

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

EL ESTIGMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autora: Ylenia Quintero Santana

Tutor: José Miguel Munarriz

2017/2018

Fecha de lectura: Julio 2018



ÍNDICE

<i>Ítems</i>	<i>Página</i>
Introducción.....	4
Información previa.....	7
Análisis Descriptivo.....	8
- Análisis histórico.....	8
- Ajuste premórbido.....	8
- Factores de predisposición.....	9
- Historia clínica.....	10
- Factores desencadenantes.....	12
Análisis situación actual.....	12
- Evaluación psicopatológica actual.....	12
- Evaluación áreas de funcionamiento.....	15
Autocuidados.....	15
Hábitos de vida saludables.....	16
Habilidades de afrontamiento.....	16
Capacidades cognitivas.....	16
Autonomía básica.....	16
Autonomía social.....	17
Capacidad laboral.....	17
Relación con el tratamiento.....	17
Familia, red social, residencia.....	17
Recursos comunitarios.....	19
Análisis funcional.....	19
- Áreas problema.....	19
Plan Individualizado de Rehabilitación	
- Formulación del caso.....	20
- Diseño del PIR y metodología de la intervención.....	23

- Objetivo General.....	23
- Objetivos específicos e intervenciones.....	24
- Evaluación.....	28
- Reflexión personal.....	29
- Mi experiencia como profesional.....	30
- Bibliografía.....	31
- Anexos.....	32

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre un caso real. El usuario tiene 51 años y es residente en la isla de Gran Canaria. En 2013, a los 46 años, se sitúa el inicio de la sintomatología y su primer contacto con la red de salud mental. Desde este comienzo, el usuario ha ingresado en dos ocasiones (esta representa la segunda) en la Unidad de Internamiento Breve y ha presentado seguimiento posterior en su Unidad de Salud Mental de referencia hasta ahora de forma irregular. Al alta de este ingreso y desde el estrecho seguimiento en su Unidad de Salud Mental contando también con el apoyo y refuerzo de su pareja actual, se pretende trabajar con el usuario desde la perspectiva del empoderamiento, ofreciéndole las herramientas necesarias para que el mismo alcance mayor autonomía, calidad de vida y potenciando su integración a nivel comunitario.

Palabras clave: Enfermedad mental/ Trastorno mental, Trastorno Esquizoafectivo, Rehabilitación Psicosocial, Plan individualizado de Rehabilitación, Afrontamiento, Calidad de vida, Estigma.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre un caso real con el que he trabajado desde la perspectiva de enfermera especialista en Salud Mental, que es la profesión que ejerzo actualmente en la Unidad de Internamiento Breve del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de la isla de Gran Canaria.

Se trata de un varón de 51 años que ingresa por segunda vez en la Unidad de Internamiento Breve y cuyo diagnóstico al alta es Trastorno Esquizoafectivo.

Los criterios establecidos para el diagnóstico del **Trastorno Esquizoafectivo** según el DSM-V son:

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado o síntomas negativos, como por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia).

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica. ⁽¹⁾

Partiendo de este inicio, actualmente, se considera la rehabilitación psicosocial como el proceso por el que la persona con Trastorno Mental Grave pueda llegar a recuperar aquellos recursos cognitivos, emocionales y sociolaborales que son necesarios para vivir de forma adecuada o normalizada. ⁽²⁾

Esta recuperación va más allá del control de los síntomas y la gestión de la medicación, y comprende elementos como el crecimiento personal, la integración en la sociedad, la

asunción de responsabilidades, el aumento de la independencia personal y una mejor calidad de vida. ⁽³⁾

En relación a esto, y desde el ámbito de enfermería en el caso descrito a continuación, se realizan una serie de intervenciones propias del ejercicio profesional y enfocadas a la recuperación de la persona con Trastorno Mental Grave.

Estas intervenciones comienzan por llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, el cual constituye un método científico para aplicar el modelo teórico enfermero y poder administrar cuidados de enfermería organizados. Se caracteriza por ser flexible, dinámico, interactivo y sistemático ⁽⁴⁾.

Según R. Alfaro, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales ⁽⁵⁾.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Todas ellas tienen como elemento clave y común la importancia del establecimiento de la alianza terapéutica como herramienta principal que permite obtener información del paciente, exponer los diagnósticos enfermeros a resolver, planificar las intervenciones y aplicarlas y, por último, evaluar la respuesta a la puesta en práctica de las mismas.

Trabajar desde la perspectiva enfermera empleando este proceso, supone describir de forma exhaustiva las necesidades que pueda presentar la persona en su conjunto, teniendo en cuenta la importancia del modelo holístico para su completa valoración.

Desde enfermería no sólo se trata, pues, de llevar a cabo una serie de procedimientos y protocolos establecidos para la praxis diaria sino, lo más importante, de realizarlos acompañando al paciente, potenciando su autonomía y supliendo aquellos déficits que en ese momento precisen de dicha asistencia.

Por tanto, el proceso terapéutico va a tener como principal protagonista al usuario, al que la profesión enfermera, ejercida por mí en este caso, tratará de fomentar su propio autocuidado y, con ello, de ofrecer las herramientas necesarias para implicar al mismo en su íntegra recuperación.

Teniendo como referencia este proceso de atención profesional, se describirán a continuación cada una de las etapas del PIR del caso escogido para su exhaustiva valoración y finalmente se expondrá una reflexión acerca del caso y desde la perspectiva como profesional de la enfermería que he ejercido durante su estancia hospitalaria.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

Datos biográficos e información previa de los problemas que presenta el individuo expresados de forma general.

Nombre: AS

Sexo: Hombre

Edad: 51 años

Fecha de nacimiento: 26/11/1966

Fecha de ingreso: 1/02/2018

Fecha de alta: 31/03/2018

Varón de 51 años que acude al Servicio de Urgencias Psiquiátricas traído por su pareja para valoración de ingreso hospitalario por alteraciones conductuales en el medio familiar (había acudido una semana antes con impresión diagnóstica de clínica psicótiforme reactiva a situación de estrés laboral). Cuenta con un único ingreso anterior (2013) en la Unidad de Internamiento Breve con diagnóstico al alta de “Episodio psicótico agudo transitorio sin especificación” y seguimiento posterior por la Unidad de Salud Mental de Vecindario (zona en la que reside actualmente). Aquí es dónde se sitúa el inicio de los problemas y la sintomatología. Nueva recaída en 2016 (episodio psicótico) que se maneja ambulatoriamente, abandonando el paciente posteriormente el seguimiento. El diagnóstico del ingreso actual es Episodio psicótico.

La clínica que presenta actualmente son ideas delirantes de perjuicio hacia su vecino, presencia de alucinaciones auditivas, conductas de desorganización, afecto hipotímico e insomnio mixto. Escaso insight.

Delimitación de primeros objetivos para el PIR.

Los objetivos a trabajar con el usuario al alta son:

- **Fomentar hábitos de vida saludables** (estructuración del sueño).
- **Mejora del autocuidado** (higiene personal, vestido, alimentación).
- **Aumento del afrontamiento personal y social** (autocontrol y afrontamiento al estrés, habilidades sociales, solución de problemas).
- **Retomar su ocupación laboral.**

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Análisis histórico.

Historia personal y socio-familiar

Natural de Cuba y residente en España (Gran Canaria) desde hace 23 años. Raza negra. Hijo único, sus padres permanecen en Cuba. Gestación y parto en condiciones normales. Infancia en desarrollo normal con buena adaptación académica y social. Al iniciar los estudios de secundaria, episodios de acoso por parte de sus compañeros de clase ya que el círculo de amistades del paciente lo constituyen fundamentalmente mujeres (con las que sale de forma muy esporádica), algo que suscita la burla en su contra. El paciente vive con mucha angustia esta etapa, por lo que decide abandonar los estudios (con 18 años) e indagar sobre algún ciclo superior. No termina por completar ningún estudio. Con respecto al entorno familiar y al ser hijo único, este aspecto rompe el esquema de sus padres que habían puesto mucha esperanza en el futuro de su hijo. Criticismo y hostilidad por parte también de su padre por el círculo de amistades del paciente. Frecuentes discusiones. Por lo que el paciente decide emigrar a la edad de 28 años a España (Gran Canaria) en busca de empleo y con el objetivo de independizarse de su entorno familiar. Empieza a trabajar de dependiente en la isla y conoce a su actual pareja (J.J) con la que reside en la actualidad y que constituye su mayor apoyo. Desde su traslado a la isla, la relación con sus padres es muy distante, no aceptan su orientación sexual ni tampoco su relación sentimental, tan sólo contactando con el paciente una o dos veces al mes vía telefónica. Abuelos paternos fallecidos, nula relación con abuelos maternos. Frecuente inestabilidad laboral en el presente, ha sido agredido verbalmente por compañeros de trabajo por cuestiones de su raza y su patología mental.

Ajuste pre-mórbido.

- Déficit en habilidades de afrontamiento. El paciente emplea la evitación como método para solventar los conflictos que le generan estrés (abandona los estudios tras sufrir acoso, abandona su tierra natal tras un clima marcado por el criticismo y la tensión en el medio familiar...).
- Aislamiento social.

Factores de predisposición.

Estresores psicosociales: cambio de lugar de residencia (AS nace y vive en Cuba hasta los 28 años y a partir de esta edad emigra y vive actualmente en España, en la isla de Gran Canaria).

Tipo de relaciones sociales con iguales: su infancia fue buena adaptándose sin problemas al centro educativo al que acudía. De su etapa en secundaria recuerda burlas continuas de sus compañeros de clase por su grupo de amistades (fundamentalmente mujeres con las que salía de forma muy esporádica).

Fracaso escolar: a los 18 años deja los estudios y decide indagar sobre algún ciclo superior. No termina por completar ningún estudio.

Déficit en habilidades de relación social: En su etapa de secundaria se relaciona con un grupo de amigas con las que sale pero que no constituyen una red social de apoyo para el paciente. Se siente rechazado y acosado por sus otros compañeros de clase que se burlan de este círculo de amistades.

Trastornos psicológicos de la familia: la familia de AS no presenta antecedentes psiquiátricos.

Modelado de la familia: la madre de AS trabaja como limpiadora en Cuba y su padre está jubilado actualmente. Es hijo único. Clima familiar caracterizado por frecuentes discusiones (sobre todo entre el padre de AS y éste), faltas de respeto y tensión entre ambos por la orientación sexual del paciente. Criticismo y hostilidad por este motivo y al abandonar el paciente sus estudios, decisión que los padres de AS no aprueban y por lo que también manifiestan un intenso malestar.

Apoyo y forma de relación: la relación de AS con su padres actualmente es muy distante, comunicándose con ellos vía telefónica una o dos veces al mes. Abuelos paternos fallecidos, nula relación con abuelos maternos. Su mayor apoyo en el presente es su pareja (JJ) con la que convive en la isla. Conflictividad en el medio laboral (trabaja como dependiente) actual con agresiones verbales por parte de sus compañeros de trabajo por cuestiones de raza y presencia de patología mental por parte del paciente. No existencia de otra red de apoyo.

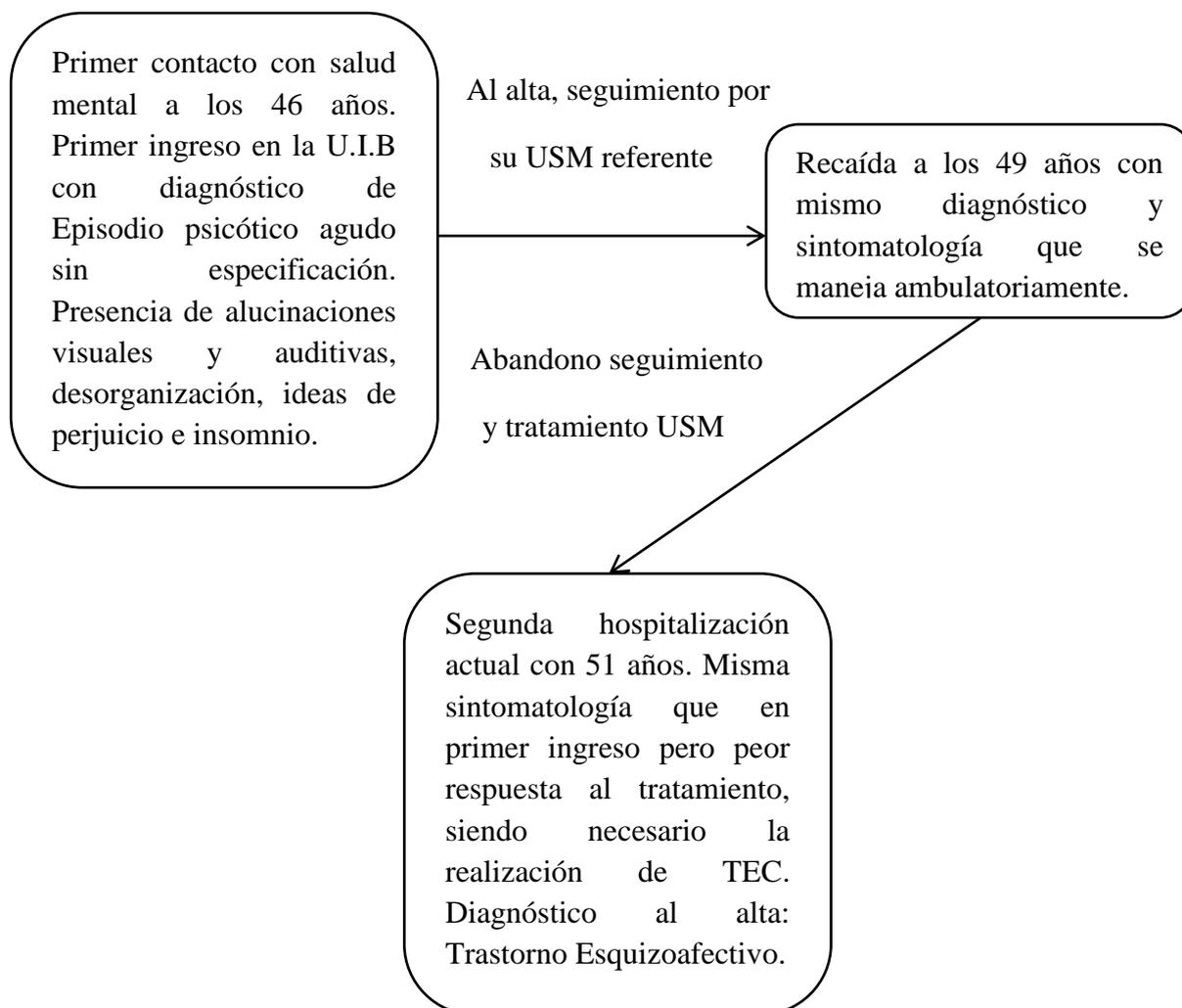
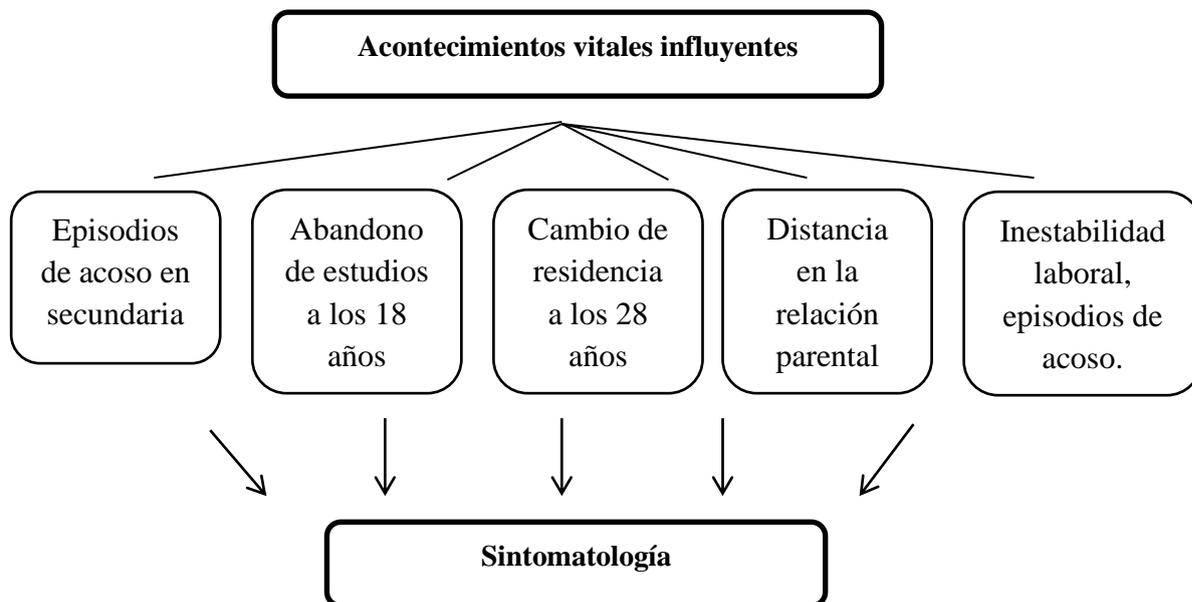
Historia clínica.

Primer contacto con salud mental en 2013 (a los 46 años) en contexto de estrés ante situación laboral inestable por el acoso por parte de algunos compañeros de trabajo. En este momento es necesario el ingreso del paciente por primera vez en la Unidad de Internamiento Breve del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (durante 1 mes) por presencia de alucinaciones visuales y auditivas, conductas de desorganización, ideas de perjuicio hacia sus vecinos e insomnio mixto. Al alta, se le remite a seguimiento en su Unidad de Salud Mental de referencia (Vecindario) con el diagnóstico de Episodio psicótico agudo transitorio sin especificación. En notas de seguimiento consta remisión rápida de sintomatología psicótica, por lo que no vuelve a presentar una recaída hasta 2016 (a los 49 años) con el mismo diagnóstico y la misma sintomatología, que se maneja ambulatoriamente. Tras esta recaída, el paciente abandona el seguimiento y tratamiento en su Unidad de Salud Mental.

No es hasta febrero de 2018 cuando se produce la segunda hospitalización, con 51 años. El paciente es ingresado de nuevo en la UIB con diagnóstico de Episodio psicótico (con la misma sintomatología que en su anterior ingreso en 2013) y bajo los mismos factores desencadenantes (situación laboral poco estable). La duración de este último ingreso es algo mayor (2 meses) y es preciso la realización de TEC por no remisión de la sintomatología que presenta el usuario tras varios ajustes de tratamiento farmacológico. Al alta, es derivado nuevamente a su Unidad de Salud Mental de referencia. Tanto el paciente como su pareja afirman que del primer ingreso salió “bien, incluso mejor que cuando ingresó” y que desde entonces y en los años posteriores ha tenido mayor deterioro, persistiendo afecto hipotímico de forma crónica y aislándose progresivamente en su domicilio.

Diagnóstico actual: **Trastorno Esquizoafectivo (F25).**

Esquema línea de vida



Factores desencadenantes.

Estrés relacionado con el desarrollo de la vida laboral: a los 46 años se describe el inicio de la sintomatología psicótica y la desorganización conductual (en contexto de inestabilidad y conflictividad en el medio laboral por frecuentes agresiones verbales por parte de sus compañeros de trabajo).

Incumplimiento del tratamiento farmacológico: Desde su segunda recaída a los 49 años el paciente abandona en este momento todo seguimiento y tratamiento en su Unidad de Salud Mental de referencia, por lo que a los 51 años precisa nuevamente de ingreso hospitalario en la unidad de agudos.

Déficit en estrategias de afrontamiento personal y social: el paciente ha vivido siempre con mucha angustia y sin presencia de habilidades de afrontamiento ante las burlas y críticas tanto por sus compañeros de clase y sus padres (por su orientación sexual) como por sus actuales compañeros de trabajo (por motivo de su raza y presencia de patología mental).

Análisis de la situación actual.

- 1) Evaluación de los síntomas clínicos actuales:

Para la evaluación psicopatológica del usuario se ha empleado la **escala BPRS** o **Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Anexo 1)**. La **escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)** es una escala de calificación utilizada por el facultativo o investigador que se usa para medir síntomas psiquiátricos como depresión, ansiedad, alucinaciones y comportamiento inusual. La escala es una de las más antiguas y ampliamente utilizadas para medir los síntomas psicóticos y se publicó por primera vez en 1962⁽⁶⁾.

La escala Likert de 7 valores, oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave). Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación. El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista (1 semana).

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, pudiendo oscilar entre 18 y 126.

La puntuación en el **cluster de síntomas negativos** se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 (aislamiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 4 y 28.

La puntuación en el **cluster de síntomas positivos** se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenido inusual del pensamiento). Su puntuación también oscila entre 4 y 28.

Con esta versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 5 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:

- 0-9: ausencia del trastorno.
- 10-20: trastorno leve o “caso probable”.
- 21: trastorno grave o “caso cierto”⁽⁷⁾.

La escala empleada para el caso escogido ofreció el siguiente resultado:

- Una puntuación de 6 en relación a los síntomas negativos que presenta el usuario.
- Una puntuación de 20 en relación a los síntomas positivos que presenta el usuario.
- Una puntuación total de 40 en relación a la valoración total de los 18 ítems de la escala empleada para el caso.

En resumen, y con la puntuación descrita y recogida a través de una entrevista al usuario, se obtiene que el mismo presenta trastorno grave o “caso cierto”. Como síntomas patológicos, se objetivan los siguientes:

- Alucinaciones visuales y auditivas egodistónicas.
- Ideas de perjuicio hacia sus vecinos.
- Irritabilidad.
- Angustia psicótica.
- Labilidad emocional.
- Afecto hipotímico.
- Desorganización conductual.
- Apatía, abulia. Aislamiento.
- Déficit de capacidad de afrontamiento.

Asimismo, es conveniente emplear otra escala con el objetivo de conocer el nivel de sintomatología depresiva (dado el afecto hipotímico que presenta el paciente) que puede padecer el usuario. Para ello, se ha utilizado la **escala de Hamilton (Anexo 2)**.

La **escala de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)** es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23 ⁽⁸⁾

La escala de Depresión de Hamilton no está pensada para el diagnóstico sino para la evaluación del estado de pacientes a los que previamente se les ha diagnosticado con depresión mayor. Sin embargo, a pesar de ser este su objetivo original, **también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en otros problemas y condiciones** ⁽⁹⁾.

En el caso concreto, al completar la escala ya descrita, se obtuvo una puntuación de 11, con lo que el paciente presenta una Depresión ligera/menor bajo su traducción.

Tras valorar la sintomatología actual del paciente, se hace preciso analizar la interacción entre los factores que contribuyen a disparar la sintomatología o por el contrario son amortiguadores de la aparición de los síntomas:

Factores de riesgo

- Ausencia de habilidades de afrontamiento personal, social y emocional.
- Déficit en habilidades sociales y aislamiento social y familiar.
- Abandono de tratamiento.
- Falta o inadecuación de soporte económico y ocupacional.

Factores de protección

- Disposición para el cambio.
- Habilidades sociales y apoyo familiar adecuado. Red de apoyo social.
- Toma de medicación.
- Ambiente seguro. Buen soporte económico y ocupacional.

2) Evaluación de las áreas de funcionamiento o áreas vitales:

Para su evaluación se describen a continuación cada una de las áreas de la clasificación realizada por Blanco, Navarro y Pastor.

- Competencias o habilidades personales

Autocuidados

El paciente presenta déficit de autocuidados en relación a la higiene, el vestido y la alimentación. Debido a la desorganización conductual que presenta, ingresa en la Unidad con la necesidad de una suplencia parcial (supervisión y ayuda) en estas áreas ya que se presente evidentemente desaliñado, empleando ropa sucia y con dificultad para una ingesta ordenada (come con las manos y mezcla alimentos de una forma muy extravagante).

En el domicilio (confirmado también por su pareja) no siempre se asea diariamente, viste ropa sin conjuntar y no acorde a la estación (además de repetir vestimenta evidentemente sucia) y no presenta una rutina alimentaria (picotea a deshora, gusto por la bollería y por no mantener unos horarios estables de comidas).

Hábitos de vida saludables

El paciente presenta un deterioro importante de los hábitos de vida saludables. Debido a la inestabilidad laboral actual, el paciente se ha ido aislando progresivamente, cada vez en mayor medida, en su domicilio. En éste, la mayor parte del día permanece dormitando y picoteando cuando tiene hambre, sin ninguna otra actividad, por lo que el sueño está también muy desestructurado (sus horas de descanso se reducen mucho en la noche al pasar tantas horas acostado en el día).

Habilidades de afrontamiento

El paciente presenta un severo déficit en relación a las habilidades de afrontamiento. Desde su edad adolescente, ha empleado la evitación como forma de afrontamiento ante las críticas y burlas por su orientación sexual, raza y presencia de patología mental (en esta primera época por parte de sus compañeros de clase y actualmente por sus compañeros de trabajo). Esta situación provoca en el paciente una situación de retraimiento, lo que hace que se aisle socialmente y únicamente se relacione con su pareja actual. No tiene ninguna otra red de apoyo en el presente.

Capacidades cognitivas

Las capacidades cognitivas del paciente permanecen conservadas, a excepción de un deterioro leve en la memoria.

En la actualidad, el usuario presenta una buena concentración (en los meses que ha estado trabajando tampoco ha tenido problemas en este sentido) y atención. No obstante, sí que se puede apreciar un deterioro leve en la memoria, quizá algo más acentuado actualmente tras la realización del TEC. El propio paciente afirma que siempre ha tenido “algunos olvidos” en el pasado y que, a veces, en el momento actual le es difícil “recordar algunas cosas, como lo que he comido en el desayuno de antes de ayer”.

Autonomía básica

El paciente es independiente para el manejo del dinero y el transporte. En los meses que ha acudido a su actual empleo no ha tenido problemas en relación al manejo del transporte público (acude en autobús todos los días). Asimismo, por deseo del propio usuario, tiene una cuenta corriente dónde guarda todo el dinero que gana con su empleo.

No realiza gastos excesivos. Sin embargo, económicamente, su sueldo y el de su pareja resulta muy escaso por lo que, a este nivel, presentan ciertas carencias lo que les ha obligado algunas veces a solicitar algún ingreso económico por parte de los progenitores de su pareja actual.

Autonomía social

El paciente no sale demasiado de su domicilio en la actualidad por lo que sus actividades de ocio son inexistentes. Presenta mucho gusto por el baile clásico pero en ningún momento se ha interesado por indagar sobre alguna actividad relacionada con esto y mucho menos se ha llegado a inscribir en alguna.

Capacidad laboral

El paciente tiene muy buena motivación laboral. Es una persona constante y se esfuerza por realizar adecuadamente su trabajo actual. Sin embargo, debido a los problemas que ha tenido a este nivel, cada vez tiene mayor apatía por lo que incluso ha estado pensando en el reconocimiento de una minusvalía y así poder ser beneficiario de una pensión.

Relación con el tratamiento establecido

El paciente ha tenido actitudes de escasa o nula adherencia al tratamiento prescrito en el pasado. En el momento actual se compromete a tomarse la medicación al alta y a tener seguimiento por parte de su Unidad de Salud Mental de referencia. Maneja su medicación y la conoce, aunque su toma siempre está supervisada por su pareja, algo que el paciente aprecia y agradece (ya que muchas veces le recuerda que debe tomarla si se despista).

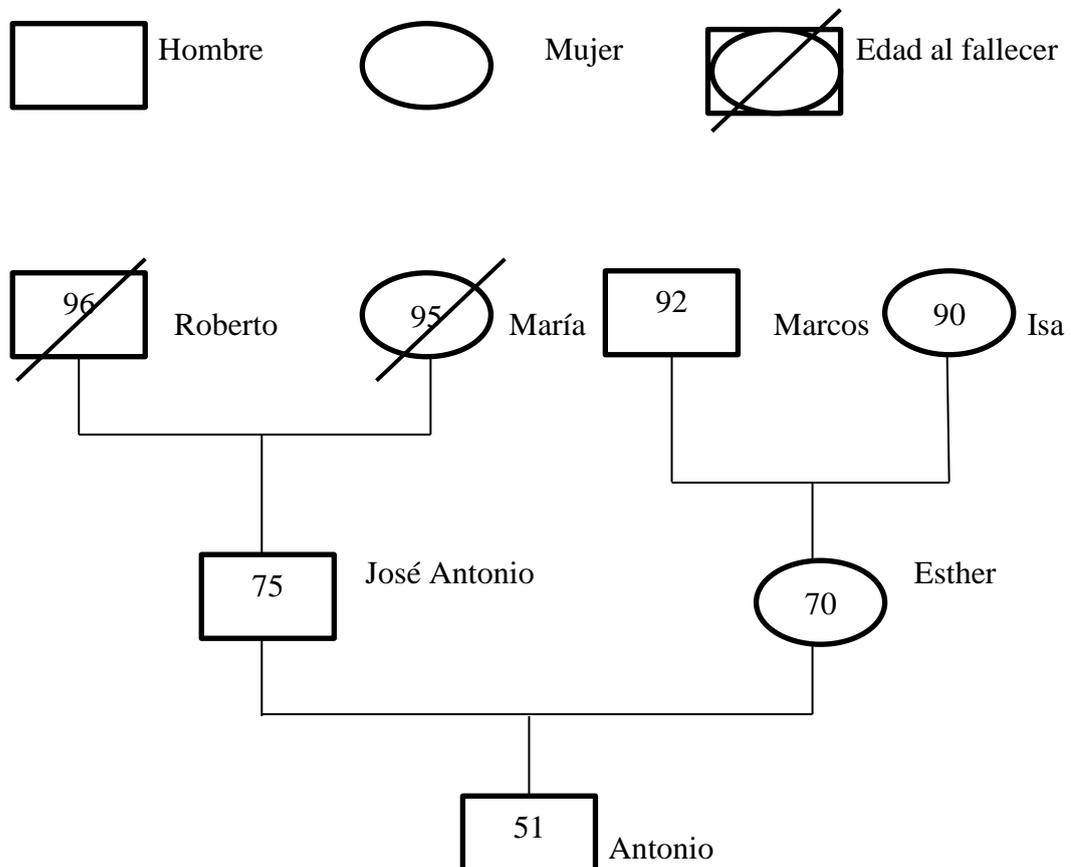
- Soportes o apoyos sociales

Familia, red social, residencia

Actualmente el paciente presenta un distanciamiento importante de sus padres (él reside en Gran Canaria y sus padres permanecen en Cuba) con los que habla de forma telefónica únicamente una o dos veces al mes como mucho. Es hijo único y siempre ha presentado escaso contacto con el resto de su familia. Abuelos paternos fallecidos, nula relación con abuelos maternos. Su padre (JA, 75 años) es una persona estricta y con alto

nivel de moralidad y exigencia hacia su hijo. Nunca ha entendido ni aceptado la orientación sexual del mismo e incluso la ha criticado en múltiples ocasiones, lo que por último había generado un clima familiar muy tenso y conflictivo (que es por lo que AS decide salir de Cuba). La madre (E, 70 años) por su parte es una persona más bien sumisa, no confronta a su marido ante la relación con su hijo y con éste presenta una actitud de cierta ambivalencia (por momentos lo apoya y en otras ocasiones también se suma al criticismo). El único apoyo importante que tiene en el presente al paciente es su actual pareja JJ (misma edad que el paciente). Éste le ha ayudado a sobrellevar las recaídas de la enfermedad y lo ha acompañado durante todo el proceso, siendo parte innegable de su recuperación. Su pareja trabaja como jardinero. En el momento actual, ambos comparten domicilio (propiedad de los padres de la pareja del paciente) a los que realizan un aporte económico mensual por permitirles residir en él. AS no tiene ninguna otra red de apoyo externa ya que su círculo de amistades era frágil y lo perdió definitivamente al emigrar a Gran Canaria.

Esquema árbol genealógico



Recursos comunitarios

Actualmente el paciente no usa ningún tipo de recurso comunitario cercano a la zona dónde reside.

ANÁLISIS FUNCIONAL

Áreas problema.

- Sintomatología psicótica (aparición frecuente de síntomas positivos, y permanente de síntomas negativos).
- Descuido de la salud: hábitos alimentarios ausentes o inadecuados, no ritmo regular de horarios de sueño, hábitos disfuncionales de higiene y abandono de tratamiento.
- Clima familiar tenso y conflictivo.
- Dificultades relaciones interpersonales: aislamiento social.
- Déficit habilidades de afrontamiento.

Conductas problema.

- Hábitos alimentarios ausentes o inadecuados.
- Ritmo irregular de horarios de sueño.
- Hábitos disfuncionales en la higiene.
- Aislamiento.
- Abandono de la toma de medicación.

Refuerzo.

- AS apenas sale de su domicilio y la mayor parte del tiempo la pasa durmiendo y picoteando cuando tiene hambre.
- Ausencia de contención familiar.
- Tras ajustes en su tratamiento, predomina la sintomatología defectual y sus dificultades para las relaciones interpersonales.

Efectos.

- Problemas físicos (desnutrición, anemia...). Pérdida de peso debido a la inadecuada alimentación diaria.
- Sensación por el día de cansancio e intranquilidad, inapetencia y desgana.
- Irritabilidad cuando relaciona con otros.
- Sentimientos de tristeza y falta de motivación.
- Reducción de actividades, aislamiento social.
- Reagudización de la sintomatología psicótica: alucinaciones auditivas, ideas de perjuicio y conductas de desorganización.
- Necesidad de reingreso hospitalario.
- Recaída, menor recuperación y mayor deterioro tras cada una de ellas.

FORMULACIÓN DEL CASO

Hipótesis de origen.

En el origen del trastorno mental, sin duda, influyeron un conjunto de variables de predisposición personales, ambientales y sociales que han convertido en vulnerable al principal protagonista. En relación al entorno familiar (modelado de la familia y apoyo y forma de relación), AS presenta una relación muy distante con sus padres (no aceptan su orientación sexual y en múltiples ocasiones se muestran hostiles hacia la misma). Por todo ello, el clima familiar está caracterizado por la conflictividad y la tensión, algo que marca en AS un patrón de conducta ante la presencia de problemas (evitación) y que repetirá posteriormente en otro ambiente diferente pero en el que se dan las mismas características (decide abandonar los estudios ante las burlas de sus compañeros de clase por el motivo anteriormente descrito y posteriormente emigrar de su ciudad natal con el objetivo de alejarse de la situación que experimenta con su familia).

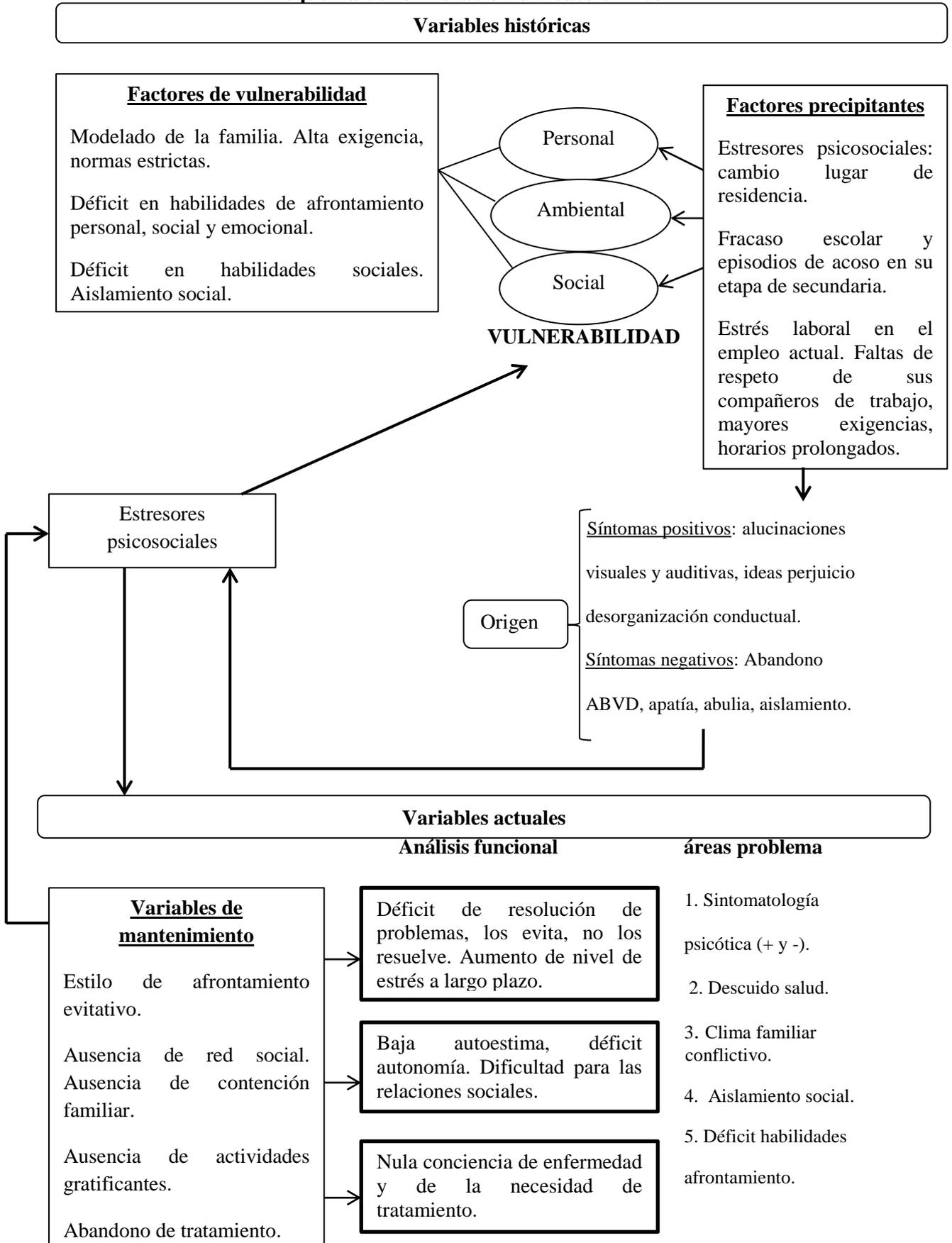
Todos estos factores se entremezclan cuando AS, ya en la isla de Gran Canaria, inicia la vida laboral. Los primeros síntomas (presencia de alucinaciones auditivas, ideas de perjuicio y conductas de desorganización) aparecen justo en este momento dónde se ponen de manifiesto una serie de aspectos como la responsabilidad de cumplir una tarea específica, de regirse por unos horarios estrictos y, nuevamente, de permanecer entre compañeros de trabajo que ya no sólo lo critican por su raza sino, además, por la

presencia de su patología mental de la cual están informados. Todo ello, hará que el paciente reviva con mucha angustia esta situación (ya experimentada por el mismo), lo cual desencadenará en su ausencia de su actual puesto de trabajo (con el consiguiente aislamiento social), la búsqueda de protección en un ambiente en el que se siente seguro (su domicilio acompañado de su actual pareja, aun descuidando su alimentación, sueño higiene...) y el desarrollo de un estilo de afrontamiento evitativo.

Hipótesis de mantenimiento.

Con respecto al mantenimiento de los problemas se objetiva que siguen teniendo que ver con una ausencia total de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas por parte de AS, algo que le afecta anímicamente y que se ve reforzado por la inexistencia de una red social de apoyo significativa. Todo ello, hace que el paciente sienta gran apatía y desmotivación por encontrar actividades que puedan ser de su agrado o incluso retomar su ocupación laboral cambiando su actual empleo, por lo que únicamente permanece dormitando la mayor parte del tiempo en su domicilio. En relación a esto, es necesario destacar también que el contexto global de la situación presente también influye en la toma de tratamiento, el cual abandona ante los sentimientos de desesperanza que aparecen en múltiples ocasiones.

Esquema de formulación del caso clínico



DISEÑO DEL PIR Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

Antes del alta de la Unidad de Internamiento Breve se coordinará una última entrevista familiar con el paciente y la pareja de éste (representa su principal apoyo y el mayor refuerzo para que el usuario pueda implicarse definitivamente en su enfermedad). Su psiquiatra de referencia informará a ambos tanto de la fecha de seguimiento con su psiquiatra en su Unidad de Salud Mental de referencia (Vecindario) como con su enfermero/a a este nivel y le hará entrega a su pareja del correspondiente informe de alta, quedando todo ello registrado y haciendo hincapié nuevamente en la importancia del seguimiento para prevenir otra recaída. Desde este dispositivo también se coordinará una cita con la trabajadora social del centro con el objetivo de valorar acciones en este sentido que puedan beneficiarle. Una vez acudan ambos a la cita programada con su psiquiatra y enfermero/a de su Unidad de Salud Mental (los cuáles conocen al paciente de anteriores seguimientos) se reforzará nuevamente el enganche con los mismos y se procederá a la presentación de la trabajadora social para que también pueda informarle del objetivo de su trabajo para con éste.

Una vez recibido al paciente y a su pareja en un primer momento y tras contrastar información del mismo desde el área hospitalaria, tanto su psiquiatra como su enfermero/a y trabajadora social, se reunirán para comenzar la realización del PIR.

Las intervenciones comenzarán ya en la siguiente cita del paciente (10 de abril de 2018) y se fija una duración aproximada de las mismas de 1 año, estableciendo sesiones con psiquiatría de una vez cada dos semanas y con enfermería y trabajadora social de una vez a la semana. La duración de las sesiones podrá variar, pero en líneas generales las mismas se desarrollarán entre 30 y 45 minutos. El equipo acuerda que, si el paciente en este año mostrara irregularidades en el seguimiento faltando a las citas, se propondrá una organización para la realización de visitas domiciliarias y el trabajo de los objetivos en el entorno del paciente, dependiendo las mismas de la disponibilidad y flexibilidad de los profesionales implicados al respecto.

DISEÑO DEL PIR

Objetivo General

El objetivo central de la intervención es crear conciencia de enfermedad y de necesidad de seguimiento y tratamiento en el paciente. Asimismo, y a la vez, mejorar hábitos de

vida del usuario y fomentar la realización de actividades de su agrado. Mejorar capacidades de afrontamiento, relaciones familiares y habilidades sociales que permitan al paciente retomar su vida laboral.

Presencia de sintomatología		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Presencia de alucinaciones visuales y auditivas egodistónicas e ideas de perjuicio	Disminuir la presencia de alucinaciones e ideas de perjuicio	<p>Psicoeducación individual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de una alianza terapéutica basada en la perspectiva del usuario. - Animar al usuario a dialogar sobre la presencia de esta sintomatología para mayor información. - Evitar reforzar la sintomatología. - Centrar la entrevista en sentimientos adyacentes de la presencia de las alucinaciones. - Evitar discutir sobre creencias falsas; establecer dudas concretas. - Realizar seguimiento y valorar la presencia de contenido potencialmente dañino o violento para el usuario y otros. - Evitar excesivos estímulos ambientales. - Ayudar al usuario a eliminar o manejar factores estresantes que precipiten la sintomatología.
Sintomatología depresiva afectiva	Disminuir la sintomatología depresiva afectiva	<p>Terapia cognitivo-conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje en resolución de problemas. Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma lógica y realista. - Estrategias de afrontamiento. - Modificación de pensamientos, cambiar un pensamiento automático irracional cuando se detecte por el pensamiento racional y lógico que se ha elaborado.
Desorganización conductual	Disminuir comportamiento desorganizado	<ul style="list-style-type: none"> - Dar órdenes simples. Evitar confrontaciones. - Evitar cambios de ambiente. - Proporcionar espacios seguros. - Limitar el número de elecciones que el usuario tenga que hacer para evitarle la presencia de ansiedad.

Adherencia al tratamiento		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Abandono de tratamiento	Aumentar conciencia de la necesidad de la toma de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación acerca del tratamiento prescrito: efectos secundarios, dosis y pautas de medicación. - Facilitar, si fuera preciso, métodos de seguimiento y registro de la toma de tratamiento diaria. - Ayudar a identificar circunstancias que puedan interferir en la toma de medicación: horario laboral, estrés... - Reforzar positivamente la implicación del usuario a este nivel. - Fomentar la implicación por parte de la persona más cercana al usuario para mayor seguridad en la administración del tratamiento prescrito.

Autocuidados		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Descuido alimentación	Adquirir conocimientos sobre alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar educación para la salud relacionado con la alimentación (horarios regulares, realización de 5 comidas al día, no picar entre horas...). - Establecer una rutina con el usuario en relación a la alimentación. - Resolver cualquier duda o necesidad.
Déficit higiene	Incorporar a la vida diaria del usuario hábitos de higiene adecuados	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar educación para la salud relacionado con la adecuada higiene. - Supervisar acerca de hábitos de higiene diarios (pelo, uñas, afeitado, cepillado de dientes...).
Vestido	Adquirir conocimientos sobre limpieza y adecuación del vestido	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar educación para la salud relacionado con el vestido. - Supervisar adecuación de prendas de vestir y su limpieza.

Hábitos de vida		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Patrón de sueño alterado	Mejorar patrón de sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar educación sobre una correcta higiene del sueño. - Pactar con el usuario horario de descanso nocturno. - Insistir en la importancia de evitar o disminuir el descanso diurno.
No integración de hábitos de vida saludables	Incorporar hábitos de vida saludables en la vida del usuario	<ul style="list-style-type: none"> - Insistir en la importancia de la realización de ejercicio físico. - Motivar al usuario para la realización de actividades de su agrado. - Insistir en la importancia de acudir a las consultas médicas.

Afrontamiento		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Falta de habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas	Adquirir estrategias de afrontamiento y aumentar la capacidad de solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de un programa individual de estrategias de afrontamiento y solución de problemas adaptado a la disponibilidad del usuario y al tiempo de la intervención (valorar respuestas seguidas hasta el momento, situaciones que originan estas respuestas, sentimientos del usuario al respecto, ofrecer estrategias de cambio y registrar su puesta en práctica, analizar lo no conseguido y valorar modificaciones así como reforzar lo logrado...).

Capacidades cognitivas		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Déficit de memoria	Aumentar la memoria de manera gradual	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de ejercicios de estimulación.

Autonomía social		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Nula realización de actividades de ocio	Aumentar el número de actividades gratificantes para el usuario	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar actividades del agrado del usuario. - Planificar conjuntamente la realización de alguna de estas actividades. - Ayudar y apoyar al usuario en el proceso de incorporación a alguna estas actividades. - Refuerzo positivo.

Red de apoyo (soportes sociales)		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Falta de soporte social y familiar	Aumentar la implicación de sus padres en el proceso terapéutico del usuario. Aumentar red social	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el usuario y la familia. - Atender preguntas/inquietudes de la familia - Favorecer una relación de confianza con la familia. - Realizar psicoeducación a la familia acerca de la patología mental del usuario: pródromos, tratamientos, efectos secundarios, pronóstico. - Asesorar a la familia sobre estrategias para su propio uso de resolución de problemas. - Animar al usuario a desarrollar relaciones. - Fomentar las relaciones con personas con intereses y objetivos comunes.

Capacidad laboral		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Inestabilidad laboral	Motivación laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar y reforzar las capacidades y habilidades del usuario. - Insistir en la importancia de retomar su empleo actual u otra alternativa recordando las estrategias de afrontamiento ofrecidas. - Asesorar y apoyar en la realización de programas o actividades formativas que desee realizar.

Red de apoyo (soportes institucionales)		
Problema	Objetivo	Intervenciones
Inestabilidad económica	Aumentar autonomía económica	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación para retomar actual empleo del usuario o valorar alternativa. - Explorar conjuntamente con el usuario algún tipo de prestación de la que pueda ser beneficiario. - Asesorar con respecto a las prestaciones encontradas. - Apoyar y ayudar en los trámites necesarios para la presentación de solicitudes.

EVALUACIÓN

La evaluación de todos los objetivos se realizará en sesiones de coordinación entre psiquiatría, enfermería y trabajadora social que formen parte del equipo de la Unidad de Salud Mental de referencia del usuario. EL logro de los objetivos será evaluado y revisado con un tiempo diferente para cada uno y estableciendo un período que estará sujeto a la evolución del usuario y disponibilidad de los profesionales para la realización de las distintas intervenciones. A corto plazo (primer trimestre), se evaluará si el trabajo del equipo con respecto a crear conciencia de enfermedad, necesidad de adherencia al seguimiento y tratamiento y, al mismo tiempo, a ofrecer estrategias de afrontamiento que puedan ser de utilidad para el usuario, ha sido acogido y mantenido con éxito por parte de éste. A medio plazo (segundo y tercer trimestre) se evaluará si ha habido mejoras en relación a las habilidades de autonomía y hábitos de vida. Por último, a largo plazo (cuarto trimestre en adelante) se evaluará la adherencia del usuario a alguna actividad de su agrado potenciando con ello la mejora de las habilidades sociales, así como el trabajo de forma conjunta para que pueda retomar su vida laboral o, si así lo deseara, valorar alguna alternativa que le satisfaga en este sentido siempre contando con el apoyo y ayuda de los profesionales implicados en su proceso de recuperación.

Reflexión personal. El estigma a propósito de un caso

Durante la estancia del paciente en la U.I.B y tras las muchas intervenciones realizadas con el usuario de manera coordinada por el equipo multidisciplinar, tomé un tiempo, tras la mejoría del mismo, para realizarle algunas entrevistas sobre cómo ha vivido y vive la enfermedad y qué cosas en su vida le han marcado hasta el momento en el que se encontraba actualmente.

En un principio sobre todo, el paciente presentaba cierta dificultad a la hora de responder a estas preguntas “uf me haces unas preguntas muy complicadas”, me comentaba muy a menudo. Sin embargo, en todos los momentos en los que tuve la oportunidad de dialogar con él respecto de los temas propuestos, verbalizaba algunos detalles de gran valor e importancia tanto para él mismo como para mí como su enfermera de referencia: “creo que me he ido creyendo poco a poco que tengo una enfermedad, al principio lo negaba, me enfadaba cuando mi pareja me lo decía incluso... pero poco a poco me hago a la idea...” “Es difícil tomar medicación siempre, yo un día me levanté normal y al día siguiente me dijeron que tenía que empezar a tomar el tratamiento si quería estar bien... fue duro...” “Siempre he tenido que superar obstáculos en mi vida... primero con mis padres, luego en el instituto y ahora con esto y con el trabajo... creo que a veces todo me supera y entonces es cuando acabo aquí...”.

En todo momento, el paciente se muestra muy tranquilo y cercano, respondiendo a las preguntas cada vez con mayor soltura y confianza. Finalmente, he de resaltar su respuesta ante mi pregunta sobre aquellas cosas que lo han marcado en su vida, a lo que responde sin dudarle:

“fundamentalmente dos... el pensar que siempre lo iba a pasar mal con la gente porque en el instituto y en mi trabajo he tenido que aguantar muchas burlas por mi color de piel, por mi homosexualidad y por tener esto que tengo ahora y el poder olvidarme de todo aquello cuando conocí a mi pareja actual... las cosas pasan por algo y él me ha salvado la vida”.

Mi experiencia como profesional

El caso expuesto me ha aportado gran cantidad de conocimientos pero, sobre todo, de valores como profesional. Fue una enorme satisfacción el comprobar la mejoría diaria del paciente y cómo su evolución permitía conocer más en profundidad su propia historia. Durante las entrevistas fue depositando su confianza, cada vez en mayor medida, en mí, lo cual agradecí desde el primer momento. La relación terapéutica establecida con el usuario desde su inicio de ingreso en la Unidad (fui su enfermera de referencia desde este instante) se convirtió en el punto clave para comenzar la intervención, lo cual hay que resaltar y fue algo que, aunque ya experimentado por mí con otros casos, me hizo valorar aún más lo que esta estrecha alianza puede beneficiar la asistencia para conseguir resultados. Asimismo, el caso descrito me ha aportado la visión en primera persona de lo que significa sufrir el estigma social y de cómo una etiqueta puede marcar negativamente la vida de cualquier persona hasta el punto de que su influencia suponga recaer una y otra vez en una enfermedad mental por el estrés asociado que ello conlleva. En este ejemplo concreto, además de padecer una patología mental, tanto la orientación sexual del paciente como su color de piel, habían marcado su vida desde su inicio de relación con otras personas, lo cual había generado un intenso malestar en el mismo. Lo que se aprende del trabajo con estas personas, y en mi afortunado caso del estar presente y poder ayudar en el delicado momento de la vida de este usuario, es la importancia del papel de los profesionales para minimizar e incluso, con el tiempo, llegar a erradicar los prejuicios y las ideas mal concebidas que desde hace mucho tienen presentes todas aquellas personas que no viven de cerca la enfermedad mental. Y es que, estas acciones no sólo deben ser acogidas y dirigidas por los profesionales especializados en esta materia, sino también por aquellos que no lo son y que tampoco pertenecen al ámbito sanitario (desde un profesor, a un economista, a unos padres, abuelos... que puedan conocer o incluso tener un ejemplo cercano en esta situación). La información tiene el poder de cambiar la manera de pensar de las personas y nosotros como profesionales el poder de mostrar y acercar a todos y todas un ejemplo de caso como el expuesto en el que la realidad positiva y centrada en las capacidades se imponga a la que el mundo puede ver en el momento actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. 5ª edición. Madrid (España): Medica panamericana; 2014.
2. María Dolores Serrano Parra FM-L. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2ª edición. España: DAE (Grupo Paradigma); 2009.
3. Sheila L. Videbeck. Enfermería psiquiátrica. 5ª edición. Barcelona (España): Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams&Wilkins.; 2012.
4. ISBN. Manual CTO de Enfermería. Tomo I. 5ª ed. Madrid: CTO; 2011.
5. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson; 2003
6. Brief Psychiatric Rating Scale. En: Wikipedia [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Brief_Psychiatric_Rating_Scale&oldid=792305456
7. Azumendi M. Escala breve de Evaluación Psiquiátrica Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
8. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale.
9. Escala de Depresión de Hamilton: qué es y cómo funciona [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: <https://psicologiymente.net/clinica/escala-depresion-de-hamilton>.

ANEXOS

Anexo 1. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica

Nombre..... Historia.....
 Evaluador/a..... Fecha.....

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

	No presente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicacia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):.....
 Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):.....
 (No sumar los "9") TOTAL:

	Fecha y Evaluador/a							
1. Preocupación somática								
2. Ansiedad psíquica								
3. Aislamiento emocional								
4. Desorganización conceptual (incoherencia)								
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa								
6. Tensión. Ansiedad somática								
7. Manierismo y posturas extrañas								
8. Grandeza								
9. Humor depresivo								
10. Hostilidad								
11. Susplicia								
12. Alucinaciones								
13. Enlentecimiento motor								
14. Falta de cooperación								
15. Contenido inusual del pensamiento								
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo								
17. Excitación								
18. Desorientación y confusión								
Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):								
Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):								
(No sumar los "9") TOTAL:								

Anexo 2. Escala de Depresión de Hamilton

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0 1 2</p>

Trabajo y actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
<ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0 1 2 3 4</p>
Agitación psicomotora	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0 1 2 3 4</p>
Ansiedad psíquica	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<p>0 1 2 3 4</p>
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<p>0 1 2 3 4</p>

Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1 2
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3 4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1 2
- No se da cuenta que está enfermo	3