



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de
Palencia “Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2019 – 2020

Trabajo Fin de Grado

**Afrontamiento de la enfermedad en paciente
esquizofrénico
(Caso Clínico)**

Alumno: Markel Aurrekoetxea

Tutora: D^a María José Mata Peñate

Mayo, 2020

Índice

1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
3.1. PREVALENCIA	6
3.2. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD.....	6
3.3. DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA.....	8
3.4. TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.....	9
3.4.1. <i>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</i>	9
3.4.2. <i>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL</i> :.....	10
3.4.3. <i>TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)</i> :.....	11
3.5. TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	12
3.5.1 <i>INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL PACIENTE</i>	12
3.5.2. <i>GESTIÓN DE CASOS</i>	13
3.5.3. <i>INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL</i>	14
3.5.4. <i>FÁRMACOS DEPOT</i>	14
4. PLAN ESTÁNDAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA	16
5. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	19
6. OBJETIVOS	21
7. MATERIAL Y MÉTODOS	22
7.1. CASO CLÍNICO.....	24
7.2. DIAGNÓSTICO MÉDICO	24
7.3. PSICOBIOGRAFÍA.....	25
7.4. EVOLUCIÓN PSIQUIÁTRICA	25
7.5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E).....	26
7.6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	26
7.6.1. <i>Valoración por dominios</i>	26
7.6.2. <i>Plan de cuidados</i>	29

8. RESULTADOS	34
8.1. GRAFICA GENERAL (AREA / AMBITO).....	39
8.2. GRÁFICO. PONDERACIÓN	40
8.3. GRÁFICO 10: PORCENTAJE DE RESULTADOS SOBRE EL TOTAL DE OBJETIVOS OBTENIDOS	41
9. DISCUSIÓN	43
10. CONCLUSIÓN	45
11. BIBLIOGRAFÍA	46

1. RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave, caracterizado por la presencia de delirios y alucinaciones los cuales incapacitan al individuo, disminuyendo la calidad de vida y produciendo efectos perjudiciales tanto a él como a su entorno familiar. El papel de enfermería en el tratamiento de estos pacientes, es de gran importancia ya que sus acciones reducen riesgo de la falta de adherencia por parte estos.

Objetivos: Conseguir que un paciente con dificultad en el afrontamiento de la enfermedad, tras un primer inicio de los síntomas, elabore herramientas para mejorar su calidad de vida. Por ello se elabora un plan de cuidados individualizado y específico para el paciente elegido.

Metodología: El diseño empleado es el de un caso clínico tipo de un paciente con esquizofrenia, donde se ha tratado de utilizar diferente sintomatología y elementos de diagnóstico que se evite la identificación con cualquier paciente de esquizofrenia con los que se han realizado las prácticas de enfermería durante el Prácticum I. Se ha diseñado un plan de cuidados a un paciente con esquizofrenia al cual se le ayuda al afrontamiento de la enfermedad. Para ello se ha usado la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Resultados: Después de haber aplicado el plan de cuidados se han conseguido resolver algunos de los problemas identificados en la fase de valoración. El paciente consiguió mejorar significativamente respecto al estado inicial. De los 15 indicadores propuestos se consiguió el nivel deseado en el 60% mientras que el 40% restante se mantuvo en un nivel inferior al esperado.

Discusión: La metodología NANDA, NOC, NIC nos ha facilitado establecer diagnósticos enfermeros, marcar objetivos de a lograr, sistematizar intervenciones y evaluar la eficacia de los cuidados, todo ello nos permite difundir el lenguaje del cuidado y la evaluación precisa de nuestra actuación.

Palabras clave: Esquizofrenia, Afrontamiento, enfermería, NANDA-NOC-NIC

2. ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a chronic and serious mental disorder, characterized by the presence of delusions and hallucinations which incapacitate the individual, diminishing the quality of life and producing detrimental effects both on him and on his family environment. The nursing role in the treatment of these patients is of great importance since its actions reduce the risk of non-adherence on their part.

Objectives: To get a patient with difficulties in coping with the disease, after a first onset of symptoms, to develop tools to improve their quality of life. For this reason, an individualized and specific care plan is prepared for the chosen patient.

Methodology: The design used is that of a typical clinical case of a patient with schizophrenia, where an attempt has been made to use different symptoms and diagnostic elements to avoid identification with any schizophrenia patient with whom nursing practices have been carried out. during Practicum I. A care plan has been designed for a patient with schizophrenia to help them cope with the disease. For this, the NANDA-NOC-NIC taxonomy has been used.

Results: After applying the care plan, some of the problems identified in the assessment phase have been solved. The patient managed to improve significantly compared to the initial state. Of the 15 proposed indicators, the desired level was achieved at 60%, while the remaining 40% remained at a lower level than expected.

Discussion: The NANDA, NOC, NIC methodology has made it easier for us to establish nursing diagnoses, set objectives to achieve, systematize interventions and evaluate the effectiveness of care, all this allows us to spread the language of care and the precise evaluation of our performance.

Key words: Schizophrenia, Coping, nursing, NANDA-NOC-NIC

3. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, es un trastorno mental que se caracteriza por presentar ideas y percepciones anómalas que ocasionan al individuo a perder el contacto con la realidad^{1,2}. Desde el punto de vista etiológico, la esquizofrenia es desconocida. Se cree que su origen es el resultado de las combinaciones de ciertos factores genéticos y medio ambientales.

Sobre la esquizofrenia, se sabe que es una enfermedad crónica y grave, no solo por su gravedad sino por el temprano inicio de los síntomas, que afectan en su mayoría a población joven^{1,2}. Esto, representa un reto para el sistema de salud del mundo ya que se estima que la prevalencia mundial de personas con esquizofrenia es del 1%³.

Por otro lado, y dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, (CIE-10), la esquizofrenia es considerada como uno de los trastornos mentales recogidos en el CIE-10³.

Actualmente, la esquizofrenia se clasifica en diferentes subtipos en función de los distintos síntomas y cursos de evolución. Los esquemas de clasificación más utilizados son el DSM-IV-TR y la CIE-10⁴. Destacan el tipo paranoide, el hebefrénico o desorganizado y el tipo catatónico.

El primer caso, se caracteriza por la presencia de delirios y alucinaciones. Estos delirios vienen acompañados por alucinaciones y tiene su comienzo entre los 20 y 25 años⁵. A diferencia del tipo hebefrénico o desorganizado: es un cuadro que comienza sobre los 14-16 años, por lo tanto, la personalidad del sujeto empieza a estar formada y el pronóstico es más grave. Los pacientes, hacen comentarios inadecuados y desubicados, con una conducta desinhibida. Aspecto general frecuentemente es desgarbado y con déficit de autocuidado⁵.

En el último tipo señalado, el tipo catatónico, al menos aparecen las siguientes características: inmovilidad motora evidenciada por catalepsia o, por el contrario, agitación motora brusca; negativismo o mutismo extremo; ecolalia o ecopraxia del lenguaje⁵.

Debido a los avances producidos en el estudio de la enfermedad, mejoras en los tratamientos y los cambios producidos en la promoción de cuidados hacen necesaria la actualización de la morbilidad de la esquizofrenia⁶.

3.1. PREVALENCIA

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, representando el 40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas. Se estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales para los países de Europa. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 años para las mujeres. Y la incidencia por sexos: 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres^{4,7}.

Las personas con trastornos mentales, presentan tasas muy elevadas de mortalidad y discapacidad. Así es que las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de un 40% a un 60% mayor que la población general. La esperanza de vida de un paciente esquizofrénico es un 20% menos que la población general. Ese exceso, se atribuye 60% a enfermedades somáticas (cardiovasculares, síndrome metabólico), 28% suicidio y 12% accidentes^{3,6}.

3.2. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la infancia, adolescencia o al entrar en la edad adulta. Dicho inicio puede presentarse de forma aguda o insidiosa. Este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, se caracteriza por presentar tres fases las cuales no presenta unos límites claros, tal y como se presenta en la Figura (1).

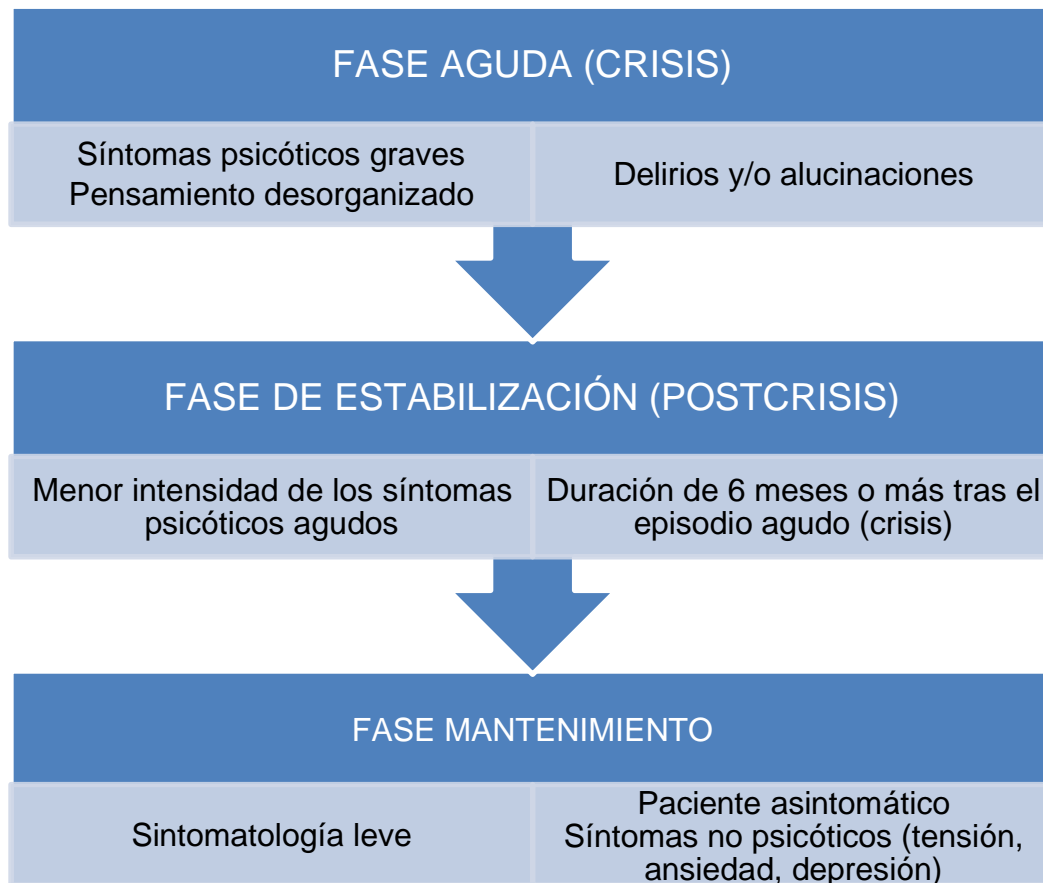


Figura 1: Fases esquizofrenia.

El inicio de los síntomas, puede variar es su forma y el momento de aparición, progresiva o repentina. Estos síntomas se pueden dividir en positivos y negativos, a los que añadir otros llamados cognitivos⁸.

Los síntomas positivos, se refieren a ideas delirantes, alucinaciones y alteración del pensamiento y son síntomas que responder bien al tratamiento^{6,8}. Alucinaciones, son ruidos aislados o sonidos simples por ejemplo un silbido o ruido; y, por otro también pueden darse alucinaciones verbales que consisten en escuchar voces. En el caso de las alteraciones del pensamiento, el paciente encuentra dificultades para organizar sus pensamientos en una secuencia lógica.

A estos síntomas, habrá que sumarle los efectos negativos que son deficiencias en la parte emocional y del comportamiento las cuales frecuentemente se confunden con la depresión. Éstos, se dividen en la disminución de la expresividad emocional y en la falta de motivación. El cambio de comportamiento que se manifiesta con mayor fuerza es el encerramiento, el temor y las reacciones extrañas para quienes

le rodean. Presenta una disminución de la calidad de vida y efectos perjudiciales en el ámbito psicosocial ^{4,8}.

3.3. DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

El diagnóstico de la esquizofrenia, implica descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones. Los elementos que deben recoger el diagnóstico, deben reflejar un estudio completo del paciente (Tabla 1).

Tabla 1. Elementos del Diagnóstico - Estudio completo paciente de esquizofrenia

Historia clínica psiquiátrica y médica general.
Historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar
Examen del estado mental
Evaluación física que incluya una exploración neurológica
Exploraciones complementarias: descartar trastornos semejantes a psicótico.

Para el diagnóstico de los trastornos mentales, se utilizan tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR), como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión de los Trastornos mentales y del comportamiento (The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders)⁹.

Hay que tener en cuenta que el hecho de presentar un primer episodio psicótico, no significa padecer esquizofrenia ya que se conocen otro trastorno que se pueden manifestar también con síntomas psicóticos. Para diagnosticar una persona de esquizofrenia, la mayoría de las guías recomiendan que los síntomas deben ser continuos durante al menos seis meses y a la presencia de varios episodios con ciertas características específicas¹⁰.

Por otro lado, se debe realizar un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia con otros cuadros psíquicos, orgánicos, así como tóxicos (Tabla 2)⁵.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la esquizofrenia.

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	DESCRIPCIÓN
Psicosis tóxica	Psicosis está producida por el efecto inmediato de las drogas tras consumirlas.
Psicosis breves y reactivas	Aparecen de forma brusca y repentina tras un episodio de estrés y su resolución es rápida y completa.
Trastorno bipolar	Combinación de síntomas depresivos y/o de síntomas de manía (alteraciones del sueño, del pensamiento y del movimiento)
Trastorno esquizoafectivo	Donde la aparición de la psicosis coincide con una alteración del estado anímico.
Trastorno de personalidad	Pacientes con adaptación anómala al medio con sufrimiento tanto para sí mismo como con los demás.

3.4. TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que requiere de diferentes tipos de tratamientos que van desde el tratamiento farmacológico hasta la intervención psicosocial o la terapia electroconvulsiva.

3.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La esquizofrenia es una enfermedad crónica la cual requiere de un tratamiento farmacológico prolongado, y este se llevará a cabo con el uso de antipsicóticos, estos controlan los síntomas, aumentando la adaptación psicosocial del paciente y mejorando su bienestar. Así mismo este tratamiento debe apoyarse en los fármacos coadyuvantes, los cuales potencian la eficacia terapéutica de los antipsicóticos, tratando los síntomas residuales, ya sean positivos, negativos o afectivos¹¹.

La medicación antipsicótica es el tratamiento de primera línea para esquizofrenia, pero la medicación no es sustitutiva de terapia y los pacientes también deben recibir tratamiento psicológico⁸.

El tratamiento antipsicótico temprano y de mantenimiento, así como las intervenciones psicosociales tempranas han comprobado su efectividad.

Por otro lado, el éxito de la terapia medicamentosa se ve comprometido ya que muchos pacientes no se adhieren al tratamiento que tiene que llevar. Todo esto conlleva a un peor pronóstico, mayor probabilidad de recaídas, Re hospitalizaciones y un mayor consumo de recursos en el sector de la salud¹¹.

La adhesión a los tratamientos farmacológicos son procesos complejos que involucran múltiples factores, entre los cuales se destacarían la labor de enfermero a la hora de mejorar la calidad de vida del paciente¹².

3.4.2. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL:

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

Estas intervenciones pueden tener efecto en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, el funcionamiento social y laboral. El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más saludable. El espectro de las intervenciones psicosociales es muy amplio y abarca diversos tipos de intervenciones que, a menudo, se integran en un continuo asistencial lo que dificulta la delimitación entre ellas.

Desde la terapia cognitivo- conductual, psicoterapia de apoyo pasando por intervenciones familiares y entrenamiento en habilidades sociales o actividades expresivas como la musicoterapia, arteterapia en manos de profesionales de la intervención psicosocial como trabajadores sociales y educadores sociales.

De todas ellas se han destacado para este plan, la terapia cognitivo conductual, la rehabilitación cognitiva y por último las intervenciones familiares que si bien no recaen en el ámbito del profesional de la enfermería merece especial atención.

La Terapia cognitivo conductual (TCC) es una intervención psicológica específica que estimula al paciente a establecer relaciones entre sus pensamientos, sentimientos o acciones en relación a síntomas actuales o pasados. Se recomienda la TCC para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado, y permite a los destinatarios reevaluar sus percepciones, creencias o razonamientos ligados al objetivo diana. Implica, al menos, una de las siguientes acciones: monitorización de los pensamientos, sentimientos o conductas en relación a los síntomas, promoción de vías alternativas de afrontamiento de los síntomas y/o reducción del estrés. Existe evidencia científica sobre cómo la duración y/o el número de sesiones de la TCC pueden influir en la eficacia del tratamiento⁵.

3.4.3. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC):

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

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

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

3.5. TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La importancia del papel de la enfermería en el tratamiento del paciente esquizofrénico es trascendental, ya que el profesional enfermero con sus acciones reduce el riesgo de falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente. Una de sus actividades es la reducción del riesgo de falta de adherencia al tratamiento¹³.

Las intervenciones específicas para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia están relacionadas con el paciente, con el profesional sanitario, con el tratamiento o con el apoyo social¹⁴.

Los programas de intervención más prometedores para aumentar la conducta de adherencia son aquellos que usan una combinación de: educación del paciente, habilidades conductuales, auto refuerzos y apoyo social, todo ello para autorregular la conducta de salud por parte del enfermo¹⁵.

3.5.1 INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL PACIENTE

Es indispensable el refuerzo de las actitudes positivas, ofrecer formas de compensación en el caso de esquizofrénicos que sufren efectos secundarios y/o tengan bajo soporte social y brindar apoyo emocional frente a las recaídas, enseñando nuevas habilidades para enfrentarse a los problemas y empleando medidas recordatorias (seguimiento telefónico, agenda, visitas domiciliarias...).

En los pacientes con problemas de incumplimiento, facilitar el conocimiento del servicio de atención al usuario e informar sobre los recursos sanitarios existentes en su área (teléfonos, asociaciones, familiares, personas a las que contactar, etc.) y la vía de acceso a los servicios de urgencia son técnicas muy apropiadas¹⁵.

3.5.2. GESTIÓN DE CASOS

Con los Programas de Gestión de Casos se persigue asegurar la atención y continuidad de los cuidados en pacientes con Trastorno Mental Grave y Prolongado.

Todo esto, se lleva a cabo mediante el establecimiento de tareas y actividades de seguimiento y con la coordinación entre todos los recursos: equipos de atención primaria, profesionales de salud de mental (equipo de Salud Mental, Unidad de Agudos, Centro de Rehabilitación Psicosocial), servicios sociales (ayuda a domicilio), Centro Ocupacional, Red de Hogares Protegidos, asociaciones, centros cívicos y voluntariado.

Estos programas se están poniendo en práctica cada vez más para lograr, no sólo, una mayor adherencia terapéutica, sino, también, incrementar la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida. Para controlar la adherencia al tratamiento, se establecen actividades encaminadas a detectar la falta de asistencia a las citas o controles, recoger información sobre el motivo y adoptar medidas para evitarlas¹⁶.

Para el desarrollo de la continuidad de casos se confeccionan listados de los pacientes incluidos en el Programa, distinguiendo entre diferentes grados de actuación y distintos niveles de seguimiento: control de medicación (oral y/o depot), realización de visitas domiciliarias, control de la salud física (acompañamiento al centro de salud), apoyo y asesoramiento a la familia y/o al personal cuidador. El seguimiento se efectúa cada semana, quincena, mes, etc. y se calcula la incidencia de pacientes anualmente, así como el número de ingresos, estancias y altas hospitalarias o del resto de centros¹⁶.

La llamada telefónica es una estrategia apropiada para fortalecer la adherencia terapéutica, siendo especialmente beneficiosa en aquellos pacientes que muestran actitudes negativas hacia el tratamiento antipsicótico¹⁷. En las llamadas telefónicas, se realiza la intervención educativa (tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, estado emocional) y se hace una valoración clínica del paciente, que sirve para identificar la presencia de signos de descompensación. Con el seguimiento telefónico se trabajan los distintos aspectos relacionados con la enfermedad para conseguir un auto manejo óptimo. Cuando se

consigue la estabilidad, el paciente puede ser dado de “alta” del seguimiento telefónico o puede que se pacten llamadas cada cierto tiempo, en función de sus necesidades¹⁸.

3.5.3. INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

Las actividades psicosociales comprenden la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención familiar y los grupos de autoayuda, entre otras.

Existen varios estudios que aseguran que el apoyo social tiene efectos beneficiosos importantes en la adherencia al tratamiento, a través de la mejora de las funciones cognitivas de los pacientes crónicos: la autoeficacia, la motivación, el control personal, la confianza en uno mismo, la autoestima y el estado de ánimo, y la disminución de los conflictos emocionales, la tensión, el estrés y la depresión¹⁹.

La evidencia actual sugiere que las intervenciones psicosociales carecen de efectividad para la mejora del cumplimiento cuando se aplican sólo a los pacientes. Por este motivo, es necesario incluir a la familia. Los pacientes que reciben ánimo, refuerzo y apoyo por parte de sus familiares y amigos tienen más probabilidades de seguir las prescripciones terapéuticas que aquellos otros con menos apoyo social, inestabilidad familiar o que se encuentran en una situación de aislamiento social. Asimismo, el resultado de las conductas de afrontamiento del paciente depende no sólo de sus esfuerzos y del estado psicológico, sino, también, de la manera en la que los miembros de la familia y amigos reaccionan ante esas conductas. De ahí, la importancia de las relaciones interpersonales y del entorno social en la salud y bienestar de estos enfermos²⁰.

3.5.4. FÁRMACOS DEPOT

Los antipsicóticos son el tratamiento farmacológico de elección en la esquizofrenia y la base de su tratamiento. Pero, producen efectos secundarios que hay que tener en cuenta porque pueden ocasionar el rechazo o abandono de la medicación. Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales, mareos, sequedad de boca, galactorrea por aumento de la hormona prolactina, somnolencia

excesiva, aumento de peso, disfunción sexual, alteraciones en la conducción cardíaca, etc.

Los antipsicóticos típicos son los más antiguos y se caracterizan por su eficacia en el control de los síntomas positivos. Por otra parte, los antipsicóticos atípicos se asocian con menos efectos secundarios extrapiramidales y son eficaces tanto en los síntomas positivos como en los negativos. Sin embargo, no están exentos de problemas y son más caros²¹. Uno de los avances en el tratamiento de la esquizofrenia fue el desarrollo de antipsicóticos de administración intramuscular y absorción retardada²².

La principal ventaja de las presentaciones depot sobre los antipsicóticos orales es que facilitan el cumplimiento del tratamiento prescrito en aquellos pacientes con baja conciencia de enfermedad. La adherencia al tratamiento se asegura con una administración del fármaco cada 2-4 semanas y la menor frecuencia en la necesidad de administración de los fármacos se puede asociar con una mayor persistencia, reduciéndose las oportunidades de abandonar la terapia²³.

En nuestro país, disponemos de tres antipsicóticos atípicos depot (risperidona, paliperidona y olanzapina). Aunque la tasa de efectos secundarios es aceptable, en el caso de la olanzapina de liberación retardada, tiene especial relevancia la existencia del denominado Síndrome post-inyección.

Se trata de un efecto secundario poco común que consiste en la presencia de síntomas de sobredosis de olanzapina después de la administración intramuscular de la medicación, lo que ha supuesto la necesidad de observar al paciente durante tres horas después de cada inyección y ha provocado cierta restricción del uso del medicamento.

4. PLAN ESTÁNDAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA ESQUIZOFRENIA

Las intervenciones de enfermería del plan de cuidados en la esquizofrenia para mejorar la adherencia terapéutica deben ir dirigidas a proporcionar toda la información necesaria para conocer la enfermedad y los recursos disponibles para poder afrontarla de forma eficaz y adaptarse a ella.

En primer lugar, es importante establecer una relación terapéutica enfermera-paciente. Para establecer un clima de confianza se deben escuchar sus propuestas, demostrando la existencia de una confianza en él para hacerle sentir más participativo y favorecer su colaboración. Al mismo tiempo, y en ese clima de confianza, debe facilitarse la expresión de posibles dudas, miedos, preocupaciones, expectativas, etc. En este caso, es importante corregir aquellas ideas erróneas que posea el paciente y mejorar su autoestima para fortalecer el yo personal. A veces, también, se puede mostrar interés por cuestiones de su vida que no estén directamente relacionadas con la enfermedad.

A la hora de informar al paciente y la familia debe exponerse el tratamiento para favorecer el cumplimiento. Además, conocer los motivos de la necesidad de tomar un fármaco, o realizar ciertas conductas, hace sentirse más valorado y participar más.

Se debe empezar por una información básica y luego ya ir aumentándola con datos complementarios. La información básica debe consistir en explicar de forma clara y concisa (para que sea fácilmente recordada) no sólo el nombre de la enfermedad, sino las causas, forma de manifestarse, evolución y pronóstico, consecuencias tanto para su vida como para los demás, formas de tratamiento, así como los resultados esperados en caso de cumplir el tratamiento y las consecuencias de no cumplirlo.

Algunas enfermeras opinan que no es aconsejable la lectura del prospecto por parte de los pacientes porque sólo prestan atención a los efectos adversos y tienden a sobreestimar la incidencia de estos, lo que les crea inseguridad, dudas y, como consecuencia, una influencia directa negativa en el cumplimiento farmacológico²⁴.

Hay que asegurarse de que el paciente ha comprendido la información y preguntarle posibles dudas o temores. Las sesiones en grupo ayudan a la comprensión gracias a la retroalimentación de la información del resto de personas²⁵.

En cuanto a la información sobre el tratamiento, hay que hacer hincapié, en el nombre de los fármacos, el lugar y la forma de adquirirlos, la dosis necesaria y forma de administrarlos (momento del día, con o sin alimentos, etc.), los efectos secundarios (distinguiendo entre los habituales y los que requieren acudir a visita para revisar la pauta), contraindicaciones, prohibiciones, riesgos, etc. Incluso puede ser muy útil proporcionar un teléfono, un lugar y una persona donde poder ir en caso de necesitar ayuda. Esta medida aporta seguridad al paciente y la seguridad contribuye a la adherencia terapéutica.

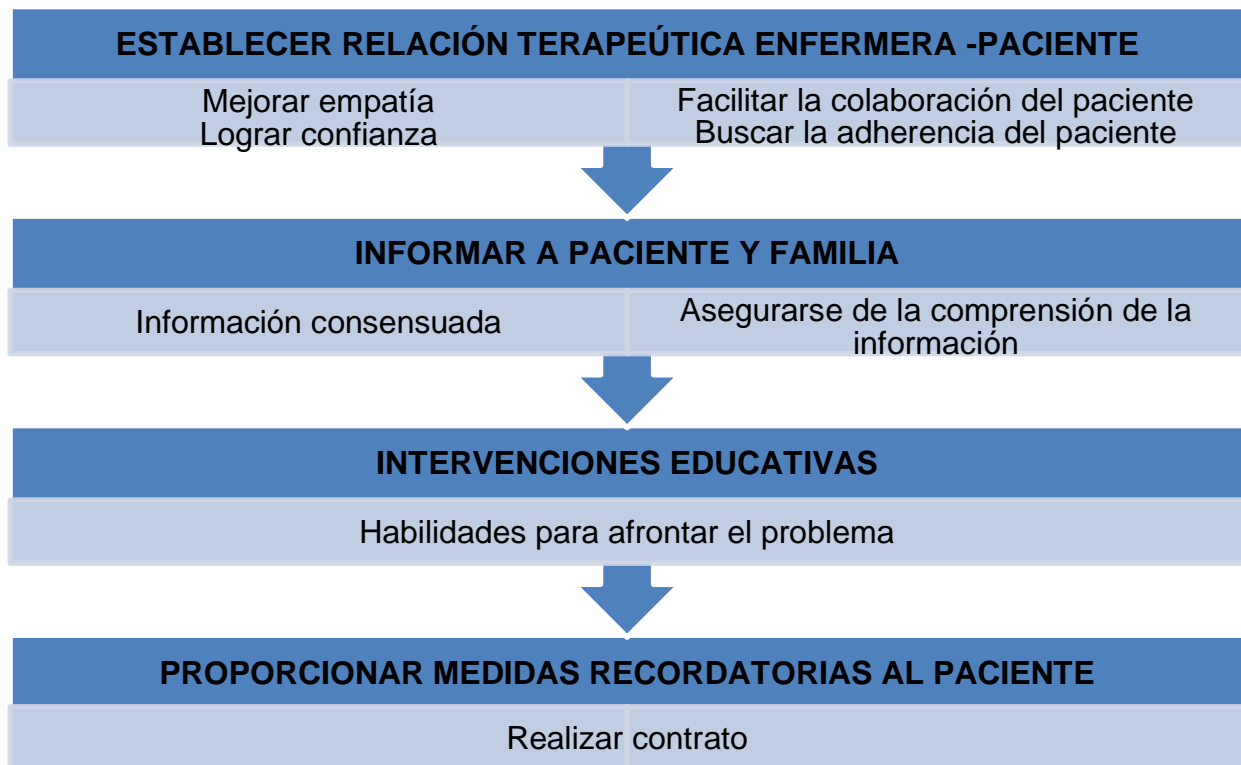


Figura 2: Principales medidas en cuanto a la información y tratamiento del paciente.

Las intervenciones educativas y de conducta van encaminadas a proporcionar y enseñar habilidades para afrontar el problema, siendo imprescindible facilitar recursos para la adhesión y la participación del paciente en la terapia. Puede resultar útil informar de la existencia de lugares terapéuticos en la comunidad donde

acudir y sobrellevar mejor la enfermedad: centros sanitarios, asociaciones de enfermos, de familiares de enfermos, etc.

Y en ocasiones se puede proporcionar calendarios para recordar la toma de cada medicamento o pedir al paciente al paciente que realice un registro de los fármacos y anote las incidencias que le sucedan. De esta manera, no sólo se aumenta la adhesión, sino que nos puede proporcionar información acerca del grado de cumplimiento. Aunque es de vital importancia implicar a los familiares en los planes de educación¹⁴.

Entre las medidas recordatorias puede ser útil realizar un contrato por escrito donde el paciente tenga que comprometerse, de alguna manera, al cumplimiento del tratamiento y donde se especifique que, en caso contrario, se producirán consecuencias negativas para su vida y familiares.

También deben hacerse un recordatorio a familiares y personas con las que conviva el enfermo. Igualmente, resulta útil la exposición verbal de los contenidos con apoyo y uso de distintos tipos de medios audiovisuales, reflexionar sobre el problema (la enfermedad) ya sea de forma individual o grupal, realizar ejercicios de detección de estilos de pensamiento erróneos en relación con la enfermedad y el tratamiento, llevar a cabo ejercicios para detectar conductas que sean poco efectivas para mejorar el problema, hacer ejercicios prácticos acerca de cómo realizar la terapia prescrita y exponer de forma grupal formas de poder neutralizar posibles efectos secundarios del tratamiento²⁶.

5. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Aunque se ha escrito mucho y tenemos mucha información sobre la salud mental, en concreto sobre la esquizofrenia, podemos decir que es la gran desconocida. Durante la realización de las prácticas en el Centro Asistencial San Juan de Dios como alumno, se tomó conciencia de la problemática de esta enfermedad y de las dificultades para su tratamiento.

La elección de este tema para el diseño de un plan de intervención con un paciente de esquizofrenia está movida por la necesidad de trabajar de una manera integral con estos pacientes, ya que, desde la experiencia en prácticas, se ve cómo los profesionales ponen su intervención en el tratamiento farmacológico dejando en muchos casos la faceta familiar y más afectiva del paciente lo que dificulta la adherencia al tratamiento.

En sí, la propia enfermedad interfiere en las intervenciones de los profesionales, porque la esquizofrenia es un trastorno mental que entorpece con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. Y, lo que es peor, produce un gran sufrimiento en las personas que lo padecen porque son muy conscientes de su enfermedad.

Al mismo tiempo, al finalizar las prácticas se tomó conciencia de la estigmatización de estos pacientes, puesto que en su entorno era una enfermedad muy desconocida. Es por ello que entre los objetivos de este estudio también se encuentra el interés por sensibilizar sobre la problemática de las personas sobre el trastorno de esquizofrenia.

El tratamiento es una de las partes fundamentales de esta enfermedad y es aquí donde el personal sociosanitario realiza control y seguimiento de esta. La relación profesional de enfermería/paciente compone un sistema interpersonal muy importante en el tratamiento y adherencia de la enfermedad. La falta de adherencia y las complicaciones a las que da lugar el tratamiento en pacientes con esquizofrenia es en la actualidad un problema de Salud Pública de alta prevalencia.

Es por ello, que resulta interesante plantear un plan de intervención para tratar esta enfermedad.

6. OBJETIVOS

- ✓ *General:* Conseguir que un paciente con dificultad en el afrontamiento de la enfermedad, tras un primer inicio de los síntomas, elabore herramientas para mejorar su calidad de vida.

- ✓ *Específicos:*
 - 1) Implementar un plan de cuidados, individualizado en un paciente.
 - 2) Detectar las intervenciones idóneas para el diagnóstico del paciente.
 - 3) Evaluar, mediante el proceso de cuidados de enfermería y de la aplicación del plan de cuidados, el mejor control de la enfermedad y de sus síntomas tanto psíquicos como físicos.
 - 4) Servir de orientación para la atención bio-psico-social integral del paciente.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la introducción y aplicación de plan de cuidados a este paciente con esquizofrenia, primero se ha hecho una revisión bibliográfica de la literatura gratuita en diferentes estudios e investigaciones para conocer más la salud mental y más concretamente la esquizofrenia. El periodo de realización fue de enero a mayo de 2020. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales, protocolos y guías de actuación de enfermería en español e inglés, en diferentes bases de datos. Las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, Scielo, Medline, OMS España y Google académico.

En cuanto a los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) utilizados son: “esquizofrenia”, “trastorno”, “tratamiento”, “tipos”. Los operadores booleanos utilizados han sido AND - OR. Las referencias bibliográficas son actuales, siendo estos entre los últimos 10 años. Así mismo, han sido seleccionadas indistintamente entre el español e inglés en función de la necesidad. En la base de datos de Scielo se encontraron 34 artículos con el primer descriptor, 43 artículos con el segundo descriptor, 19 con el tercer descriptor. Para la base de datos Pubmed, se encontraron 62 artículos con el primer descriptor, 16 artículos con el segundo descriptor, 34 con el tercer descriptor.

La normativa utilizada para la citación de los artículos, guías de práctica clínica y evidencia encontrada ha sido mediante las normas Vancouver. Como limitación del trabajo se podría citar la imposibilidad de consultar estudios con acceso de pago. Para la realización del plan se decidió realizar la construcción de un caso “típico” utilizando los datos de pacientes con los que se han realizado prácticas durante el curso 2018-2019.

Con el objetivo de disponer de elementos de análisis sin tener que utilizar una ficha real de paciente que exigiría un consentimiento para la utilización de los datos. La ficha por lo tanto generada tiene datos reales de varios pacientes, de esta forma generamos un caso que nos permite plantear un plan sobre un caso “ficticio” en base a datos reales.

Para la elaboración del Caso Clínico se hizo uso de las herramientas metodológicas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración mediante los dominios NANDA²⁷, diagnósticos enfermeros NANDA²⁷, Criterios de Resultados NOC²⁸, Intervención de Enfermería NIC²⁹ y las recomendaciones de Teresa Luis Rodrigo³⁰ para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestra cultura.

En lo que, respecto a las consideraciones éticas, puede afirmarse que no existen implicaciones para el paciente porque el tratamiento de los datos y del paciente no corresponden con una persona concreta por lo que la utilización de dichos datos no supone daño alguno para el paciente. En todo momento se ha tratado de utilizar diferente sintomatología y elementos de diagnóstico que eviten la identificación con cualquier paciente de esquizofrenia con los que se han realizado las prácticas de enfermería.

7.1. CASO CLÍNICO

El paciente es un hombre de 35 años que ingresa derivado de una unidad de agudos para tratamiento rehabilitador. El paciente se encuentra en una fase aguda o de crisis donde presenta graves síntomas psicóticos, con presencia de alucinaciones auditivas y a su vez intensos síntomas negativos manifestados por el educador social que visita al paciente semanalmente.

7.2. DIAGNÓSTICO MÉDICO

- Eje I: Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada
- Eje 2: Trastorno psicoafectivo.
- Eje 3: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial

- Antecedentes personales
 - a. Médicos quirúrgicos
 - Refiere intolerancia a lácteos
 - Obesidad
 - Hipertensión arterial
 - Diabetes Mellitus
 - VIH positivo

- Intervenciones Quirúrgicas
 - Prótesis cadera (2010)

- Hábitos tóxicos
 - Alcoholismo
 - Cocaína

- Antecedentes psiquiátricos
 - Inicia contacto con psiquiatra privado por “abstinencia” y “delirio” a la edad de 25 años.
 - No consta ningún ingreso en Psiquiatría hasta la fecha.
 - Poco contacto con familia y presenta informe de servicio sociales

- Antecedentes Psiquiátricos Familiares
 - Madre con Esquizofrenia.
 - Tiene dos hermanas en situación de acogimiento familiar por servicio sociales.

7.3. PSICOBIOGRAFÍA

- Parado
- Sin empleo fijo

7.4. Evolución psiquiátrica

El paciente no ha tenido un trabajo fijo nunca, aunque bien es cierto que desde muy joven ayudó a sus padres agricultores, en las labores del campo. El paciente refiere haber comenzado hábitos tóxicos (alcohol, marihuana, heroína, cocaína) a una edad muy temprana. La ruptura con su pareja aumentó este consumo, derivando en graves problemas con la justicia al sufrir un accidente de circulación bajo la influencia de dicho consumo. Producto de una vida impregnada de adicciones, a los 22 años es diagnosticado de VIH. Relacionado con la gravedad de esta patología aborda el problema de sus adicciones recurriendo a los servicios sociales que le derivan a un Centro de atención psicosocial, donde es atendido por profesionales de Psiquiatría y Trabajo Social (al que acude de manera irregular). Éste, después de realizar los estudios pertinentes, diagnosticó al paciente de un trastorno esquizofrénico de tipo hebefrénica o desorganizado.

7.5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E)

7.6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Para la correcta realización de este punto en el caso clínico se ha procedido a la valoración del paciente según los dominios NANDA. En este caso no se van a valorar todos los Dominios, sólo aquéllos que hacen referencia al afrontamiento, objetivo de este trabajo, y son los dominios 5,7 y 9.

7.6.1. Valoración por dominios

- **DOMINIO 5. Percepción Cognición.** El paciente mantiene un nivel de consciencia correcto, orientado en espacio, aunque a veces desorientado en tiempo. Es una persona pesimista y se percibe como alguien no válido para las relaciones interpersonales. Tiene estudios obligatorios y un curso de formación profesional de mecánica del automóvil en lo cual destaca por gran habilidad para todo aquello que tiene motor. Su capacidad de aprendizaje es buena. Se ha valorado al paciente con la escala de calidad de vida (QLS)³¹. Esta escala que consta de 21 ítems está diseñada para evaluar los síntomas en los pacientes de esquizofrenia. El extremo superior de la escala (puntuaciones de 5 y 6) refleja funcionamiento normal o sin impedimentos, y el extremo inferior de la escala (puntuaciones de 0 y 1) refleja un grave deterioro de la función en cuestión. El QLS fue diseñado específicamente para abordar los aspectos más insidiosos de la psicopatología esquizofrénica, es decir, síntomas de déficit.

Tras la entrevista con el paciente los resultados de la aplicación de la escala arrojaron estos resultados:

Tabla 3: Escala QLS

Dimensiones e ítems	Puntuación 1-7	Valoración Cualitativa del Enfermero
1.Hogar	3	No dispone de vivienda propia. Vive con su madre (68 años)
2.Amigos	5	Conserva amigos de la infancia
3.Conocidos	3	Vive en un pueblo muy pequeño donde hay pocos habitantes
4.Actividad social	2	Pasa muchas horas en su cuarto, no practica ningún deporte
5.Red social	2	Muy reducida (Amigos de la infancia y familia)
6.Iniciativa social		
7.Retirada		
8.Socio sexual/ Rol instrumental.		
9.Rol ocupacional		
10.Funcionamiento laboral	0	Se encuentra en el paro
11.Nivel laboral	0	Se encuentra en el paro
12.Satisfacción laboral	0	Se encuentra en el paro
13.Sentido de propósito	2	Realza las tareas domésticas por solicitud de su madre, pero sin muestra de ánimo.
14.Motivación	2	No es constantes en sus objetivos por falta de motivación.
15.Curiosidad	2	Muestra interés por el mundo del motor y el campo.
16.Anhedonia	3	Únicamente muestra interés por lo relacionado con el mundo del motor
17.Inactividad sin objetivo		
18.Objetivos comunes		
19.Actividades comunes		
20.Empatía	1	No muestra empatía ante los demás
21.Interacción emocional	3	Tiene dificultades para expresar sus emociones

Fuente: Elaboración a partir de la entrevista con el paciente en base a la Escala

Dimensión 1. Relaciones interpersonales = Media 2,28

Dimensión 2. Rol instrumental = media 2,85

Dimensión 3. Fundamentos intrapsíquicos = Media 0

Dimensión 4. Objetos y actividades comunes = Media 1

Los resultados de la aplicación de la Escala se recogen en el siguiente gráfico, de tal

forma que las puntuaciones medias obtenidas muestran que las áreas de intervención que requieren de mayor atención profesional serían la dimensión 3 y la Dimensión 4, con 0 y un 1 de media respectivamente.

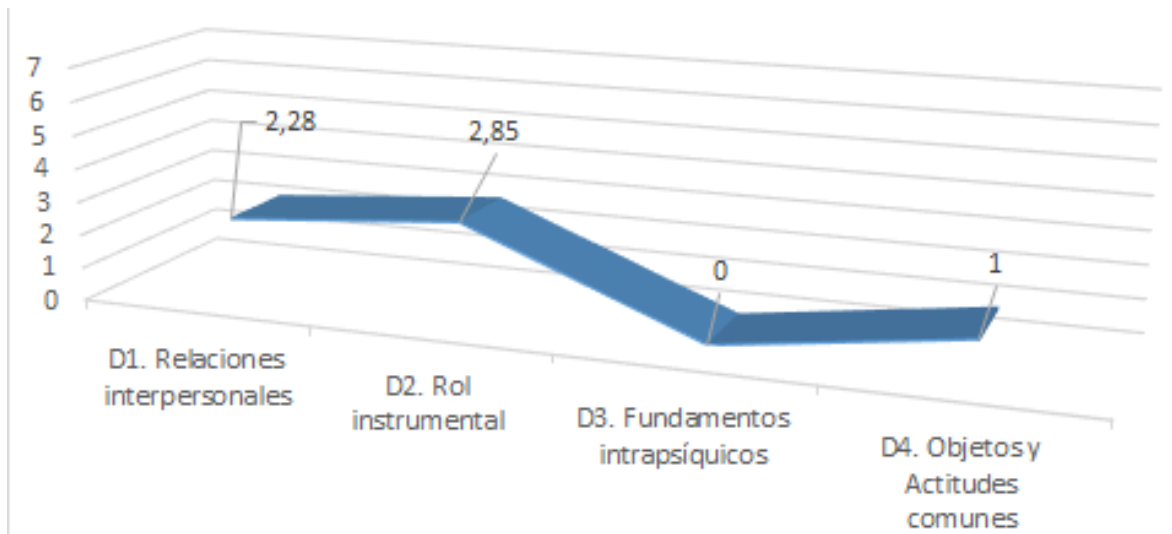


Figura 3. Media de las dimensiones de la escala de calidad de vida

Fuente: Elaboración a partir de las puntuaciones medias obtenidas de las áreas de intervención.

- **DOMINIO 7. Rol-Relaciones.** Tiene capacidad para relacionarse con los demás, aunque debido a su patología se aísla con frecuencia ante episodios estresantes para él, manifestando verborrea y conductas alimentarias alteradas. No tiene pareja actualmente e hijos tampoco (Ver tabla 3).

Tiene dos hermanas las cuales no viven en casa, vive con su madre con la cual tiene una relación distante, ella es la cuidadora principal. A su vez una educadora social acude semanalmente a su domicilio para ayudar.

Sus amistades son varios amigos de la infancia que viven el mismo pueblo que él, con lo que mantiene una estrecha relación desde la infancia. Suelen quedar en el parque del pueblo para beber y fumar y ocasionalmente se acercan a la capital para alternar juntos. (Ver tabla 3)

- **DOMINIO 9. Afrontamiento-tolerancia al estrés.** El paciente es consciente de su situación lo que le dificulta afrontar la realidad generando estados altos de ansiedad. Estos se manifiestan con gran agitación, verborrea, sudoración y taquicardia lo cual le ocasiona problemas en su vida diaria. Al preguntarle por su vida privada manifiesta nerviosismo y evita y huye contestar a las cuestiones más íntimas. (VER tabla 3. ítem 21)

7.6.2. Plan de cuidados.

Realizada la valoración integral de enfermería, se procede a la enumeración sólo de aquellos diagnósticos (Tabla 4-Tabla 13) enfermeros que son determinantes en el objetivo de este trabajo, priorizándolos además se establece los criterios de de intervención y las actividades encaminadas a conseguir los objetivos.

Tabla 4.

[00119] Baja autoestima crónica, relacionada con percepción de falta de pertenencia	
NOC. Dominio 6. autopercepción	Clase 2. Autoestima
	1204. Equilibrio Emocional
	1509. Habilidades de interacción social
	1205. Autoestima

	Pasaré de un nivel (sustancialmente comprometido) a un nivel levemente comprometido en un mes
	Pasaré de un nivel 1 (gravemente comprometido) a nivel 4 (levemente comprometido en un mes)
	Pasaré de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 comprometido en un mes

Tabla 5.

NIC: Campo: Conductual	Clase R: Ayuda al afrontamiento	
	5450. Terapia al afrontamiento	Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.
		Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios.
		Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común entre sí.

		Ayudar a los miembros a proporcionar retroalimentación mutua de forma que puedan desarrollar la conciencia de sus propias conductas.
--	--	--

TABLA 6.

[00052] Deterioro de la interacción social relacionado con déficit en las formas de fomentar la reciprocidad y trastornos de autoconcepto		
NOC. Dominio 7: Rol/ Relaciones	Clase 3: Desempeño de rol	
	1216. Nivel de ansiedad social	Pasará de un nivel 4 (Levemente comprometido) a un nivel 5(no comprometido) en tres meses.
	2204. Relación entre el cuidador principal y el paciente.	Pasará de un nivel 4(Levemente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en tres meses.
	1504.Soporte social	Pasará de un nivel 2(sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.
	1502. Habilidades de interacción social	Pasará de un nivel 4(levemente comprometido) a un nivel 5(no comprometido) en tres meses.

TABLA 7.

NIC. Campo: Conductual	Clase R: Ayuda para el afrontamiento	
	5230. Mejorar el afrontamiento	Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo
		Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
		Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

		Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
--	--	---

TABLA 8.

[000074 Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar		
NOC 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	Clase 2: Respuesta de afrontamiento	
	2507. Salud física del cuidador principal	Pasará de un nivel 3(moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en dos semanas.
	2600. Afrontamiento de los problemas de la familia	Pasará de un nivel 1(gravemente comprometido) a un nivel 4(levemente comprometido) en un periodo de tres meses.
	2604.Normalizacion de la familia	Pasará de un nivel 1(gravemente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en un periodo de tres meses.

TABLA 9.

NIC. Campo 3. Conductual	Clase R. Ayuda al afrontamiento	
	5270. Apoyo emocional	Comentar la experiencia emocional con el paciente.
		Abrazar o tocar al paciente para proporcionar con el paciente.
		Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

		Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
--	--	---

TABLA 10.

[000126] Conocimientos deficientes relacionado con falta de interés en el aprendizaje		
NOC. Dominio 5. Percepción/ Cognición	Clase 4: Cognición	
	1209. Motivación	Pasará de un nivel 2(sustancialmente comprometido) a un nivel 4(levemente comprometido) en dos meses.
	1803. Conocimientos: Proceso de la enfermedad	Pasará de un nivel 1(gravemente comprometido) a un nivel 4(levemente comprometido) en tres meses.

TABLA 11.

NIC. Campo 3. Conductual	Clase 3: Educación para la salud	
	5510. Educación para la salud	Formular los objetivos del programa de educación para la salud.
		Utilizar conferencias para proporcionar el máximo de información, cuando corresponda.
		Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.

TABLA 12

[000199 Planificación ineficaz de las actividades relacionado con trastorno psiquiátrico		
NOC. Dominio 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	Clase 2: Respuesta de afrontamiento	
	1600. Conducta de adhesión	Pasará de un nivel 4(levemente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en tres meses.
	2013. Equilibrio en el estilo de vida	Pasará de un nivel 2(sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.
	1601. Conducta de cumplimiento	Pasará de un nivel 2(sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en tres meses.

TABLA 13

NIC. Campo 3. Conductual	Clase O: Terapia conductual	
	4480. Facilitar la autorresponsabilidad	Fomentar al paciente y a su familia la toma de decisiones con respecto a su cuidado, según sea apropiado.
		Asegurar que el paciente y los miembros de la familia tengan los recursos apropiados para asumir más responsabilidades.
		Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidades.
		Discutir las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades.

8. RESULTADOS

A continuación, se muestran gráficamente los resultados obtenidos por diagnósticos. Con respecto a la baja autoestima crónica (00119), en la que se relacionan la percepción de falta de pertenencia y repetidos refuerzos negativos se constata que el nivel conseguido en el equilibrio emocional es satisfactorio teniendo en cuenta se partía de un nivel de 2 inicial. Mención especial merece la labor realizada con la adquisición de la conciencia de uno mismo, en la que el paciente presentaba un nivel inicial de 1 consiguiendo avanzar hasta el nivel 3.

Tabla 14: Resultados primer diagnósticos.

NOC-Primer Diagnóstico	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
1204.Equilibrio emocional	2	4	4
1215. Conciencia de uno mismo	1	4	3
1205.Autoestima	2	4	3

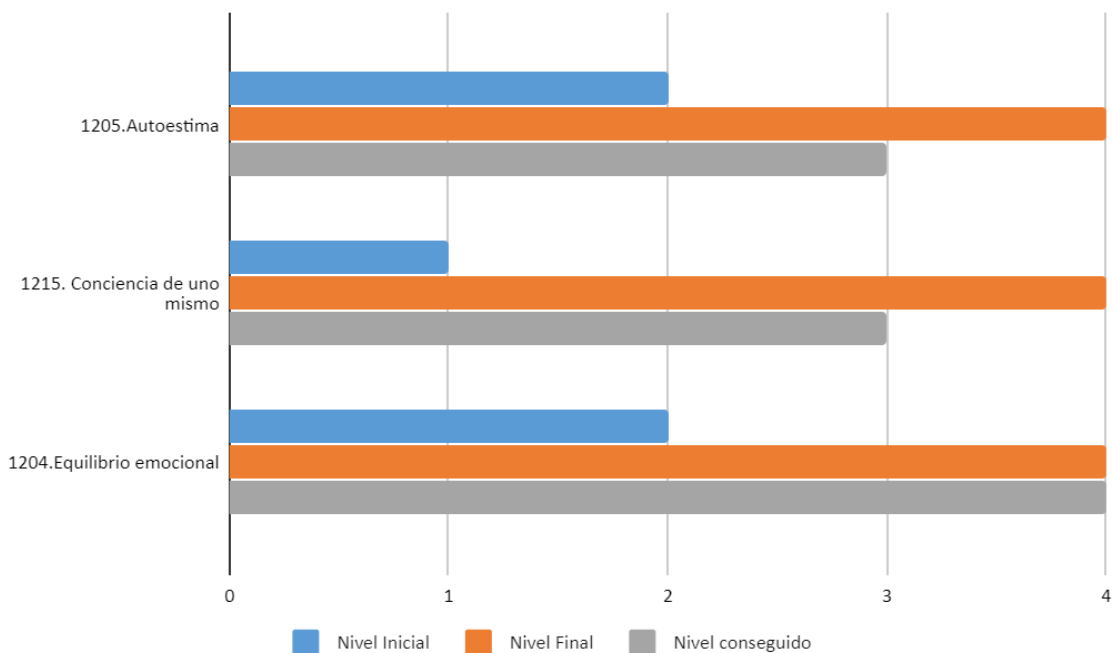


Figura 4: Resultado del diagnóstico baja autoestima crónica. Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

[00052] Deterioro de la interacción social relacionado con déficit en las formas de fomentar la reciprocidad y trastorno del autoconcepto (fuerza psíquica)

Tabla 15: Resultado segundo diagnóstico.

NOC-Segundo Diagnóstico	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
1216. Nivel de ansiedad social	4	5	5
2204. Relacion entre el cuidador principal y el paciente	4	5	4
1504. Soporte social	2	4	4
1502. Habilidades de interaccion social	4	5	5

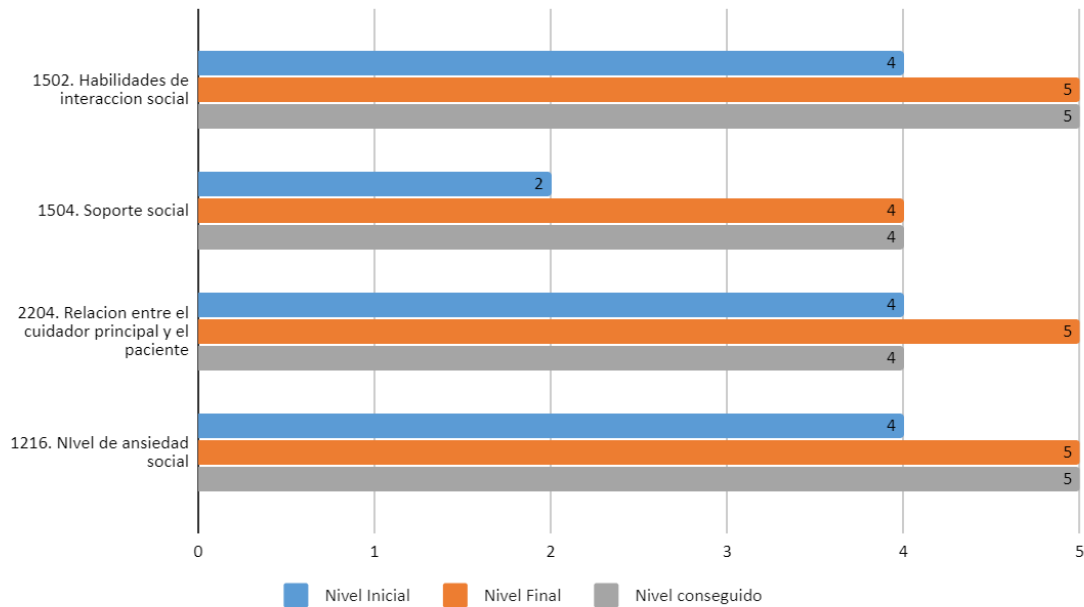


Figura 5: Resultados del diagnóstico Deterioro de la interacción social.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Respecto al deterioro de la interacción social [00052], en la que se relacionan con el déficit de las formas de fomentar la reciprocidad y trastornos de autoconcepto, se constata que el nivel conseguido en el soporte social es satisfactorio teniendo en cuenta que se partía de un nivel de 2 inicial. La relación entre el cuidador principal y el paciente se ha mantenido constante y el nivel de ansiedad y habilidades de interacción social han mejorado llegando al máximo

[00074]Afrontamiento familiar comprometido relacionado con desorganización familiar.

Tabla 16: Resultado tercer diagnóstico.

NOC-Tercer Diagnóstico	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
2507.Salud física del cuidador principal	3	5	5
2600. Afrontamiento de los problemas de la familia	1	4	4
2604. Normalización de la familia	1	4	3

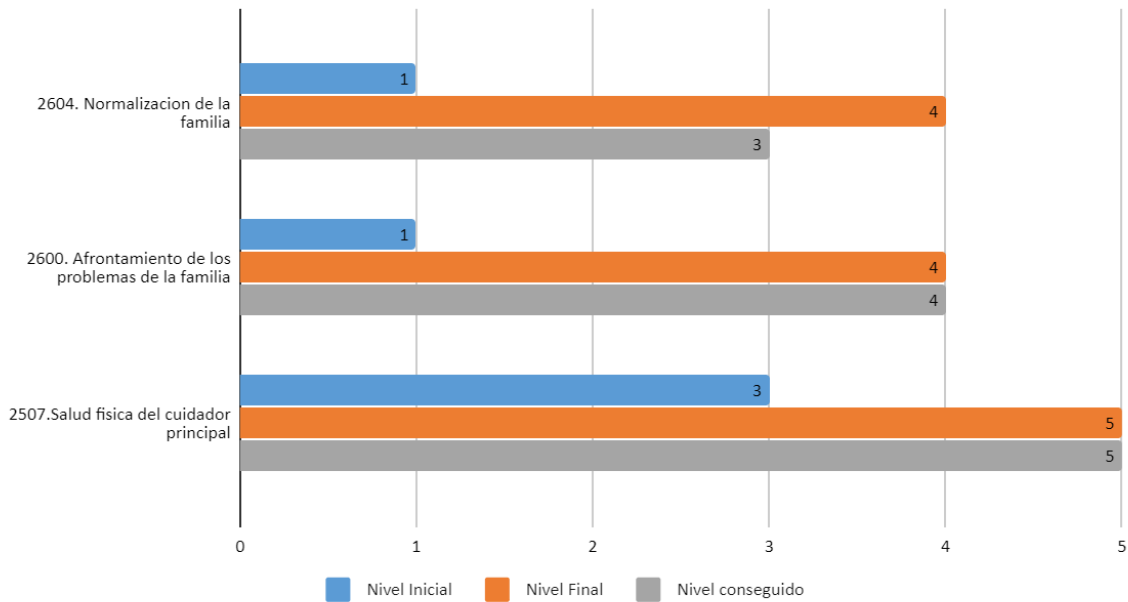


Figura 6: Resultado del diagnóstico de afrontamiento familiar. Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Respecto al afrontamiento familiar [00074], en la que se relacionan con desorganización familiar, se constata que el nivel conseguido en la salud física del cuidador principal es satisfactorio, sabiendo que partía de un nivel 3. Cabe destacar la mejora en el afrontamiento de los problemas de la familia, el cual partía de un nivel 1. También la normalización de la familia parte de ese mismo nivel aumentando hasta un nivel 3 sin llegar al objetivo deseado de un 4.

[00126] Conocimientos deficientes relacionado con falta de interés en el aprendizaje.

Tabla 17: Resultado cuarto diagnóstico.

NOC-Cuarto Diagnóstico	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
1209. Motivacion	2	4	3
1803. Conocimientos: Procesos de la enfermedad	1	4	3

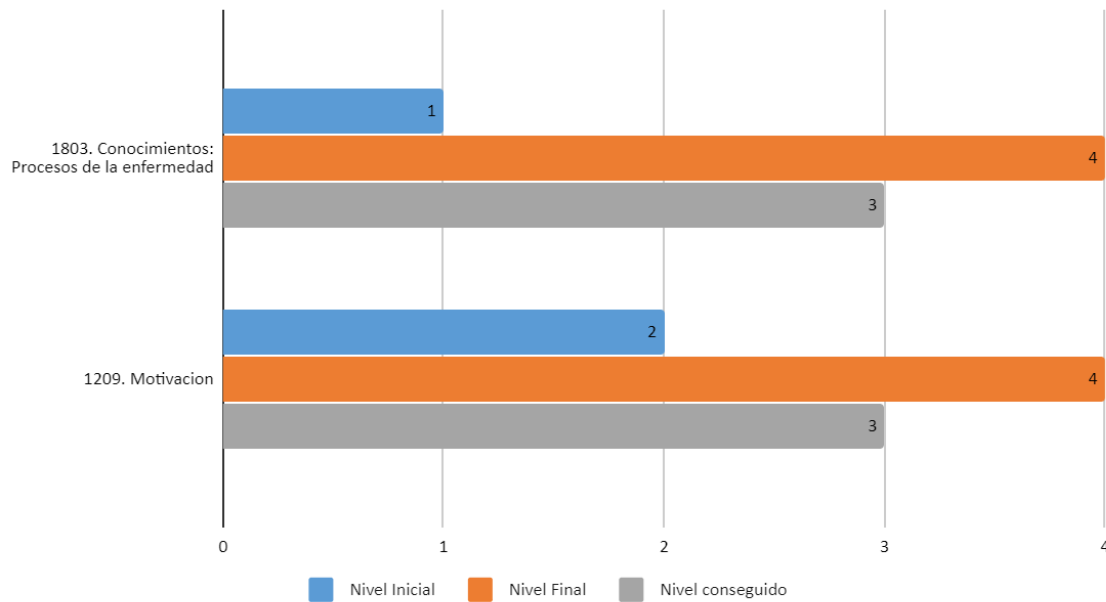


Figura 7: Resultados del Diagnóstico de conocimiento deficiente. Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Respecto al deterioro de los conocimientos deficientes [00126], en la que se relacionan con la falta de interés en el aprendizaje, se constata que el nivel conseguido en la motivación y en los conocimientos de los procesos de la enfermedad no han sido satisfactorios, destacando la mejora en ambos y más en los conocimientos del proceso de la enfermedad que partía de un 1.

[00199] Planificación ineficaz de las actividades relacionado con trastorno psiquiátrico.

Tabla 18: Resultado quinto diagnóstico.

NOC-Quinto Diagnóstico	Nivel Inicial	Nivel Final	Nivel conseguido
1600. Conducta de adhesión	4	5	4
1601. Conducta de cumplimiento	2	4	5
2013 Equilibrio en el estilo de vida	2	4	4

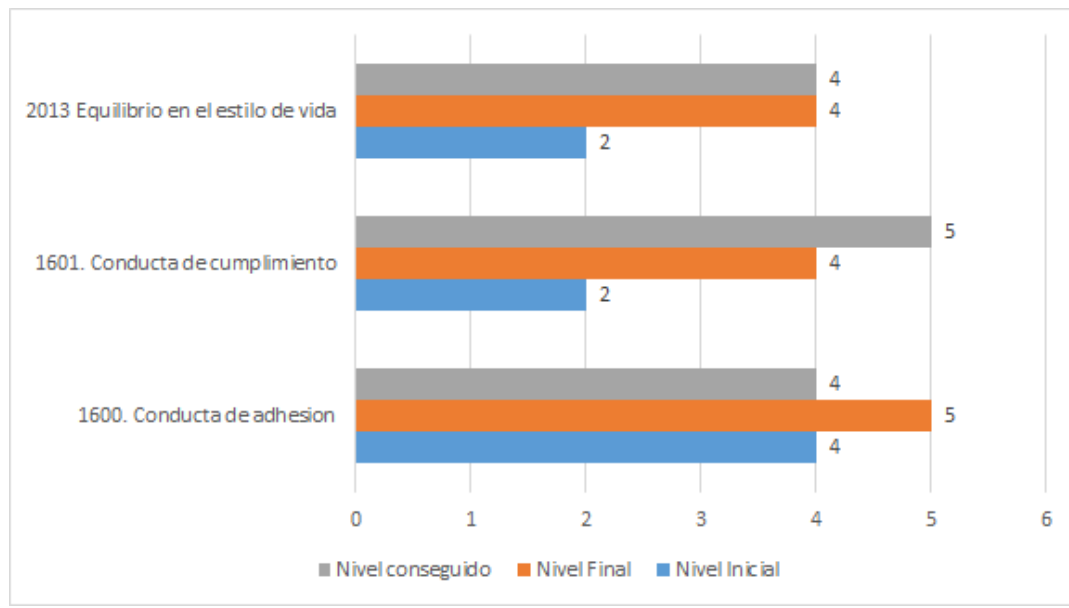


Figura 8: Resultados del Diagnóstico de Planificación ineficaz. Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Referente a la planificación ineficaz [00199] relacionado con el trastorno psiquiátrico, se constata que el nivel conseguido en el equilibrio en el estilo de vida es satisfactorio. La conducta de adhesión se ha mantenido constante y destacar la mejora en la conducta de cumplimiento, mejorando los niveles deseados.

8.1. Grafica general (AREA / AMBITO)

Este gráfico permite ver en qué áreas/ámbitos hay que trabajar más porque no se ha llegado al objetivo 5.



Figura 9: Resultado General

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

8.2. Gráfico. Ponderación

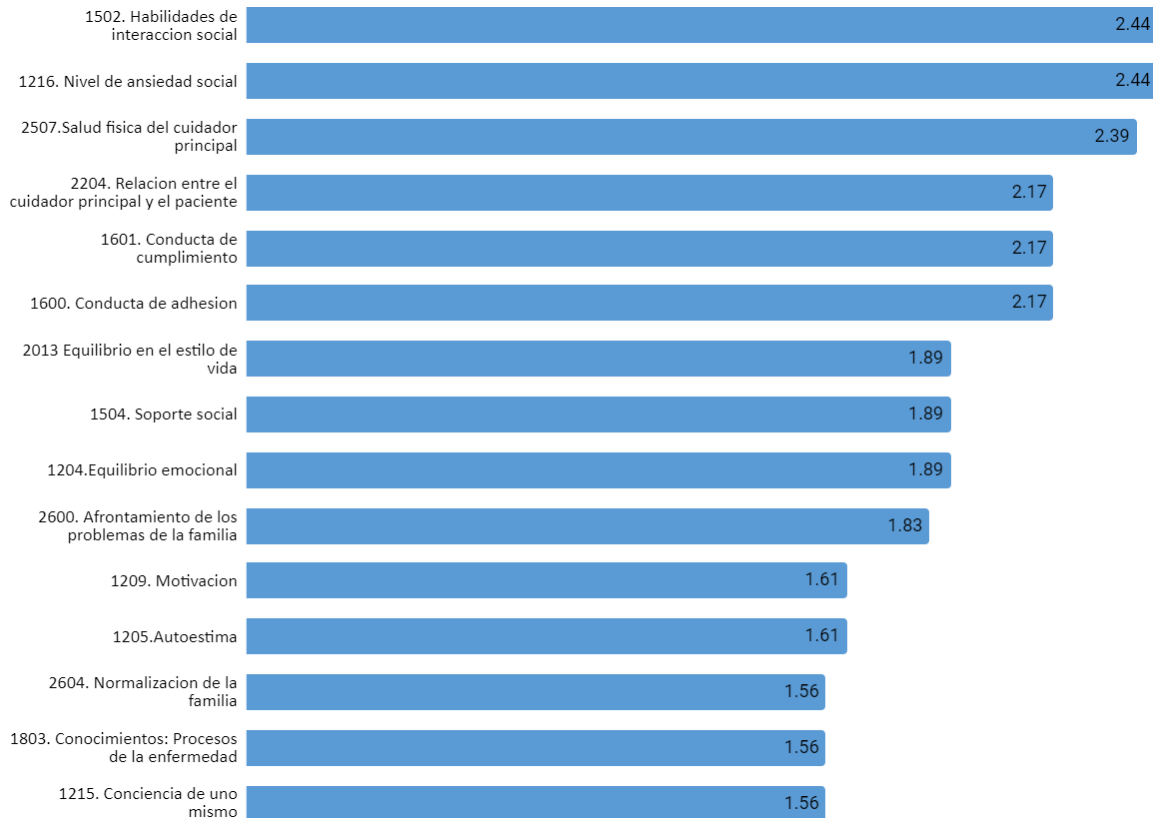


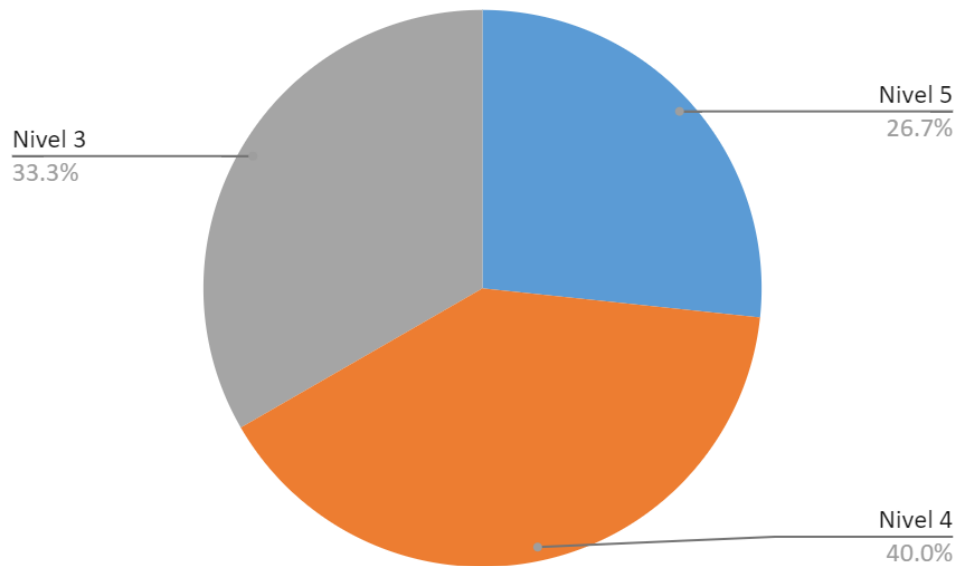
Figura 10: Resultados de Ponderación

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

La figura 10 muestra el resultado de ponderar los valores obtenidos en los 3 niveles puesto que es los logros obtenidos tienen que ser valorados en la medida de que se parte de determinados niveles iniciales. Habrá resultados obtenidos que merecen especial atención teniendo en cuenta que se ha partido de un nivel 1 como por ejemplo: conciencia de uno mismo, afrontamiento de los problemas de la familia, conocimientos: proceso de la enfermedad.

Finalmente, es pertinente utilizar un gráfico para mostrar el total de objetivos obtenidos para reflejar de manera global los resultados del paciente. El paciente tiene un 26,7% de los objetivos obtenidos, pero a pesar de que el porcentaje pueda ser decepcionante debe ponerse en valor todos los avances obtenidos con él hasta conseguir llevarle hasta un 40% del nivel 4 (Equilibrio emocional, soporte social, equilibrio en el estilo de vida).

8.3. Figura 11: Porcentaje de resultados sobre el total de Objetivos Obtenidos



¿Cuáles son las del nivel 3?

- 1215. Conciencia de uno mismo. Este objetivo no fue alcanzado por el paciente quedándose en un nivel inferior al propuesto inicialmente. El paciente ha mejorado, mostrando interés para seguir evolucionando. Por lo que se ha pensado proponer al paciente nuevas actividades relacionadas con la mecánica ya que este ha manifestado su gusto por ello. A su vez creemos que esto será de ayuda para aumentar los contactos interpersonales en un entorno donde el paciente se siente cómodo y valorar sus capacidades personales lo cual le hagan consciente de lo que está consiguiendo.
- 2604- Normalización de la familia Este objetivo no fue alcanzado por el paciente quedándose en un nivel inferior al propuesto inicialmente. El cambio que se puede apreciar en el paciente/familia es significativo, ya que muestran una gran motivación para afrontar la enfermedad y ayudar a su familiar en todo lo necesario. Es por eso que el paciente dice que se encuentra más capaz para hacer su vida más normal.
- 1803- Conocimientos: Procesos de la enfermedad. Este objetivo no fue alcanzado por el paciente quedándose en un nivel inferior al propuesto

inicialmente. El paciente ha aprendido más respecto a su enfermedad, pero es cierto que hay momentos que muestra desinterés y rechazo a las explicaciones del personal.

- 1209- Motivación. Este objetivo no fue alcanzado quedándose a un nivel inferior al propuesto. El paciente ha interiorizado y focalizado los objetivos poniendo pequeñas metas a diario lo cual han reforzado las ganas de mejor día a día. Ha utilizado un dietario para escribir lo que ha conseguido todos los días para en momentos de dudas o recaída poder recordar hasta donde está llegando.
- 1205- Autoestima. Este objetivo no fue alcanzado por el paciente quedándose en un nivel inferior al propuesto inicialmente. El paciente ha aumentado la seguridad en sí mismo y ha mejorado significativamente, la muerte de uno de sus amigos cercanos ha causado un receso en el proceso lo que ha dificultado las actividades ya que el paciente se encontraba apático

9. DISCUSIÓN

A lo largo de la evaluación del presente caso clínico se han realizados diversas intervenciones con el paciente para lograr la consecución de unos objetivos definidos. Habiéndose logrado un 60% de éstos y, por consiguiente, un 40% no se logra. A continuación, se detallan los objetivos no logrados sobre los que habrá que plantear un reforzamiento de la intervención profesional.

Por un lado, estarían dos objetivos íntimamente ligados, 1509-Habilidades interacción y 1205-Autoestima, sobre los que el paciente se ha quedado a un nivel inferior al propuesto inicialmente. En ambos objetivos se ha visualizado mejoras, pero habrá que trabajar en nuevas actividades que ayuden a aumentar los contactos interpersonales al tiempo que se trabaje de manera terapéutica el reforzamiento de la autoestima. Pequeña y Escurra³² señalan que todas las personas deben tomar conciencia de reconocerse como seres únicos y de sentirse respetados. En la medida en la que el paciente vaya mejorando su autoestima en paralelo se deberá trabajar la 1600- Conducta de adhesión. Conseguir su participación en charlas con personas que puedan estar en su situación puede aportarle una experiencia enriquecedora que le ayude a ver las posibilidades de éxito de otros pacientes.

Por otro lado, en el caso analizado está el aspecto vinculado al ámbito familiar. No se han alcanzado los objetivos dadas las dificultades por parte de la familia para llegar al centro asistencial, aunque los encuentros con la familia han tenido efectos muy positivos en el paciente. Es por esto que la coordinación del profesional enfermero con la trabajadora social que es responsable de su caso, puede ser una intervención muy oportuna para este paciente. Aunque, como señalan Rebolledo y Lobato³³, hay que ser conscientes de que, tanto familiares como cuidador principal, presentan síntomas de fatiga y cansancio¹⁰ por lo que no habrá de descuidar la atención a los familiares.

En este sentido, Montero y Asencio³⁴, señalan que, aun siendo escasos los métodos para evaluar las intervenciones con la familia de aquellos que sufren una esquizofrenia, los programas de intervención familiar con pacientes con esquizofrenia presentan una eficacia considerable.

Finalmente, y como se ha visto a lo largo de este trabajo, la esquizofrenia es un

trastorno que se caracteriza por la aparición de síntomas que van provocando en el paciente un cierto grado de discapacidad, sobre todo con el paso del tiempo, en el que va progresando un deterioro que disminuye el funcionamiento cognitivo y relacional. Las personas con esquizofrenia no sólo padecen la enfermedad con mayores o menores síntomas, sino que todo esto afecta a su vida laboral y las relaciones sociales debido a su propia incapacidad o deterioro para la toma de decisiones, control de sus emociones, pensamientos y actuaciones racionales.

Es una enfermedad compleja y persistente que acaba en muchas ocasiones con aislamiento social, deterioro cognitivo provocando el rechazo social de familiares, amigos y pareja. La asociación española de neuropsiquiatría³⁵ recuerda que es necesario un sistema de recursos y servicios que aúnen la labor de todos los profesionales que trabajan con estos pacientes. Es necesario la colaboración entre sistema sanitario a través de los servicios de salud mental, unidades hospitalarias, hospitales de día y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados por lo que pasa el paciente.

10. CONCLUSIÓN

Una vez finalizado el Plan de cuidados de un paciente diagnosticado de esquizofrenia, es obvia la importancia de individualizar los cuidados de estos pacientes. La labor de enfermería es de gran valor en el tratamiento de estos pacientes, siendo de gran relevancia el papel que juega el personal sanitario en la mejora y el aumento de la calidad de vida de los pacientes. También ayudan al afrontamiento de la enfermedad gracias al trabajo no solo del personal de enfermería, sino de todo el equipo multidisciplinar. En cuanto a la implicación de la familia, se sabe que es algo que mejora significativamente la evolución y el afrontamiento de la enfermedad, pero siendo consciente, que el personal sanitario no puede suplir totalmente ese apoyo.

11. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ramírez Jirano LJ, Velasco Ramírez SF, Pérez Carranza GA, et al. Citocinas y sistema nervioso: relación con la esquizofrenia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2019;57 (2):107-112.
- (2) Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín-Colombia. Aquichan. 2017; 17(3): 305-315.
- (3) World Health Organization: Mental health action plan (2013-2020). Organización mundial de la salud. Ginebra, Suiza:
- (4) Aragón Moyano F. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. Ene. [Internet]. 2014 mayo [citado 2020 abril 08]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2014000100011&lang=es
- (5) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.
- (6) Sáiz Ruiz J, Bobes García J: Vallejo Ruiloba J: Giner Ubago J: García-Portilla González MP- Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica - Actas Esp Psiquiatr 2008
- (7) Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. Salud Ment. México. 2014; 37 (1) 1-101.
- (8) Batinic B -Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment -Psychiatria Danubina.2019 vol. 31, 181-184
- (9) World Health Organization- Schizophrenia: Centro de Prensa-Organización Mundial de la Salud (OMS),2019

- (10) Moller Rebolledo S; Lobato Rodríguez MJ: Como afrontar la esquizofrenia, una guía para pacientes y familiares: Aula medica ediciones. Galicia: España:1994
- (11) González González, L; Prat Reixach, E; Morales Prades, M.: Artero Morales, MC; Alonso Ortega, A. y Roldán Merino, J. -Estudio del Estigma de la Esquizofrenia en los Estudiantes de Enfermería: 1-5
- (12) Flores Arredondo A -Cuidado de enfermería en pacientes adultos con esquizofrenia, servicio de medicina general, Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega, Abancay- Apurimac, 2014-2016
- (13) National Collaborating Centre for Primary Care (UK). -Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence-Royal College of General Practitioners (UK);London: 2009 Jan
- (14) Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J. La Adherencia en la Esquizofrenia y otras psicosis. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria 2009; 9 (1): 29-46.
- (15) García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería de salud mental. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38 (Supl.1): 1-45
- (16) Velasco Velado C, Álvarez López MA: Proceso de atención al paciente crónico complejo en salud mental: Consejería de Sanidad Castilla y León. Valladolid: 2005.
- (17) Montes JM, Maurino J, Diez T, Saiz-Ruiz J. Factors associated with the effectiveness of a telephone-based nursing strategy for enhancing medication adherence in schizophrenia. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 2011; 7: 117-119.
- (18) Padilla MN et al. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardíaca. Metas de Enferm. 2011; 14 (3): 22-26.
- (19) Richmond C, Ross NA, Egeland GM. Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of indigenous Canadians. American Journal of Public Health, 2007; 97 (9): 1827-1833.
- (20) Di Matteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a metaanalysis. Health Psychol. 2004; 23: p207-218.
- (21) Cerezuelo J, García S. Terapéutica en APS: Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC 2007; 637-647.

- (22) Patel MX, David AS. Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it? *Advances in psychiatric treatment*, 2005: 203-211.
- (23) Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence* 2013; 1171-1180.
- (24) Rodríguez MJ, Castillo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. *Index Enfermería* 2011 vol. 20 n.º 3 160-164.
- (25) Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Revista Presencia* 2006
- (26) González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Global*. 4 ,2 (1)
- (27) NNNconsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020 [Internet]. NANDA International; c2020 [citad 2020 abril 27]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
- (28) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier-España; 2018.
- (29) Bulechek G, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier-España; 2013.
- (30) Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (31) Heinrichs, Thomas E. Hanlon, and William T. Carpenter, Jr. The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome
- (32) Pequeña, J- Ecurra L.M- Efectos de un programa para el mejoramiento de la autoestima en niños de 8-11 años con problemas específicos de aprendizaje- *Revista IIPSI*-(9)-1,9-22
- (33) Moller Rebolledo S: Lobato Rodríguez MJ: Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para pacientes y familiares: Aula médica ediciones. Galicia: España:1994

- (34) Montero I, Asencio A. La intervención familiar en el tratamiento integral de la esquizofrenia.2002
- (35) Asociación española de neuropsiquiatría: Esquizofrenia: España:2008,251-259