimiento de la enfermedad y sus secuelas que no se adaptaron para alcanzar los objetivos de salud esperados
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 2 Gestión de la salud
(0022) Uso de prácticas inadecuadas en las actividades r/c
Definición: Uso de prácticas inadecuadas en las actividades r/c que conducen a la pérdida de adherencia al tratamiento
Definición: Desempeño de un rol o función para gestionar o regimén terapéutico complejísimo y dificultoso con el régimen terapéutico prescrito
Definición: Falta de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para su mantenimiento de la enfermedad y sus secuelas que no se adaptaron para alcanzar los objetivos de salud esperados
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 2 Respuesta de autocontrol

Patrón 2: Nutricional – metabólico
(0002) Desempeño nutricional inferior a las necesidades corporales r/c ingeridas inadecuadas m/p/das erróneas
Definición: Consumo de nutrientes inadecuados para sustentar las necesidades metabólicas
Dominio: 2 Nutrición
Clase: 1 Alimentación
(0010) Riesgo de malnutrición gastrointestinal/digestivo r/c debido a vida sedentaria/malnutrición
Definición: Susceptible de un aumento, disminución, falta de actividad metabólica o actividad metabólica inadecuada del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud
Dominio: 3 Eliminación e intercambio
Clase: 2 Nutrición gastrointestinal

Patrón 4: Actividad – ejercicio
(0008) Riesgo de ineficiencia en la actividad r/c debido a vida sedentaria
Definición: Susceptible de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o continuar con sus actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud
Dominio: 4 Actividad/Ejercicio
Clase: 4 Ejercicios cardiovasculares/actividades
(0010) Desempeño de un rol o función para gestionar o regimén terapéutico complejo m/p/das erróneas
Definición: Falta de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para su mantenimiento de la enfermedad y sus secuelas que no se adaptaron para alcanzar los objetivos de salud esperados
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 17 Toma de conciencia de la salud

Patrón 5: Sueño – descanso
(0108) Tratamiento del sueño: interrupciones causadas por la ansiedad del rol o condición individualizada r/c
Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado
Dominio: 4 Actividad/Ejercicio
Clase: 1 Sueño/Relajación
(0109) Tratamiento del sueño: interrupciones causadas por la ansiedad del rol o condición individualizada r/c
Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado
Dominio: 4 Actividad/Ejercicio
Clase: 1 Sueño/Relajación

Patrón 6: Cognitivo – perceptual
(0108) Identificación de las actividades r/c con la actividad de salud cuando se enfrenta a la situación programada m/p/proceso por la falta de salud
Definición: Inconciencia para preparar o para el cumplimiento de acciones físicas en el tiempo y bajo ciertas condiciones
Dominio: 6 Cognitivo/Percepción
Clase: 2 Respuesta de autocontrol
(0022) Desempeño de un rol o función para gestionar o regimén terapéutico complejísimo y dificultoso con el régimen terapéutico prescrito
Definición: Falta de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para su mantenimiento de la enfermedad y sus secuelas que no se adaptaron para alcanzar los objetivos de salud esperados
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 17 Toma de conciencia de la salud

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto
(0002) Percepción del rol o condición individualizada muy debilitada
Definición: Deterioración de la conciencia para el diagnóstico de una enfermedad o sintomatología, como enfermedades o lesiones
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 2 Gestión de la salud
(0110) Baja autoestima o imagen negativa m/p/das erróneas
Definición: Autoevaluación y/o representación negativa sobre las propias capacidades, que se prolonga en el día de su vida
Dominio: 6 Cognitivo/Percepción
Clase: 2 Autoestima
(0102) Desempeño personal r/c función que el individuo se regimén terapéutico complejo m/p/das erróneas
Definición: Falta de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para su mantenimiento de la enfermedad y sus secuelas que no se adaptaron para alcanzar los objetivos de salud esperados
Dominio: 1 Promoción de la salud
Clase: 2 Respuesta de autocontrol

Patrón 8: Rol – relaciones
(0002) Desempeño nutricional inferior a las necesidades corporales r/c ingeridas inadecuadas m/p/das erróneas
Definición: Consumo de nutrientes inadecuados para sustentar las necesidades metabólicas
Dominio: 2 Nutrición
Clase: 1 Alimentación
(0010) Riesgo de malnutrición gastrointestinal/digestivo r/c debido a vida sedentaria/malnutrición
Definición: Susceptible de un aumento, disminución, falta de actividad metabólica o actividad metabólica inadecuada del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud
Dominio: 3 Eliminación e intercambio
Clase: 2 Nutrición gastrointestinal

Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés
(0010) Riesgo de malnutrición gastrointestinal/digestivo r/c debido a vida sedentaria/malnutrición
Definición: Susceptible de un aumento, disminución, falta de actividad metabólica o actividad metabólica inadecuada del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud
Dominio: 3 Eliminación e intercambio
Clase: 2 Nutrición gastrointestinal
(0010) Riesgo de malnutrición gastrointestinal/digestivo r/c debido a vida sedentaria/malnutrición
Definición: Susceptible de un aumento, disminución, falta de actividad metabólica o actividad metabólica inadecuada del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud
Dominio: 3 Eliminación e intercambio
Clase: 2 Nutrición gastrointestinal

RCs:

RC: Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos

RC: Efectos adversos del tratamiento con ansiolíticos

Reflexión profesional:

Finalmente, se escogió esta paciente para el proceso enfermero porque nos llamo la atención que la causa más relevante de su debut con sintomatología delirante

fuese el estrés y la presión de una oposición, además de el cambio de vida que esto había supuesto en su vida. Realizar este proceso ha sido muy satisfactorio por el hecho de haber podido poner un grano de arena en la recuperación de la paciente y además haber podido prestarle toda la atención que ha necesitado, aún sabiendo que todo lo que tiene que ver con estos pacientes es muy lento. Nos hemos dado cuenta que en ocasiones, los pacientes no están atendidos como es debido o no se les presta la atención que necesitan por todas las obligaciones que se tienen, y aún más los pacientes de salud mental. En esta ocasión se ha podido ayudar a la paciente y nos hemos dado cuenta que no hay que juzgar a las personas sin antes escucharlas o saber la vida que llevan detrás. Y sobre todo y para finalizar este proceso tan especial, con un poco de atención, muchas vidas se salvan.

Marco: URH en Hospital Psiquiátrico

DxEp: (00687) Gestión ineficaz de la salud r/c dificultada para gestionar un régimen terapéutico complejo m/p dificultado con el régimen terapéutico prescrito.
RCp: Efectos adversos del tratamiento con antipsicóticos

NOC DxEp: (3102) Autocontrol: Enfermedad crónica.
NOC RCp: (2301) Respuesta a la medicación

Indicadores	PI	PD	PA	Tiempo
(31001) Acepta diagnóstico	1	5	3	1 MES
(31018) Sigue régimen de medicación	2	5	5	1 MES
(31024) Sigue la dieta recomendada	2	5	4	1 MES
(31026) Participa en los ejercicios recomendados	2	5	4	1 MES
(31028) Equilibra actividades y descanso	1	5	4	1 MES
(310244) Participa en las decisiones de atención sanitaria	1	5	3	1 MES
(23010) Efectos terapéuticos esperados presentes	5	5	5	1 MES
(23005) Efectos adversos	5	5	5	1 MES
(23007) Interacción medicamentosa	5	5	5	1 MES
(23011) Mantenimiento de los niveles sanguíneos esperados	5	5	5	1 MES

ESCALA LIKERT: 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.

Evaluación en base a la PA: NOC DxEp

La fase de recuperación es una fase de alta vulnerabilidad que puede abarcar desde meses hasta años después de haber presentado un episodio psicótico Espinosa, 2017). Por ellos, las actividades que se planificaron durante el mes del practicum, aún que la paciente siga ingresada, los resultados (310228) Sigue régimen de medicación, (310224) Sigue dieta recomendada, (321226) Participa en los ejercicios recomendados y (310238) Equilibra actividades y descanso han sido considerablemente mejorados ya que la paciente tomaba la medicación, comía suficiente, participaba en muchas ocasiones cuando se le proponía algo y empezaba a estar activa durante el día. En cambio, los resultados (310201) Acepta diagnóstico y (310244) Participa en las decisiones de la atención sanitaria no han sido favorablemente positivos ya que la paciente no acaba de reconocer la enfermedad diagnosticada y le cuesta tomar decisiones sintiéndose más cómoda si se toman por ella, pero considerando la paciente está actuando estamos seguros de que su evolución será favorable. Ya que como bien dice Espinosa Andrés (2017), se puede afirmar que, con una correcta actuación sobre el paciente, éste mejorará considerable el curso y el pronóstico del trastorno psicótico. Por tanto, el personal de enfermería, ayudándose del plan de cuidados, debe satisfacer todas las necesidades de salud como el autocuidado del individuo y la rehabilitación de la salud mental. Consideramos que la evaluación es positiva respecto al tiempo dedicado, por lo que el resultado es "resultado en consecución".

NOC RCp

Tras hacer un seguimiento tanto de las constantes vitales como de los niveles sanguíneos y observar a la paciente vemos que los efectos terapéuticos de la medicación son los correctos y que no ha hay efectos no deseados, ya que como dice Maza (2016) los pacientes deben ser sometidos a un seguimiento continuo donde enfermería valora numerosos aspectos como la eficacia del tratamiento u otros cambios no deseados. Por lo que evaluamos el problema de colaboración como positivo.

(416) Establecimiento de objetivos comunes

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Ayudar al paciente a identificar los riesgos e inconvenientes de cada alternativa.

Evaluar la base de datos de colaboración.

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Definición: Preparar al paciente para poder identificar y dar prioridad a sus valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.
Dominio: 3 Cuidados
Clase: 2 Cuidados

Actividades

(516) Fomento del ejercicio

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Ayudar al paciente a identificar sus propios valores, decisiones y tomar decisiones que mejoran la vida.

Ayudar al paciente a establecer objetivos comunes, decisiones y prioridades.

Ayudar al paciente a negociar con el personal de enfermería los objetivos, decisiones y prioridades.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

Asesorar al paciente para que participe de su propio proceso.

Definición: Facilitar la utilización efectiva y segura de los recursos terapéuticos para el manejo de la enfermedad crónica.
Dominio: 2 Fisiológico
Clase: 4 Control de fármacos

Actividades

