

Treball de Final de Màster / *Trabajo de Final de Máster*

**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en
Salud Mental Comunitaria**

**EL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO:
ABORDARJE DE UN PLAN INDIVIDUAL DE
REHABILITACIÓN DESDE LA ÓPTICA DE
LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL**

Autor/a / *Autor/a*: Nuria Simón Alonso

Director/a / *Director/a*: Juan González Cases

Tutor/a o supervisor/a / *Tutor/a o supervisor/a*: Juan González Cases

Data de lectura / *Fecha de lectura*: Julio 2019



RESUM / RESUMEN

En el presente trabajo se expone el estudio de un caso clínico de una usuaria con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, que ingresó en la Unidad de Corta Estancia del Hospital General Obispo Polanco de Teruel durante tres meses.

La estructuración del trabajo se ha basado en tres partes: introducción, cuerpo o desarrollo y conclusiones.

En la primera parte, la introducción, se diferencian dos apartados.

Por un lado, el marco teórico de la evolución de la profesión enfermera, las enfermeras de salud mental y la metodología del trabajo enfermero.

Y por otro lado el marco teórico del trastorno esquizoafectivo. Así mismo, se presenta y se detalla la etiología, sintomatología, curso y evolución de la entidad psicopatológica.

En el cuerpo del trabajo, se detalla el caso clínico trabajado y se expone la elaboración de un Plan Individual de Rehabilitación desde la óptica de enfermería llevado a cabo a través del Plan de Atención de Enfermería.

En el desarrollo del trabajo también se explica la valoración de enfermería de la usuaria, los diagnósticos de enfermería que se han hallado durante la valoración, y los objetivos que se pretenden trabajar y conseguir con la misma, y los medios necesarios para llevarlo a cabo.

La última parte del trabajo se reserva para la exposición de los resultados obtenidos a través de la elaboración e implantación del Plan de Atención de Enfermería y las conclusiones finales, así como líneas futuras de actuación.

Todo este trabajo se ha llevado a cabo desde un campo propio de actuación: la enfermería, dentro un dispositivo especializado, la Unidad de Corta Estancia, pero formando parte de un equipo multidisciplinar.

En conclusión, el trabajo presente ofrece la posibilidad de analizar el trastorno esquizoafectivo desde un campo de profesionales específico, con sus características personales, así como el trabajo de un Plan Individual de Rehabilitación desde este punto de vista.

PARAULES CLAU / PALABRAS CLAVE: Trastorno Esquizoafectivo, Plan Individual de Rehabilitación, Plan de Atención de Enfermería, Cuidados, Enfermería.

ABREVIATURAS

- Actividades Básicas de la Vida Diaria: ABVD
- Actividades de la Vida Diaria: AVD.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: AIVD
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria: AAVD
- Asociación Americana de Psiquiatría: APA
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería: AENTDE
- Asociación Europea de Diagnósticos, Intervenciones y Resultados Enfermeros: ASCENSIO
- Asociación Pro Salud Mental Teruel: ASAPME
- Association Francophone Europeenne des Diagnostics Infirmiers: AFEDI
- Clasificación de las Intervenciones de Enfermería: CIE
- Clasificación de Resultados de Enfermería: CRE
- Consejo Internacional de Enfermeras: CIE
- Enfermedad Mental: EM
- Enfermera Especialista en Salud Mental/Enfermera de Salud Mental: EESM
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM
- North American Nursing Diagnosis Association International): NANDA
- Nursing Interventions Classification: NIC
- Nursing Outcomes Classification: NOC
- Plan de Atención de Enfermería: PAE
- Plan de Cuidados de Enfermería: PCE

- Plan Individual de Rehabilitación: PIR
- Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería: TCAES
- Unidad de Corta Estancia: UCE
- Unidad de Salud Mental: USM

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
Marco teórico de la enfermera de salud mental.	7
Marco teórico de los modelos de cuidados en enfermería.	10
Marco teórico del proceso de cuidados de enfermería.	16
EL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.	20
Reseña histórica.	20
Definición.	21
Epidemiología.	22
Sintomatología.	22
Evolución.	23
Causas.	23
Atención Enfermera.	23
2. JUSTIFICACIÓN	25
DEL PLAN INDIVIDUAL DEL REHABILITACIÓN AL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).	25
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MASTER	26
3. DESARROLLO	28
INTRODUCCIÓN DEL CASO CLÍNICO.	28
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	32
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.	37
RESULTADOS Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.	51
CONCLUSIONES.	64
LIMITACIONES	65
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
5. ANEXOS	76

1. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Marco teórico de la enfermera de salud mental.

Durante mucho tiempo se pensó que los problemas de salud mental eran crónicos o permanentes. Hoy en día sabemos que muchas de estas personas se recuperan de sus problemas y lograrán adaptarse de manera funcional en diferentes áreas de la vida. Sin embargo, cualquiera de estas personas necesita para lograrlo el apoyo de la familia y amigos, pero fundamentalmente necesitan recursos sociosanitarios y profesionales bien formados, capaces de responder a sus demandas y ofrecer la ayuda que necesitan en diferentes situaciones y dispositivos: sanitarios, sociales, hospitalarios, comunitarios, públicos y privados (Fornés, 2014).

En España la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1.983 (Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica) y el informe la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1.985 (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985) dieron pie al desarrollo, en 1.986, de la Ley General de Sanidad (en adelante LGS) (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), marcando desde entonces un antes y un después en el concepto de la salud mental y la atención a las personas con problemas de salud mental.

El artículo 20 del Capítulo III de la LGS explica que los usuarios de salud mental que necesiten hospitalización será realizada en las unidades psiquiátricas ubicadas dentro de los hospitales generales (hasta ahora estas unidades estaban insertadas dentro de los antiguos psiquiátricos), dando importancia al ámbito extrahospitalario: la comunidad como principal núcleo asistencial. Resaltando que la hospitalización debe utilizarse solo cuando sea necesario y durante el menor tiempo posible (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

Todo ello ha permitido que los recursos o los dispositivos de atención a los usuarios de salud mental se hayan ampliado en poco más de 30 años considerablemente, quedando actualmente los siguientes niveles de atención (Colomer, 2003):

- ✓ A.P.S: Atención Primaria de Salud.
- ✓ C.S.M: Centro de Salud Mental.

- ✓ U.S.M.I.J: Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil.
- ✓ U.C.E: Unidad de Corta Estancia integradas en los Hospitales Generales (en adelante UCE).
- ✓ U.M.E: Unidad de Media Estancia.
- ✓ U.L.E: Unidad de Larga estancia.
- ✓ U.Ps: Unidad de Psicogeriatría.
- ✓ C.D: Centro de Día.
- ✓ H.D: Hospital de Día.
- ✓ Servicios de psiquiatría de enlace de los Hospitales Generales.
- ✓ Miniresidencias.
- ✓ Pisos tutelados.
- ✓ Nuevos servicios específicos: ETAC (Tratamiento Asertivo Comunitario), Hospitalización a Domicilio (UHD), Unidades de Hospitalización específicas (Patología Dual, Desintoxicación y deshabituación, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Infantojuvenil, Psicosis Refractarias, Trastornos de la Personalidad, entre otras).

Por ello, y en respuesta a la LGS y otros acontecimientos históricos sociales y políticos del momento, las funciones de los enfermeros de salud mental también fueron adaptándose a las nuevas formas asistenciales, al igual que lo ha hecho el sistema sanitario y el modelo de atención al usuario de salud mental. Esta adaptación suponía reducir en la medida de lo posible la estancia de los usuarios en los hospitales y alcanzar objetivos en términos de salud esperados. Los enfermeros de salud mental han pasado de unos cuidados técnicos orientados en los antiguos hospitales psiquiátricos donde la función principal era la observación de la conducta del paciente y el cumplimiento de las prescripciones médicas, a unos cuidados holísticos orientados en la comunidad con funciones tanto independientes (toda acción que es reconocida legalmente por la enfermera y no requiere la supervisión o la dirección de otros profesionales), como dependientes (aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico), o

interdependientes (aquellos problemas en los que la prescripción y el tratamiento colaboran los enfermeros y otros profesionales de la salud).

Esta constante evolución que en los últimos años han experimentado los conocimientos enfermeros científicos, los medios técnicos y el propio sistema sanitario, así como la modificación de los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demanda la población, explican el desarrollo de la especialización de los cuidados enfermeros de salud mental (Fornés, 2014; Colomer, 2003; Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2015; Carretero, Megías y Cuesta, 2017).

Además, esta especialización está regulada a través de diferentes decretos y leyes que permite que se haga efectiva esta categoría en los diferentes ámbitos de la salud mental.

- Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. En su artículo 20 determina el sistema de formación de especialistas (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias).
- Real Decreto 450/2005 del 22 de abril sobre las Especialidades de Enfermería supone un último logro en el proceso de valoración profesional reconociendo el derecho a acceder a un sistema de especialización mediante el sistema Enfermero Interno Residente (EIR) (Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería).
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación especial de residencia para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud (Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud).
- El Gobierno de Aragón crea la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental en el Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, publicado en Boletín Oficial de Aragón el 3 de octubre del 2007. Actualmente vigente y en funcionamiento (Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental).
- El programa oficial de la especialidad de Enfermería de Salud Mental está recogida en la Orden SPI/1359/2011, de 11 de Mayo, publicado en el BOE de 24

de mayo de 2011 (Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental).

Esta novedosa manera de trabajar permite afrontar las necesidades de cuidados que presentan las personas a los que se atiende potenciando la promoción y prevención de la salud mental y ejerciendo funciones preventivas, asistenciales, terapéuticas y rehabilitadoras.

Los enfermeros de salud mental prestan cuidados a individuos, familias y grupos en los diferentes niveles de atención de salud mental (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), con conocimientos propios de su disciplina, investigando, formando a otros, gestionando y asumiendo responsabilidades en todos los ámbitos de su campo de actuación (Fornés, 2014; Colomer, 2003; Almajano et al., 2014).

Siendo esta profunda transformación profesional lo que ha permitido que se concreten las funciones de las enfermeras de salud mental y estas estén en equilibrio armónico formando así el marco teórico de la profesión: por un lado la esencia de la enfermería (los modelos y teorías de los cuidados enfermeros), y por otro lado la parte científica y metodológica (denominado por algunos autores como proceso de atención de enfermería, plan de cuidados de enfermería o proceso enfermero), explicadas ambas partes a continuación (Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2015; Benavent, Ferrer y Francisco, 2001, 2009; Fornés y Gómez, 2007).

Marco teórico de los modelos de cuidados en enfermería.

La profesión enfermera, por su parte, tiene un origen humanista orientada a suplir, colaborar o acompañar a las personas con necesidades de salud alteradas y con ello recuperar la autonomía. Estas necesidades son determinantes en la evolución de los individuos en forma particular, de la familia o de la sociedad en general.

La necesidad de sustentar la práctica profesional enfermera en teorías y modelos propios ha sido una reclamación constante en la disciplina enfermera.

Hoy en día podemos afirmar que toda actuación enfermera se fundamenta o se debería fundamentar en una serie de teorías o modelos conceptuales que orientan sus funciones y su práctica profesional (Cabal y Guarnizo, 2011; Benavent et al., 2001, 2009; Fornés y Gómez, 2007).

¿Pero qué entendemos por marco teórico o conceptual? Es un grupo de ideas, afirmaciones o conceptos relacionados entre sí. Estos conceptos constituyen ejemplos que facilitan la comprensión del modelo. En enfermería, estos conceptos son: el entorno, la salud, la enfermedad y la profesión (Kérouac, Ducharme y Duquette, 1996, 2007; Alligood y Marriner-Tomey, 2011).

En el campo de la enfermería la delimitación y el desarrollo de su marco teórico se centra en la acción de cuidar: esta se convierte en una función propia de los enfermeros y enfermeras y los cuidados son el objetivo de esta profesión. Es por ello que el proceso de cuidados es el eje central del trabajo enfermero.

Etimológicamente hablando el término de cuidar viene del latín “cogitare” (pensar) y en su aceptación en castellano, se define como el proporcionar atención para que una cosa esté bien y no sufra daño y el asistir a una persona.

El término proceso, por su parte, se entiende como el desarrollo o la puesta en marcha de alguna cosa (Benavent et al., 2001, 2009; Murillas, 2010; Sales, 2005; Watson, 1992).

Colliere (1993) defendió que los cuidados de salud son toda actuación llevada a cabo para promocionar la salud y prevenir la enfermedad, además de curar y rehabilitar cuando la persona está enferma.

La misma autora afirma que el proceso de cuidados son todos los actos llevados a cabo para atender y asistir a la persona en su proceso de curación y rehabilitación, promocionando la salud y previniendo la enfermedad.

Alfaro, por su parte, afirmó en 1992 “básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar tratamientos individualizados, que se centra en la identificación y tratamientos de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas -valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación-...” (Benavent et al., 2001, p.231-232).

M.E Murray y L.D. Atkinson en 1996 defendieron que el proceso de cuidados como “...pensar como enfermera” (Benavent et al., 2001, p.232).

M. Phaneuf en 1999 habla del proceso de cuidados como un “proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se

utilizan para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona cuidada” (Benavent et al., 2001, p.232).

Otros autores como Benavent et al., (2001) realizaron un análisis de las anteriores definiciones y propusieron su aportación respecto al proceso de cuidados afirmando que es “como una forma de pensar y de hacer que requiere un soporte metodológico que configure un orden de las acciones” o “el instrumento básico del trabajo enfermeros, que nos permite actuar con método, adaptándonos a cada sujeto (entendido como individuo o como grupo) generando una información básica para la investigación en enfermería” (p.218 y 232).

Si bien, todos los autores coinciden en que en este proceso se diferencian dos ideas básicas fundamentadas en un método científico. En primer lugar, un modelo conceptual, que vendría a ser una forma de pensar y de hacer que requiere un soporte filosófico sobre el que se estructuran los descriptores que conforman los cuidados (desarrollado a continuación). Y, en segundo lugar, un método que organice los datos, que permita la identificación del problema y que determine las intervenciones requeridas, es decir, el proceso de cuidados de enfermería (se desarrollará más adelante).

Respecto al modelo conceptual, cabe destacar que la disciplina enfermera se ha enriquecido a través de aportaciones de otros campos como las ciencias sociales y las humanísticas, las cuales han permitido que se abran nuevas maneras de entender el proceso de cuidar, evolucionando desde un concepto de cuidar meramente biológico centrado en “la persona enferma”, a un concepto centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tanto a nivel individual como colectivo (Benavent et al., 2001, 2009; Murillas L, 2010; Fornés 2014; Carretero et al., 2017; Guillaumet, Fargues, Subirana y Bros, 2005).

Todo esto ha conseguido un cambio en el paradigma asistencial, el desarrollo de nuevos modelos y teorías en el campo de la enfermería y con ellos nuevos marcos teóricos.

Entre las aportaciones más importantes desde la disciplina enfermera para la formación del marco teórico propio destacan las de Florence Nightingale, Hildegard E. Peplau, Madeleine Leininger, Virginia Henderson, Imogene King, Callista Roy, Betty Neuman, entre otras (Kérouac et al., 1996, 2007).

Florence Nightingale es la madre de la enfermería y pionera en la conceptualización del proceso de cuidados desde una perspectiva naturalista. Lanzó su primer libro en 1859 “Notas sobre la Enfermería: qué es y qué no es”. Su marco teórico se contextualiza en el pensamiento biológico y médico de la época. La autora defiende que la enfermedad es una respuesta de la naturaleza frente a una agresión externa y su evolución está influenciada por el medio externo, de forma que éste repercutía positiva o negativamente en el paciente. Para F. Nightingale la base de los cuidados se centra en poner al individuo en las condiciones idóneas para que la naturaleza ejerza su función curativa, con lo que los cuidados se centran en manejar el medio ambiente para que el paciente se encuentre en las condiciones idóneas. F. Nightingale destaca la utilización de elementos naturales como la luz, el ruido, la temperatura, la higiene... que adquieren un carácter terapéutico (Marriner y Raile, 2007).

Hildegard E. Peplau, matriarca de la enfermería psiquiátrica. Su libro “Interpersonal Relations in Nursing”, que se dio a conocer en 1952 y en él explica la “teoría de las relaciones interpersonales”. Su pensamiento se contextualiza en las disciplinas de la psicología y la sociología. H. Peplau defiende que la relación enfermera-paciente debe basarse en un proceso interpersonal terapéutico centrado en la comunicación. Además, Peplau identificó cuatro fases por las que atraviesa toda relación enfermera-paciente (Benavent et al., 2001, 2009):

- ✓ Orientación,
- ✓ Identificación,
- ✓ Explotación/aprovechamiento y
- ✓ Resolución.

Madeleine Leininger también conocida como Enfermería Transcultural. Defendió la “teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales” en 1961. Esta teoría se contextualiza en la disciplina antropológica. La autora defiende los valores y la cultura de cada persona como el eje central del proceso de cuidar. Destaca el respeto a los valores, las creencias, los estilos de vida, etc. Si la relación interpersonal entre la enfermera-paciente se basa en el respeto a las creencia y los valores de la enfermera y el paciente se estrechan, los resultados de los cuidados serán más satisfactorios (Fornons, 2010).

Virginia Henderson, por su parte, explica en 1966 la “teoría de las necesidades” defendiendo la globalidad persona y su relación con el entorno. Su marco teórico se contextualiza en las disciplinas de la medicina (en su parte más fisiológica) y la psicología. En su modelo, los cuidados se basan en el continuo dependencia-independencia, considerando la independencia como la situación esperada de salud. Para V. Henderson el proceso de enfermería se centra en la detección de las 14 necesidades no cubiertas que tiene el paciente y que le impiden mantener su autonomía.

Estas necesidades son: 1º Respirar normalmente. 2º Comer y beber adecuadamente. 3º Eliminar por todas las vías corporales. 4º Moverse y mantener posturas adecuadas. 5º Descansar y dormir. 6º Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse. 7º Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. 8º Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. 9º Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. 10º Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. 11º Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. 12º Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. 13º Participar en todas las formas de recreación y ocio. 14º Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

V. Henderson afirma que la planificación de los cuidados de enfermería se fundamenta en tres tipos de intervención. Suplencia: cuando el individuo por falta de conocimiento, fuerza o voluntad no es capaz de cubrir sus necesidades por sí mismo. Ayuda: cuando el individuo no es totalmente autosuficiente. Acompañamiento: basado en el asesoramiento y el refuerzo de las conductas saludables (Álvarez, 2004).

Callista Roy, por su parte, en 1970 defendió su teoría “modelo de adaptación” afirmando que el proceso de cuidados se centra en la promoción y la adaptación del individuo en su entorno, concibiendo al ser humano como un ser biopsicosocial en interacción constante con un medio cambiante. Este proceso de adaptación al entorno puede presentar respuestas positivas (saludables) o negativas (Orta et al., 2001).

En 1970 Betty Neuman lanzó “el modelo de sistemas de Neuman” diciendo que el proceso de cuidados se basa en los instrumentos de valoración-intervención, destacando las variables que afectan a la respuesta de la persona ante los factores de estrés reales o percibidos. La autora defiende los factores intrapersonales (las que tienen lugar en el

interior del individuo, como las respuestas condicionadas), interpersonales (las que tienen lugar entre uno o más individuos, como las expectativas de rol) y extrapersonales (las que se dan en el exterior del individuo, como las circunstancias económicas) (Quiñonez, 2016).

Por último, Imogene King defendió su teoría en 1971 y posteriormente en 1981 como “teoría de los sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos”. King entiende el proceso de cuidar como una acción, reacción e interacción. Para la autora este proceso es una transacción centrada en una serie de afirmaciones teóricas: la enfermera por medio de una comunicación adecuada, transmitirá la información apropiada al paciente con lo que se establecerán objetivos comunes. Si las necesidades de la enfermera y del paciente coinciden, en la interacción se obtendrá como resultado la transacción. La transacción permite el logro de metas y por supuesto, la satisfacción de las necesidades (King, 1984).

Por otro lado, en salud mental, los modelos de cuidados siempre han presentado características propias de este tipo de personas acordes a la concepción social que se tuviera de la enfermedad mental. Es entendible que han ido evolucionando desde un modelo directivo-paternalista a uno ambientalista o en la actualidad a modelos donde destaca la importancia de la interrelación entre el usuario y la enfermera de salud mental.

Para referirnos a marcos conceptuales enfermeros sobre los cuidados en salud mental hay que subrayar a la autora anteriormente citada: H. Peplau. La matriarca de la enfermería de salud mental hizo incorporaciones de otras ramas, de las ciencias de la conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad (Fornés y Gómez, 2007).

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

Los conceptos fundamentales que conforman el modelo son la persona: la describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. El entorno: para H. Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los

valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente. La salud: como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. La enfermería: para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Además defiende que en el proceso terapéutico los roles adoptados por la enfermera son claves en el proceso terapéutico. Estos roles son: rol de extraña, de suministradora de recursos, de educadora, de líder, de sustituta y de consejera (Benavent et al., 2001, 2009).

Marta Rogers, por su parte, también aporta una visión antropológica al modelo de cuidados en salud mental, destacando la importancia de organizar los cuidados desde un enfoque holista y dinámico. Este enfoque implica una interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales, identificando cuatro principios básicos en el proceso de cuidados: reciprocidad, sincronía, evolución y resonancia (López, 2003; Berdayes et al, 2008).

De la misma manera, el modelo propuesto por V. Henderson que se ha explicado anteriormente es clave en la asistencia en salud mental, sobre todo en el ámbito hospitalario centrado en las actividades que realizan las enfermeras para suplir o ayudar al paciente a cubrir las necesidades que el mismo no puede, no sabe o no quiere cubrir por el mismo (Álvarez, 2004).

Por último, cabe destacar las aportaciones de Madeleine Leininger, pues también son importantes en el campo de la salud mental, debido principalmente a que la organización de los cuidados se dirigía a individuos cuyas percepciones del mundo, relaciones, conductas, etc. los hacen diferentes a la mayoría, no solo en cuanto a la interpretación de la realidad sino en el mundo simbólico en el que se hallan inmersos (Fornons, 2010).

Marco teórico del proceso de cuidados de enfermería.

Desde una perspectiva científica, el procedimiento enfermero requiere tener en cuenta una serie de aspectos relacionados con sus marcos de actuación y el tipo de profesionales

con los que interactúan. Estos aspectos son: el conocimiento profesional, el respeto por la interdisciplinariedad, el uso del método científico y el diseño de instrumentos de registro, protocolos y programas de intervención.

El desarrollo del proceso de enfermería aumenta el nivel científico de la práctica enfermera.

La enfermera observa a cada paciente de manera individual y es capaz de detectar lo más relevante en cada situación a la luz del conocimiento científico realizando juicios clínicos, si bien, estos juicios se hayan en base al conocimiento científico en enfermería, el conocimiento de la persona individual y el contexto de la situación de salud (Fornés, 2005; Heather Herdman. & Shigemi Kamitsuru, 2015; Carretero y Ubis, 2018).

Por ello, la necesidad de utilizar un lenguaje común y un método científico en el ámbito de los cuidados surge desde las primeras reuniones mundiales de las enfermeras en el Consejo Internacional de Enfermeras (en adelante CIE) fundado en 1899 (CIE, 2019). A partir estas reuniones se crean sociedades nacionales e internacionales que arraigan con fuerza y permiten transmitir las experiencias profesionales. Las más importantes son:

La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (en adelante CIPE), fundada en 1991. Esta clasificación tiene el objetivo de proporcionar una terminología estructurada y definida, una clasificación para la práctica de enfermería y un marco en el cual los vocabularios y clasificaciones existentes pueden cruzarse para poder comparar los datos de enfermería (Sociedad española de enfermería intensiva y unidades coronarias, SEEIUC, 2019).

En Francia, en 1991 se funda la Association Francophone Europeenne des Diagnostics Infirmiers (en adelante AFEDI) (Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers, 2019).

Además, en 1982 se crea la North America Nursing Diagnoses (en adelante N.A.N.D.A) (Heather Herdman. & Shigemi Kamitsuru, 2015).

En Europa se forma en 1995 la Asociación Europea de Diagnósticos, Intervenciones y Resultados Enfermeros (en adelante ACENDIO) (Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers, 2019).

En nuestro país se creó en 1996 una organización llamada Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (en adelante AENTDE) que tiene como objetivos (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, 2019):

- Contribuir al desarrollo de una terminología enfermera, que cualifique las aportaciones que las enfermeras realizan a la salud de la población.
- Fomentar y promover entre los profesionales de enfermería el conocimiento y la utilización de los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros.
- Transmitir las experiencias profesionales (enfermería basada en la evidencia) que permitan elaborar planes de cuidados más idóneos centrados en los resultados alcanzados.
- Colaborar con las organizaciones nacionales e internacionales para promover el intercambio y la investigación sobre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros.

En España además, se formó la Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (en adelante NIPE) que pretende desarrollar un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados y permitir una estimación de los costes generados por enfermería. La NIPE trabaja con los diagnósticos de la NANDA, con la Clasificación de Resultados de Enfermería y con las Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (Bibliovirtual, 2019).

Paralelamente al desarrollo de estas sociedades, se fundó en 1976 lo que conocemos hoy en día como el Plan de Atención de Enfermería (en adelante PAE) que no es más que la puesta en práctica de los cuidados de enfermería. Este proceso está basado en el método científico y por lo tanto da la capacidad de analizar, sintetizar, reflexionar e interrelacionar para explicar los conceptos y los valores que componen la teoría.

El PAE está estructurado en cinco etapas:

- Valoración de enfermería: recogida de datos, análisis, síntesis e identificación de la respuesta del ser humano.

- Diagnóstico: juicio o conclusión resultante de la valoración que queda registrado como una respuesta del paciente y la familia. Actualmente la N.A.N.D.A define diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales”. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la sección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera. Los diagnósticos deben estar recogidos en la taxonomía N.A.N.D.A (Heather Herdman. & Shigemi Kamitsuru, 2015, p.25).
- Planificación: establecimiento de objetivos y acciones para su consecución. Entendemos por objetivos como el cambio que esperamos conseguir en las respuestas identificadas en los pacientes. De tal manera que, este objetivo señalará por un lado una modificación de la respuesta en caso de ser inadaptadas, el mantenimiento de la respuesta en caso de ser saludables, y el control del riesgo en caso de existir factores que puedan cambiar una respuesta de salud por una respuesta inadaptada. Los objetivos deben estar recogidos en su taxonomía correspondiente (Fornés, 2005, 2014; Carretero y Ubis, 2018).
- Ejecución: la intervención. Entendemos por intervención de enfermería “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (Heather Herdman. & Shigemi Kamitsuru, 2015, p.27). Las intervenciones deben estar recogidas en su taxonomía correspondiente.
- Evaluación: evaluación de los resultados obtenidos.

Los enfermeros son los responsables de esta secuencia de acontecimientos, es por ello, que la relación entre cuidados y enfermería actualmente son prácticamente inseparables (Fornés, 2005, 2014; Carretero y Ubis, 2018).

Unido al PAE también ha sido relevante la creación y la utilización de las taxonomías anteriormente citadas, las cuales se han adaptado al proceso proporcionando unos instrumentos de lenguaje unificados:

Taxonomía NANDA. 2015-2017 (North American Nursing Diagnosis Association International). Esta taxonomía consiste en las definiciones y clasificación de diagnósticos

de enfermería. Está codificada en 13 dominios, 47 clases y 235 diagnósticos (Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2015).

Taxonomía NOC. (5ª Edición) 2013. (Nursing Outcomes Classification) y en castellano CRE (Clasificación de Resultados de Enfermería). Esta taxonomía proporciona resultados e indicadores de resultado sensibles a la intervención de los pacientes, para medir la calidad de los cuidados que ofertan las enfermeras. La taxonomía NOC está codificada por 7 dominios, 32 clases y 490 resultados (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2013)

Taxonomía NIC (6ª Edición) 2013. (Nursing Interventions Classification) y en castellano CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería). La NIC incluye las intervenciones y actividades de enfermería. Cada intervención, resultante de un juicio clínico de la enfermera incluye una o varias actividades que se definen como “acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia un resultado deseado” (Bulechek, Blutchter, Docteman, y Wagner, 2013, p.2). Está codificado por 7 campos, 30 clases, 565 intervenciones y más de 13.000 actividades.

EL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.

Reseña histórica.

En 1899 Emil Kraepelin (Castillero, 2019) fue el primer autor que clasificó las enfermedades mentales según síntomas diferenciando dos grandes grupos:

- Psicosis maniaco-depresivas (actual trastorno bipolar) y
- Demencia precoz (posteriormente Bleuler la denominó esquizofrenia)

Sin embargo, George H. Kirby y August Hoch en 1913 y 1921 respectivamente (Lermenda, Holmgren, Soto-Aguilar y Sapag, 2013) describieron por primera vez a pacientes con síntomas mixtos de esquizofrenia y trastornos afectivos (o del estado de ánimo).

Estos autores afirmaban que estas personas no seguían el curso deteriorante de la demencia precoz. Kirby y Hoch encuadraron a las personas que combinaban estos síntomas (esquizofrenia y trastornos afectivos) en el grupo de las psicosis maniaco-depresivas de Emil Kraepelin

Si bien, no fue hasta 1933 cuando Jacob Kasanin acuñó el término trastorno esquizoafectivo (Lermanda, Holmgren, Soto-Aguilar y Sapag, 2013). El psiquiatra afirmaba que bajo este concepto se encontraban personas con síntomas esquizofrénicos y síntomas de trastornos del estado de ánimo.

Además, 1970 se produjo otro giro en la visión del trastorno esquizoafectivo introducida por J. Kasanin: se pasó de verlo como una variante de la esquizofrenia a verlo como un trastorno del estado de ánimo.

Uno de los motivos que potenció este cambio de visión fue el carbonato de litio, ya que demostró su eficacia y su especificidad tanto para el trastorno bipolar como para algunos casos de trastorno esquizoafectivo (Lermanda, Holmgren, Soto-Aguilar y Sapag, 2013).

Si bien, desde la creación del primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM) hasta la actualidad (DSM V) han ido variando las categorías diagnósticas de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (Detallado en el Anexo 1).

Definición.

Actualmente la Asociación Americana de Psiquiatría (en adelante APA) clasifica en el DSM V (su última versión) el trastorno esquizoafectivo dentro de los trastornos de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y resalta que para una persona sea diagnosticada de trastorno esquizoafectivo se deben cumplir una serie de criterios:

- A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor).
- B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.
- C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) u otra afección médica.

La DSM recomienda especificar si:

- Es tipo bipolar: Este subtipo se aplica si un episodio maníaco forma parte de la presentación. También se pueden producir episodios depresivos mayores.
- Es tipo depresivo: Este subtipo sólo se aplica si episodios depresivos mayores forman parte de la presentación (American Psychiatric Association, 2013).

Epidemiología.

La prevalencia de por vida es de 0,5-0,8%. La forma depresiva es más frecuente en adultos mayores y la bipolar en adultos jóvenes.

El inicio es más tarde en mujeres (personasque.es, 2019; Lermenda, Holmgren, Soto-Aguilar y Sapag, 2013).

Sintomatología.

- Los síntomas del trastorno esquizoafectivo pueden variar de una persona a otra. Sin embargo, estos usuarios suelen experimentar (mayoclinic.org, 2019; Medlineplus, 2018; Associació de Familiars de Malalts Mentals de les Terres de l'Ebre, 2013; Benabarre, 2013; Sánchez y Eguíluz, 2012):
- Delirios: creencias fijas y falsas, a pesar de que haya pruebas en contrario.
- Alucinaciones, como escuchar voces o ver cosas que no existen.
- Síntomas de los trastornos del estado de ánimo:
 - o Síntomas de depresión, como sentirse vacío, triste o inútil.
 - o Períodos de estado de ánimo maníaco o de aumento repentino de energía, con conductas que no corresponden al carácter.
- Discurso desorganizado e ilógico: solo responder parcialmente o dar respuestas que no se relacionan en nada con lo que se preguntó, o hablar tan rápido que otros no pueden interrumpirlo.
- Deterioro del desempeño ocupacional, académico y social.

- Problemas para controlar el cuidado personal, incluidas la higiene y la apariencia física.
- Problemas de sueño.
- Problemas con la concentración.
- Cambios en el apetito y el vigor.

Evolución.

La evolución de las personas con trastorno esquizoafectivo suele caracterizarse por combinación de ciclos de síntomas graves de la enfermedad seguidos de períodos de mejoras, con síntomas menos intensos (Benabarre, 2013).

Causas.

Como en la mayoría de las enfermedades mentales, en el trastorno esquizoafectivo también se acepta que una combinación de factores es lo que contribuye a su desarrollo. Entre los factores destacamos (Martínez, 2019; Benabarre, 2013):

- Carga genética (tener un familiar cercano que tenga el trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia o trastorno bipolar).
- Las variaciones en los neurotransmisores.
- La estructura del cerebro.
- Los factores estresantes.
- El consumo de tóxicos (psicoactivas o psicótropas).
- El ambiente social.
- Etc.

Atención Enfermera.

Desde el punto de vista de la profesión enfermera, la atención debe basarse en la construcción de una relación terapéutica basada en la confianza y la comunicación efectiva, ya que es la base para cualquier otra intervención. Una vez establecida una

relación interpersonal será apropiado trabajar con el usuario (Martín-Pérez y Araque, 2012; Fornés, 2014, 2005; Carretero et al., 2017):

- Cuidados de enfermería encaminados a la mejora del bienestar del paciente y de las personas que le rodean.
- Cuidados de enfermería sobre el ambiente para disminuir el riesgo de lesión o daño por conductas violentas y/o negligentes de la persona.
- Cuidados de enfermería para favorecer el bienestar en los momentos de confusión y la reorientación a la realidad.
- Cuidados de enfermería para el fomento del autocontrol del usuario sobre su propio bienestar.
- Cuidados de enfermería para lograr la adhesión al tratamiento del usuario.
- Cuidados de enfermería para favorecer la funcionalidad familiar, la adaptación al proceso de enfermedad y la asunción de roles de cuidados.
- Cuidados de enfermería para ayudar al paciente a afrontar los factores estresantes de forma adaptativa
- Etc.

2. JUSTIFICACIÓN

DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN AL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

Según Liberman “la intervención en rehabilitación psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina, por un lado, el entrenamiento y desarrollo de las habilidades y competencias que cada persona requiere para funcionar efectivamente en la comunidad y por otro lado actuaciones sobre el ambiente que incluye desde psicoeducación y asesoramiento a las familias hasta el desarrollo de soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico” (Arias et al., 2002, p 23).

Si bien, la heterogeneidad de los problemas de salud mental hace necesario que esta intervención sea integral y se planeé como un proceso individualizado e interdisciplinario.

¿Y qué entendemos por equipo interdisciplinario? En rehabilitación psicosocial un equipo es interdisciplinario cuando lo constituyen un grupo de profesionales de diferentes disciplinas de la salud (trabajo social, terapia ocupacional, psicología clínica, psiquiatría, enfermería de salud mental, Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería de salud mental (en adelante TCAES), entre otros profesionales) que tienen un objetivo común (la rehabilitación psicosocial y la recuperación de las personas) y que trabajan por y para la consecución del mismo, aportando cada uno de sus conocimientos teórico-prácticos específicos de su profesión.

En este sentido, cada profesional colabora desde su disciplina elaborando y organizando un Plan Individual de Rehabilitación (en adelante PIR) con múltiples estrategias e intervenciones pero con el objetivo de mejorar la autonomía de las personas.

Es decir, este plan da respuesta al desarrollo de una programación del trabajo rehabilitador centrado en el individuo y su idiosincrasia, en la que se definen objetivos y se proponen formas de intervención.

Dicho de otra manera el PIR es un esquema o guía en el que se proponen objetivos y formas de llevarlos a cabo, estructurado secuencialmente (Sandoval, sin año; Arias et al., 2002; Béjar, 2003).

De esta manera, cuando estamos interviniendo en rehabilitación psicosocial y un profesional no es capaz de ayudar a la persona en todo lo que quisiera, sabrá que otro profesional, aun teniendo un desarrollo laboral diferente, le completará enriqueciéndose así aún más el plan individual del usuario.

Es por ello que, los enfermeros de salud mental (como parte integrante del equipo interdisciplinar) va a actuar simultáneamente con otros profesionales en distintas dimensiones de la recuperación de las personas.

En este sentido, la profesión enfermera se convierte en un elemento de cohesión dentro del equipo interdisciplinar, permaneciendo en estrecha relación con el resto de profesionales.

¿Y de qué manera se hace efectiva nuestra aportación al plan individual de rehabilitación?

Desde la óptica de enfermería de salud mental el PIR se hace efectivo con la planificación y ejecución del PAE.

El PAE, por nuestra parte, es una herramienta que registra y delimita las labores y competencias de la profesión mediante el uso de diferentes taxonomías, las cuales permiten otorgar evidencia clínica a los cuidados, a los quehaceres y a las metas enfermeras. Estas tres taxonomías explicadas anteriormente son la NANDA, que reúne los diagnósticos de enfermería o las respuestas del ser humano. La NOC, que explica resultados que se esperan obtener. Y por último, la NIC, que detalla las intervenciones que se van a realizar (Rodríguez, 2015; Carretero y Ubis, 2018).

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MASTER

Durante la realización de este máster (septiembre del 2018 a Junio del 2019), he estado trabajando como enfermera especialista en salud mental en la UCE del Hospital Obispo Polanco de Teruel donde actualmente continúo mi ejercicio profesional.

Si bien, durante los dos años de formación (2016-2018) como Enfermera Interna Residente (en adelante EIR), pude rotar por todos dispositivos de rehabilitación en salud mental en este sector sanitario: CSM, UCE, CRP (CD, ULE, UME y PSCG).

Siendo mi rotación del CSM el punto de partida donde comenzó el acompañamiento de la usuaria que versa la atención este trabajo fin de master y que a partir de ahora llamaremos María

En este sentido, cuando María se traslada a vivir a Teruel en Junio de 2017 se inicia el seguimiento en el CSM de Teruel, momento en el que se comienza a elaborar y a poner en marcha su plan individual de rehabilitación.

En otoño del 2018 María se descompensa y necesita ser hospitalizada en UCE durante tres meses.

Desde esta unidad de hospitalización María vuelve a su entorno: la comunidad, donde se encuentra a día de hoy continuando su proceso de rehabilitación psicosocial desde el CSM y ASAPME (Asociación Pro Salud Mental de Teruel).

Durante el tiempo que María ha permanecido ingresa en la UCE se ha llevado a cabo junto con la misma y su familia, un PIR de un modo muy flexible e individualizado, con múltiples estrategias e intervenciones, y utilizando todas las técnicas disponibles procedentes de las profesiones que intervienen en su rehabilitación, entre ellas la enfermería de salud mental.

Es por ello que, el desarrollo de este TFM se ha llevado a cabo en un dispositivo que no tiene como apellido "...de rehabilitación..." pero que, forma parte de una red conectada donde se lleva a cabo tanto la promoción, como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, al igual que en el resto de recursos del área de salud mental.

3. DESARROLLO

INTRODUCCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Se trata de una mujer de 35 años que llamaremos a partir de ahora María.

María está diagnosticada en la actualidad de trastorno esquizoafectivo tipo mixto.

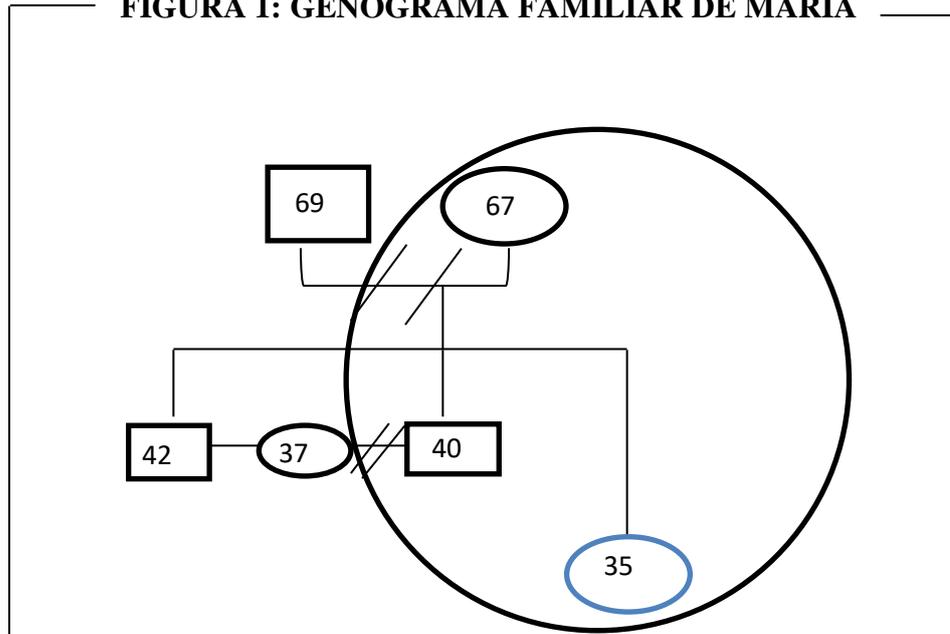
Como antecedentes médico-quirúrgicos destacan que ha sido intervenida de un quiste de ovárico (sin ooforectomía). Además presenta amenorrea y galactorrea secundarias al tratamiento farmacológico desde 2014 (tenía entonces 31 años). También está en tratamiento con endocrinología para el control del síndrome metabólico.

Respecto a lo antecedentes familiares de María hay que señalar que tiene una tía paterna con posible trastorno psicótico sin especificar y un hermano diagnosticado de esquizofrenia con adecuada adherencia.

De su psicobiografía cabe subrayar que es la tercera de una fratria de tres hermanos, soltera y sin hijos. Natural de Lérida pero reside con su madre y su hermano (diagnosticado de esquizofrenia) en Teruel desde Junio del 2017. El hermano mayor vive en la ciudad natal, con el cual no mantienen ningún contacto (hubo un conflicto entre los dos hermanos debido a problemas sentimentales: la pareja del hermano mediano terminó la relación con éste para comenzar una relación con el hermano mayor) momento en el cual el hermano mediano debutó con la actual enfermedad mental.

Sus padres se divorciaron cuando María tenía 16 años. Comenta que no mantiene relación con el progenitor “nunca estaba en casa”, “mi madre es quien nos ha criado”. La madre ha trabajado en una empresa de limpieza (actualmente jubilada). El padre era camionero y pasaba largas temporadas fuera del hogar.

FIGURA 1: GENOGRAMA FAMILIAR DE MARÍA



Fuente: Elaboración propia.

María tiene estudios hasta la E.S.O y un curso de vigilancia. No ha mantenido trayectoria laboral estable en los últimos años (desde 2011 no trabaja). Anteriormente ha trabajado esporádicamente de dependiente de tiendas, gasolinera...

En el año 2018 realizó un curso de Celador en la Cruz Roja de Teruel con adecuado rendimiento pero que María catalogó como “muy estresante”.

Tiene reconocida un grado de minusvalía del 59% y actualmente percibe una pensión no contributiva de 368,90 € mensuales, aspecto que preocupa a María (ya que no le permite vivir de manera independiente).

Sobre el consumo de tóxicos, destaca un consumo esporádico y puntual de marihuana cuando María tenía 16 años en el contexto de intentar iniciar relaciones sociales en su colegio. No ha tenido otros hábitos tóxicos de interés. Actualmente abstinentes desde los 17 años.

De su personalidad podemos destacar que es callada, tímida y reservada. Durante su escolarización le costaba iniciar y mantener relaciones entre los compañeros, posteriormente no ha seguido manteniendo contacto con sus compañeras de clase. Nula red social tanto en la ciudad de origen (Lérida) y como en la actual (Teruel). Con los compañeros del curso de celador tampoco mantiene contacto (únicamente se relaciona con su hermano y su madre).

Cabe señalar que María inicia contacto con salud mental cuando contaba con 16 años por probables síntomas psicóticos, momento en el que se diagnostica por primera vez de trastorno psicótico no especificado.

A los 16 años, cuando se realiza dicho diagnóstico, se realizaron 9 sesiones de Terapia Electroconvulsiva (en adelante TEC) en un hospital el Lérida sin necesidad de ingreso.

Durante su trayectoria en Lérida (hasta los 34 años) ha precisado cuatro ingresos en UCE en los años 2009, 2011, 2013 y 2015. En 2013 hubo una modificación del diagnóstico de trastorno psicótico no especificado a trastorno bipolar tipo I.

El último ingreso de María en Lérida (en 2015) se caracterizó por presentar gran inquietud, irritabilidad con cierta agresividad verbal, insomnio y discurso desorganizado y acelerado en comparación a los otros tres ingresos previos.

Durante ese ingreso, en las primeras semanas, el discurso es totalmente satígrado con tendencia a la labilidad emocional, pasando del llanto a la irritabilidad, con elevada tensión psíquica y ansiedad psicofísica. Según explica la cuidadora e informadora principal (la madre) María cree estar embarazada de varios niños desde hace aproximadamente un año, e incluso compra chupetes, biberones...etc. Este delirio, según explica la madre, tiene relación con la amenorrea que inició a causa de la toma de antipsicóticos. En dicho ingreso, debido a la resistencia al tratamiento farmacológico y los antecedentes de buenos resultados anteriormente, se realizaron 10 sesiones de TEC, con recuperación favorable de su sintomatología y angustia psicótica.

Tras el alta, se vuelve a modificar el diagnóstico de María de trastorno bipolar tipo I a trastorno esquizoafectivo tipo mixto con episodio maniforme (ánimo disfórico acompañante) y es derivada a hospital de día de psiquiatría de adultos de Lérida, siendo dada de alta de este último recurso en Mayo de 2015.

Posteriormente ha realizado seguimiento regular en el CSM de Lérida con adecuada evolución y adherencia farmacológica.

En Junio de 2017 se realiza un cambio de residencia a Teruel (ciudad de origen natal de la madre) por motivos personales y económicos, donde inicia seguimiento en el CSM de dicha ciudad.

Desde este recurso fue derivada a Centro de Día de ASAPME (Asociación Pro Salud Mental de Teruel) (en adelante CD) donde su enganche terapéutico fue errático asistiendo solamente durante dos semanas, posteriormente dejó de acudir al CD pero cumplía con las visitas programadas en el CSM.

María refiere no sentirse vinculada al CD y no interesarle las actividades lúdico-recreativas y terapéuticas del centro ni de los usuarios, “me trataban como una enferma mental no como una persona”.

Durante el tiempo que duró el tratamiento ambulatorio en Teruel, María cumplió correctamente con el tratamiento psicofarmacológico pautado, acudió regularmente a las visitas concertadas (mensualmente) y presentó estabilidad psicopatológica con eutimia y ánimo reactivo.

Si bien, fue en otoño del 2018 cuando su madre (la informadora principal) se pone en contacto con su psiquiatra del CSM, refiriendo que María llevaba una semana presentando nula conciencia de enfermedad relacionada con descompensación psicopatológica con importancia desorganización conductual y del pensamiento, hipertimia y ánimo disfórico que dificulta el descanso nocturno de la paciente.

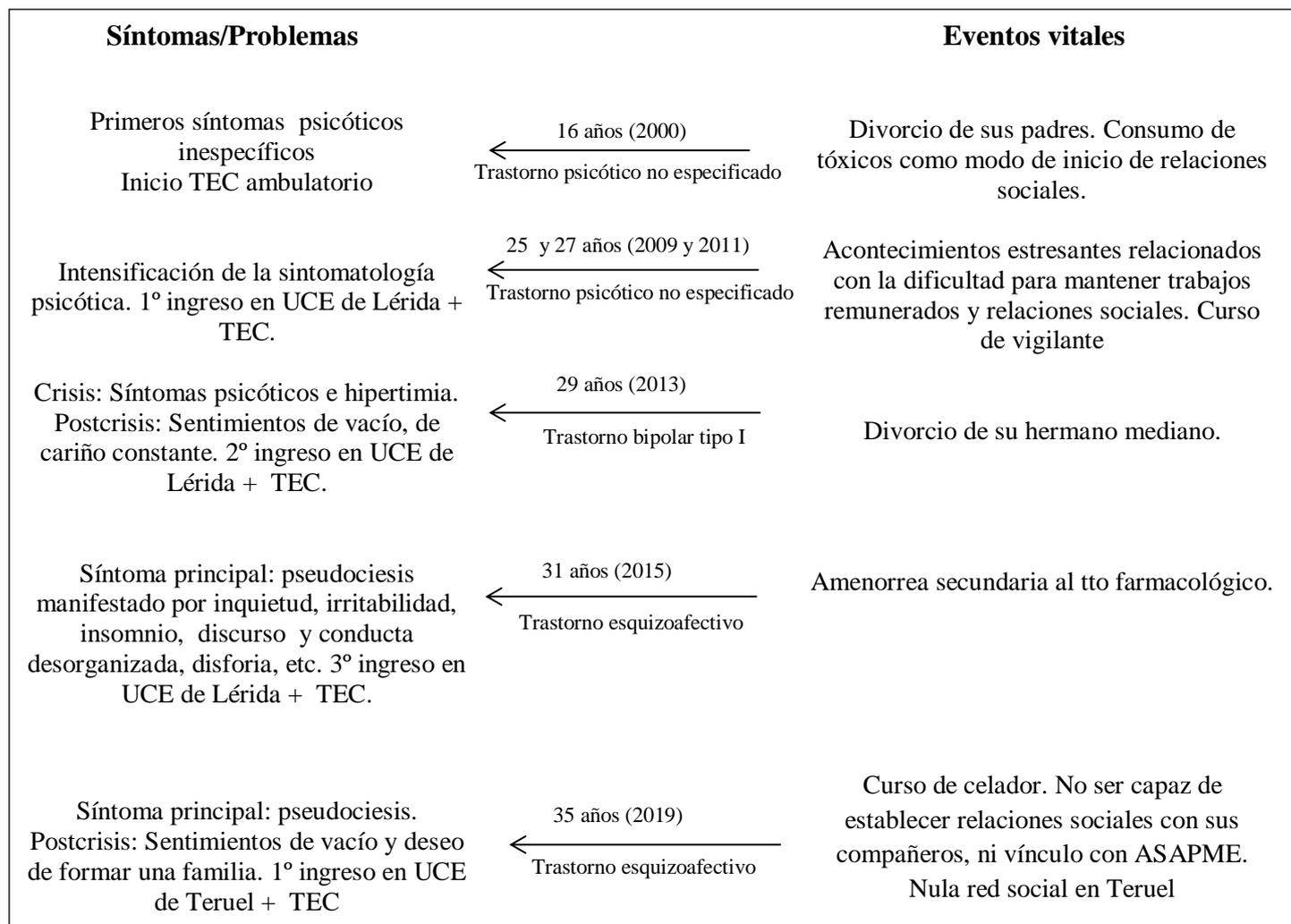
Por ello, su psiquiatra habitual del CSM comenzó a intensificar las visitas en este recurso de mensuales a dos veces por semanas, realizando además reajustes al alta en el tratamiento antipsicótico y eutimizante al contrario del litio que tuvo que disminuirlo por diarrea persistente de la paciente.

No obstante, las variaciones en el tratamiento de María no permitieron el control a nivel ambulatorio y precisó derivación por parte de su psiquiatra del CSM a urgencias del Hospital General Obispo Polanco para ingreso en UCE y con ello trabajar la contención en crisis y abordaje intensivo del episodio maniforme.

María permaneció ingresada en este dispositivo hospitalario durante tres meses que es el recurso donde se desarrolla el PAE expuesto en este trabajo.

Desde UCE vuelve a su entorno: la comunidad, donde se encuentra a día de hoy continuando su proceso de rehabilitación psicosocial desde el CSM.

FIGURA 2. LÍNEA DE VIDA DE MARÍA.



Fuente: elaboración propia.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Para la recolección de datos de María en UCE se llevaron a cabo diferentes técnicas enfermeras y fuentes de información (tanto primarias: de la propia paciente, como secundarias: de la familia, los allegados y otros documentos).

Entre las técnicas de enfermería para la realización de la valoración destacan:

La observación. Se define como “mirar con un propósito” (Fornés, 2015, p16). Se le denomina también inspección, que en el caso de la salud mental significa examen del cuerpo y las conductas de María con el fin de detectar aspectos o características

relacionadas con posibles disfunciones. Para alcanzar este objetivo, se ha utilizado todos los sentidos corporales, pero en especial la vista, el oído y el tacto.

Las entrevistas no estructuradas o informales. Se producen por casualidad (realización de una extracción sanguínea, toma de signos vitales, administración de tratamiento, conversación grupal no dirigida...). Constituyen una buena oportunidad para aprender más sobre María y su familia (Fornés 2004, 2015)

Las escalas o inventarios. En este sentido, en UCE las enfermeras utilizamos la escala de Lawton y Brody que valora la autonomía de María en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Trigas, 2007) y la escala de Downton (riesgo de caídas en pacientes hospitalizados) (Sanitas.es, 2019). Se detallan en el anexo 2.

La entrevista estructura o valoración de enfermería. Es el encuentro cara a cara con María. El momento idóneo para intercambiar información y para establecer una relación con la paciente. Para llevarlo a cabo se utilizaba una valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon individualizada para los usuarios de salud mental. En la tabla 1 se detalla esta valoración. (Fornés 2004, 2015).

Tabla 1: Valoración de Enfermería de Salud Mental por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

<p>Percepción/ Manejo de la Salud</p>	<p>Alérgica al dexketoprofeno, ibuprofeno, sulpirida y aripiprazol. Sin enfermedades somáticas de interés. Vacunación correcta. Adherencia al tratamiento farmacológico pero sin conciencia de enfermedad con juicio de la realidad mermado. Durante la valoración verbaliza: “Un día un médico en Lérica me dijo que tenía trastorno bipolar, yo no tengo ninguna enfermedad mental.”</p> <p>Consumo puntual de THC cuando María tenía 16 años, momento que debutó con síntomas psicóticos. Durante el ingreso se incrementó la Clozapina hasta 550mgr de forma progresiva con buena respuesta y tolerabilidad. Preciso tratamientos complementarios con risperidona, clonazepam y olanzapina que fueron retirados debido a la escasez de eficacia.</p>
<p>Nutricional/ Metabólico</p>	<p>La usuaria presenta sobrepeso: IMC de 30, secundario al síndrome metabólico y potenciado por la ingesta de comida procesada. Durante el ingreso presenta hiporexia secundario a la sintomatología ansiosa que le produce los síntomas positivos de la enfermedad.</p>
<p>Eliminación</p>	<p>Durante el ingreso, María presentó episodio de estreñimiento pertinaz con distensión abdominal que cedió con la pauta de enemas.</p>
<p>Actividad/ Ejercicio</p>	<p>Constantes y electrocardiograma dentro de la normalidad. Durante el primer mes de ingreso inquietud psicomotriz con dependencia para las actividades de la vida diaria. Conforme disminuye la sintomatología positiva y maniaca mejora la capacidad de autocuidado de María. Pasea con su madre y hermano como práctica de actividad deportiva.</p>
<p>Sueño/ Descanso</p>	<p>Insomnio global (potenciado por el estado psicopatológico de María) con 3-4 horas de sueño diario que interfiere en el bienestar de la paciente aun con la pauta de tratamiento farmacológico de rescate.</p>
<p>Cognitivo/</p>	<p>Presenta juicio de la realidad mermado caracterizado por sintomatología psicótica y delirante. Su discurso es saltatorio caracterizado por taquipsiquia y verborrea con presión en el habla, logorrorea, fuga de ideas, irritabilidad y dificultad para la concentración y para su organización diaria.</p>

Tabla 1: Valoración de Enfermería de Salud Mental por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (cont.)

<p>Perceptivo</p>	<p>Interrumpe constantemente la valoración y presenta cierta desinhibición conductual. Orientada en persona pero no en espacio y tiempo. Durante la valoración verbaliza abiertamente múltiples vivencias delirantes con importante desorganización conductual (realiza burlas e imitaciones) centradas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Escucho voces de mi pensamiento”. - “Estoy embarazada, mira mis pataditas”. - “Tengo que comprar ácido fólico, profilácticos, complejos vitamínicos...” <ul style="list-style-type: none"> - “Yo soy la jefa del hospital”. - “Soy agente de la ley” - “El psiquiatra es mi marido al igual que el vigilante de seguridad”. - “No sé por qué la gente me tiene envidia”
<p>Autopercepción/ Autoconcepto</p>	<p>Durante el ingreso presenta estado de manía e hipertimia con exaltación del estado de ánimo que durante el primer mes se traducía en disforia e irritabilidad hacia los profesionales de la unidad cuando se le intentaba reconducir, poner límites o explicar las normas de la unidad.</p> <p>Tras la disminución de la sintomatología positiva y la eutimia verbalizaba sentimientos de baja autoestima, “vergüenza” por su comportamiento.</p>
<p>Rol/ Relaciones</p>	<p>María vive con su madre y su hermano en Teruel con apoyo suficiente por parte de la madre. Actualmente es su única red social. No siente vínculo con ASAPME Verbaliza “me trataban como una enferma mental”. Presenta dificultad para iniciar y mantener relaciones de amistad entre iguales.</p> <p>Actualmente se encuentra desempleada y ha terminado un módulo de celador, lo que le generaba mucha ansiedad. Tiene reconocida una minusvalía del 59% por la que percibe una pensión no contributiva de 368,90 € mensuales (aspecto que preocupa a María).</p>
<p>Sexualidad/</p>	

Tabla 1: Valoración de Enfermería de Salud Mental por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (cont.)

Reproducción	Menarquia a los 14 años y amenorrea desde 2014. No ha tenido parejas estables en el pasado y no tiene pareja actualmente. No realiza conductas sexuales de riesgo. En cuanto a las relaciones afectivas, es a partir del cese la sintomatología positiva y maniaca, cuando María puede verbalizar el sentimiento de vacío y verbaliza “buscaba cariño desesperadamente”.
Adaptación/ Tolerancia al estrés	Labilidad emocional moderada/alta con ansiedad en relación a la situación actual abordado desde la contención verbal+ farmacológica y puntualmente mecánica. Presenta hipersensibilidad a las críticas de los profesionales.
Valores/ Creencias	No practica ninguna creencia religiosa. Describe sensación de fracaso por no haber alcanzado los propósitos laborales y personales.

IMC: Índice de Masa Corporal. ASAPME: Asociación Pro Salud Mental de Teruel.
Fuente: elaboración propia.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.

Tras la recolección de datos se organizaron y se obtuvieron la etiquetas diagnósticas enfermeras según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 2015-2017.

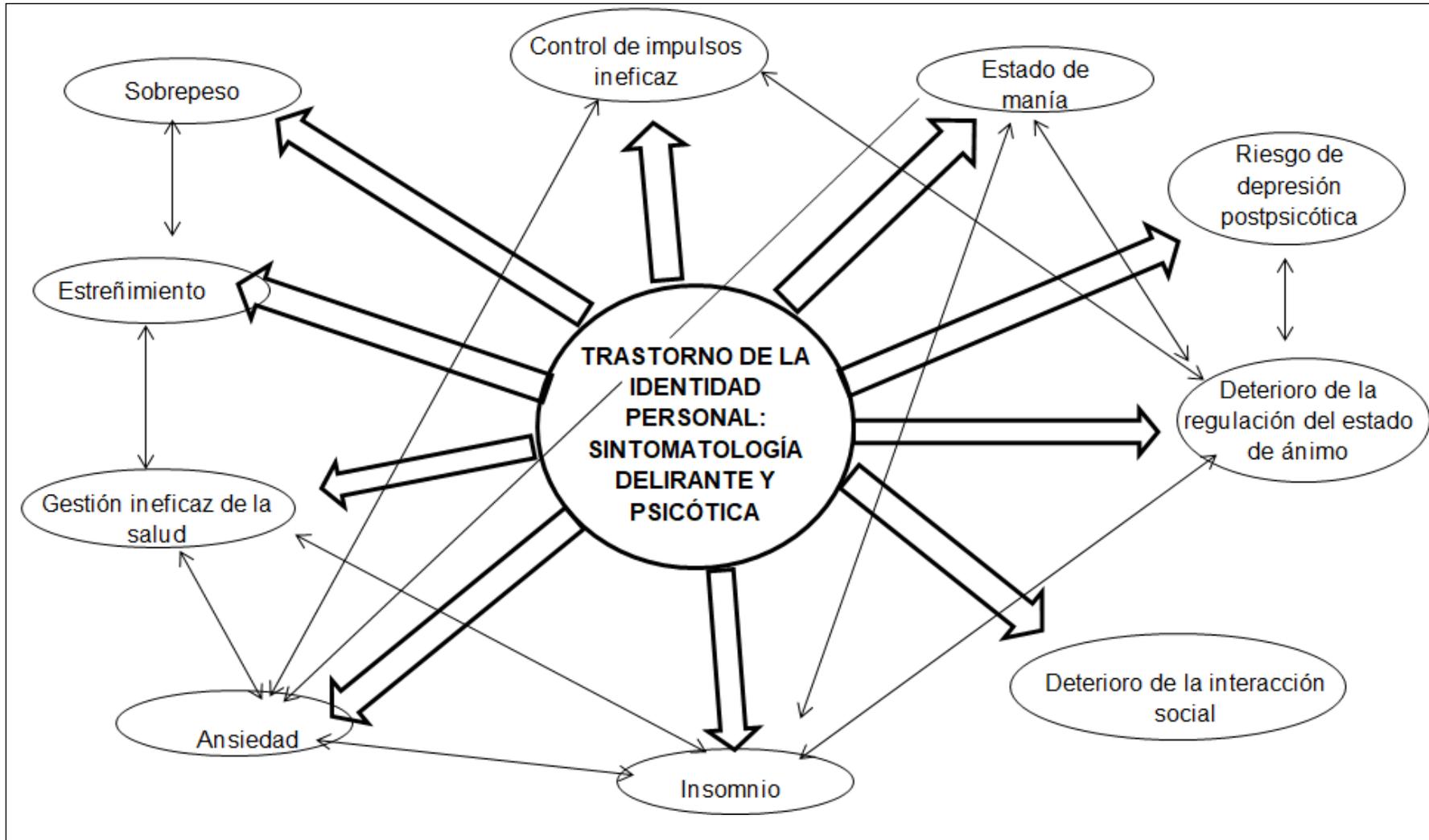
A continuación, se establecieron los criterios de resultados u objetivos y las intervenciones de enfermería con sus actividades correspondientes, considerando como referente las clasificaciones NOC (Nursing Outcomes Classification) en su 5ª edición y NIC (Nursing Interventions Classification) en su 6ª edición respectivamente (tabla 2) (Carretero y Ubis, 2018).

Para priorizar los diagnósticos de enfermería se utilizó la red de razonamiento de Daniel Pesut incluida en el modelo de ÁREA (figura 3) (Bellido, 2006; Rubio, 2014), permitiendo así realizar un trabajo en red y visualizar el diagnóstico o problema prioritario teniendo en cuenta todo el contexto holístico de María.

Respeto a los objetivos o resultados esperados en los diferentes diagnósticos de enfermería, se han realizado distintas mediciones en el tiempo, tanto en el momento del ingreso (en adelante PI), al mes (en adelante P1), a los dos meses (en adelante P2) y al alta (en adelante PA) utilizando la escala tipo Likert donde >>1<< es la peor puntuación y >>5<< es la mejor.

FIGURA 3. MODELO AREA: RED DE RAZONAMIENTO DE DANIEL PESUT

Adaptación al caso clínico



Fuente: elaboración propia

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN

<p>NANDA</p>	<p>(00146) Ansiedad RC crisis situacional (episodio maniaco con síntomas psicótico y delirantes) MP sentimientos de aprensión, falta de concentración, insomnio, bloqueo de pensamiento e hiperatención.</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p> <p>Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Objetivo: Que María maneje/disminuya la ansiedad en lo posible.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(1211) Nivel de ansiedad. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad verbalizada - Explosiones de ira y enfado. <p>(1402). Autocontrol de la ansiedad. Indicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planea estrategias para superar situaciones estresantes - Refiere disminución de la duración de la ansiedad. 	<p>Escala de evaluación tipo Likert</p> <p>PI: 1 P1:1 P2:3 PA: 5</p>
<p>NIC</p>	<p>(5820) Disminución de la ansiedad. Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva de María y ayudar a manejar la crisis de ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con atención y ayudar a disminuir la ansiedad. - Animar a que María manifieste los sentimientos y percepciones. <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad de María. <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información objetiva. - Administrar medicación prescrita y realizar seguimiento. 	

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00121) Trastorno de la identidad personal RC enfermedad psiquiátrica (episodio maniaco con síntomas psicóticos y delirantes) MP descripciones delirantes del yo (“ser la jefa del hospital, se la mujer del psiquiatra y del vigilante de seguridad, estar embarazada”, etc.)</p> <p style="text-align: center;">Dominio 6: Autopercepción Clase 1: Autoconcepto.</p> <p style="text-align: center;">Definición: Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo. Objetivo: Que María recupere la capacidad cognitiva y perceptual que le permita realizar un juicio objetivo de la realidad.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(11215) Conciencia de uno mismo. Indicador: - Mantiene la conciencia de los pensamientos.</p> <p>(1403). Autocontrol del pensamiento distorsionado. Indicadores: - Reconoce que tiene ideas delirantes. - Describe el contenido de las ideas delirantes. - Refiere disminución de las ideas delirantes.</p>	<p style="text-align: center;">Escala de evaluación tipo Likert</p> <p style="text-align: center;">PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p>
<p>NIC</p>	<p>(6450) Manejo de la ideas delirantes y psicóticas. Actividades. - Establecer una relación interpersonal de confianza con María - Evitar reforzar los síntomas positivos de su enfermedad. - Tranquilizar a María sobre su seguridad. - Administrar tratamiento pautado y realizar seguimiento.</p>	

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00095) Insomnio RC ansiedad y factores estresantes (síntomatología delirante y maniaca) MP dificultad para conciliar y mantener el sueño reparador.</p> <p style="text-align: center;">Dominio 4: Actividad/reposo Clase 1: Sueño/reposo</p> <p style="text-align: center;">Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. Objetivo: Que María recupere un patrón de sueño adecuado que le permita funcionar tanto físicamente como psicológicamente.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(0003) Descanso. Indicadores: - Descansa mentalmente. - Descansa físicamente.</p> <p>(0004). Sueño. Indicadores: - Horas de sueño. - Patrón de sueño.</p>	<p style="text-align: center;">Escala de evaluación tipo Likert</p> <p style="text-align: center;">PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p>
<p>NIC</p>	<p style="text-align: center;">(1850) Mejorar el sueño. Actividades. - Determinar el esquema de sueño/vigilia de María. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Fomentar el descanso. - Enseñar a dormir a María. - Favorecer la tranquilidad.</p> <p style="text-align: center;">(1610). Administrar medicación. Actividades. - Verificar las pautas de medicación antes de su administración y administrar tratamiento para el insomnio y realizar seguimiento.</p>	

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo RC enfermedad psiquiátrica (episodio maniaco) MP agitación psicomotora, disforia, irritabilidad, etc.</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuesta de afrontamiento.</p> <p>Definición: Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.</p> <p>Objetivo: Que María recupere un estado de ánimo compatible con un funcionamiento normalizado en la vida diaria.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(1302) Afrontamiento de problemas. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica patrones de superación eficaces e ineficaces. <li style="padding-left: 40px;">- Verbaliza sensación de control - Modifica el estilo de comportamiento para reducir el estrés. <li style="padding-left: 40px;">- Refiere aumento del bienestar psicológico. <p>(1204). Equilibrio emocional. Indicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muestra un afecto adecuado a la situación. <li style="padding-left: 40px;">- Muestra un estado de ánimo sereno. <li style="padding-left: 40px;">- Muestra control de impulsos. 	<p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 3</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 3</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 3</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p>
	<p>(5330). Control del estado de ánimo. Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades de María. - Relacionarnos con María a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos. 	

NIC

- Enseñar a María nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Ayudar a María a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando una almohada, arteterapia, actividad física vigorosa, distracción...).
- Ayudar a María a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo.

(5270) Apoyo emocional. Actividades.

- Comentar su experiencia emocional con María
 - Ayudar a María con el uso de mecanismos de defensas adecuados.
- Ayudar a María reconocer sentimientos tales como la ansiedad, la ira o la tristeza.
 - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo con María.
 - Educar sobre el proceso de enfermedad.
- Educar en salud a María sobre el tratamiento y los procedimientos terapéuticos.
 - Apoyar a la familia de María.

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00078) Gestión ineficaz de la salud RC conocimiento insuficiente de la enfermedad y del régimen terapéutico MP dificultad para llevar a cabo el régimen terapéutico prescrito</p> <p style="text-align: center;">Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud esperados.</p> <p>Objetivo: Que María retome la adherencia a las nuevas pautas de tratamiento terapéutico prescrito.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(1847) Conocimientos: Manejo de la enfermedad crónica (mental). Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de cumplir el régimen terapéutico. - Acepta el diagnóstico. - Sigue el tratamiento recomendado. - Busca ayuda para el autocuidado. <p>(2605) Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participa la familia en el plan terapéutico. - La familia colabora en el tratamiento de María. - La familia toma decisiones correctas cuando María está de permiso terapéutico. - La familia participa en el establecimiento de objetivos con María. 	<p>Escala de evaluación tipo Likert</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 5</p> <p>PI: 5 P1:5 P2:5 PA: 5</p> <p>PI: 5 P1:5 P2:5 PA: 5</p> <p>PI: 5 P1:5 P2:5 PA: 5</p> <p>PI: 5 P1:5 P2:3 PA: 5</p>
	<p>(5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento y (5602) enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a María y a su familia acerca del tipo de tratamiento planteado en UCE. - Determinar las experiencias previas de María y los conocimientos relacionados con el tratamiento actual. 	

NIC

- Enseñar el propósito del tratamiento.
- Evaluar el nivel de conocimientos respecto a la enfermedad y enseñar las manifestaciones de la misma a María y a su familia.

(7110) Fomentar la implicación familiar y (7140) Apoyo a la familia. Actividades.

- Establecer una relación personal con María y su familia.
- Identificar la capacidad de la familia de María para implicarse en su tratamiento.
 - Identificar las preferencias de la familia de María en el tratamiento.
 - Valorar la reacción emocional de la familia de María.
 - Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Obtener el consentimiento informado de la familia de María para la realización de la terapia electroconvulsiva.

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00011) Estreñimiento RC hábitos dietéticos inadecuados MP distensión abdominal, dolor al defecar, dolor abdominal y cambios en el patrón intestinal habitual</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal. Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación de dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación excesivamente duras y secas. Objetivo: Mejorar el patrón de evacuación intestinal de María.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(501) Eliminación intestinal. Indicadores: - Patrón de eliminación. Estreñimiento.</p>	<p>Escala de evaluación tipo Likert</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:4 PA: 5</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:4 PA: 5</p>
<p>NIC</p>	<p>(466) Administración de enemas. Actividades. - Determinar el objetivo con María de la administración de enemas rutinarios. - Explicar a María el procedimiento.</p> <p>(4330) Control intestinal y (450) Manejo del estreñimiento. Actividades. - Monitorizar el tránsito intestinal: frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. - Enseñar a María los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado. - Realizar seguimiento</p>	

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00233) Sobrepeso RC Ingesta de comida procesada y gasto energético inferior al consumo MP índice de masa corporal de 30.</p> <p>Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión</p> <p>Definición: Problema por el cual María acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo. Objetivo: Que María realice una ingesta calórica adecuada a sus necesidades energéticas y alcance un peso corporal óptimo.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(1009) Ingestión de nutrientes y (1006) peso: masa corporal. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta calórica. - Peso. - Porcentaje de grasa corporal. <p>(1622) Conducta de cumplimiento: dieta prescrita. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selecciona en el menú los alimentos más apropiados a la dieta prescrita (basal). - Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables. 	<p>Escala de evaluación tipo Likert</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 3</p>

NIC

(5246) Asesoramiento nutricional y (1260) Manejo del peso. Actividades.

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de María.
- Ayudar a María a identificar las conductas alimentarias que quiere cambiar.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud: síndrome metabólico.
- Comentar con María la relación entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
 - Comentar con María los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso saludable.
 - Determinar la motivación de María para cambiar los hábitos de la alimentación.
 - Determinar el peso ideal de María.
 - Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal de María.

(0200) Fomento del ejercicio. Actividades.

- Evaluar las creencias y preferencias de María en la actividad física.
 - Determinar sus motivaciones en la actividad física.
- Animar a María a realizar actividad física en los permisos terapéuticos.
- Ayudar a María a llevar a cabo un programa de actividad física acorde con sus necesidades.

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN (cont.)

<p>NANDA</p>	<p>(00052) Deterioro de la interacción social RC habilidades insuficientes para mejorar la reciprocidad MP deterioro del funcionamiento social</p> <p>Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 3: Desempeño del rol.</p> <p>Definición: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social. Objetivo: Lograr que María tenga un equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p>	
<p>NOC</p>	<p>(1502) Habilidades de interacción social. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperación con los demás. - Sensibilidad con los demás. <p>(1503). Implicación social. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interacción con el resto de usuarios de la UCE. - Interacción con los profesionales de la UCE. - Participa y acepta retomar el contacto con ASAPME. 	<p>Escala de evaluación tipo Likert</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 3</p> <p>PI: 1 P1:2 P2:3 PA: 4</p>
<p>NIC</p>	<p>(5100) Potenciación de la sociabilización. Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la autoestima. - Fomentar la interacción social. - Aumentar el soporte social. - Animar a María a desarrollar relaciones. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. 	

(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales. Actividades.

- Ayudar a María a encontrar los problemas interpersonales derivados del déficit de habilidades sociales.
- Enseñar a María las diferentes habilidades sociales y realizar puesta en práctica.
- Educar e implicar a la familia de María en el entrenamiento de habilidades sociales.

Fuente: elaboración propia.

RC: Relacionado Con.... MP: Manifestado Por.... Escala tipo Likert cuya puntuación oscila de >>5<< (la mejor posible) a >>1<< (la peor posible). PI: Puntuación al ingreso.
P1: Puntuación al mes. P2: Puntuación a los dos meses. PA: Puntuación al alta.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.

Las intervenciones y actividades descritas anteriormente en los diferentes diagnósticos del plan de cuidados de enfermería se han llevado a cabo durante los tres meses que ha estado ingresada María en UCE, logrando con ello, la puntuación deseada en la mayoría de los objetivos propuestos.

La manera de llevar a cabo estas actividades ha sido mediante terapia individual y terapia grupal, lo que ha permitido crear un espacio adecuado de aprendizaje e intercambio entre María y el equipo interdisciplinar mejorando así el insight.

Además la combinación del trabajo individual con el grupal ha permitido crear un escenario idóneo para disminuir la irritabilidad, la hostilidad hacia los profesionales y la sintomatología psicótica, delirante y maniaca.

DESARROLLO DE LA TERAPIA INDIVIDUAL:

La terapia individual con María se ha llevado a cabo mediante consulta con la psicóloga clínica, la psiquiatra y la enfermera especialista en salud mental.

Si bien, concretando el trabajo durante los tres meses de ingreso, se ha diferenciado tres etapas.

En la primera etapa se trabajó los diagnósticos *(00121) trastorno de la identidad personal*, *(00095) insomnio*, *(00146) ansiedad* y *(00241) deterioro de la regulación del estado de ánimo* mediante la combinación de dos tipos de terapia.

Por un lado, terapia no farmacológica para las etiquetas diagnósticas *(00095) insomnio*, *(00146) ansiedad* y *(00241) deterioro de la regulación del estado de ánimo* fundamentada en la relación de confianza con María, donde el equipo terapéutico le ha acompañado en todo momento en su proceso, ha escuchado el malestar que experimenta su sintomatología delirante y psicótica y ha facilitado sus expresiones de malestar, disminuyendo con ello la inquietud interna, la ansiedad y mejorando el descanso nocturno.

Y por otro lado, terapia farmacología para las etiquetas *(00121) trastorno de la identidad personal*, *(00095) insomnio*, *(00146) ansiedad* y *(00241) deterioro de la regulación del*

estado de ánimo basada en dosis elevadas de psicofármacos (variaciones en el tratamiento antipsicótico, eutimizante, hipnótico y ansiolítico), y terapia electroconvulsiva (se administraron un total de 17 sesiones: 3 veces por semana y 4 más de forma semanal).

Si bien, no fue hasta el inicio de la terapia electroconvulsiva cuando se observó una mejora en las puntuaciones de los objetivos planteados en los diagnósticos (00121) *trastorno de la identidad personal*, (00095) *insomnio*, (00146) *ansiedad* y (00241) *deterioro de la regulación del estado de ánimo*.

Por ello, desde el inicio de esta mejoría clínica se comenzó a plantear permisos terapéuticos con su familia por la tarde, que fueron aumentando hasta permisos de fin de semana, debido a la mejoría clínica que ha ido corroborando su madre (tanto en su organización en el hogar, como en su cuidado personal, en el insomnio, en la ansiedad o en la sintomatología delirante).

Con ello se promovió la implicación familiar en la recuperación y el manejo de la paciente fuera del entorno hospitalario.

Fue entonces cuando comenzó la segunda etapa del trabajo.

El pilar fundamental de esta etapa fue del diagnóstico (00121) *trastorno de la identidad personal* y con ello la terapia psicológica basada en la reestructuración cognitiva de las ideas delirantes y psicóticas.

También se trabajó el diagnóstico (00078) *Gestión ineficaz de la salud* mediante la identificación de la causa de la recaída y las dificultades de su gestión.

Además se trabajó con María el diagnóstico (00146) *Ansiedad* y (00241) *Deterioro de la regulación del estado de ánimo* mediante el abordaje de estrategias compatibles para poder manejar diferentes situaciones estresantes, y el reconocimiento de factores que intervienen en su estabilidad psicopatológica y cuales influyen en su desestabilización.

Tras este trabajo, María pudo reconocer el desencadenante de su actual crisis, concretamente identifica como posible factor la realización del curso de celadora y su esperanza de ser madre y tener pareja estable (dicho deseo lo verbaliza desde su traslado a Teruel pero sin la repercusión psicopatológica que tenía en el ingreso). Según la madre desde hace años verbaliza el deseo de formar una familia.

Por otro lado, en la etapa final del trabajo con María se trabajó la etiqueta diagnóstica de (00052) *deterioro de la interacción social* planteando retomar el vínculo terapéutico con el CD de ASAPME, como forma de iniciar relaciones sociales y favorecer la rehabilitación y su recuperación.

Además los diagnósticos (00233) *sobrepeso* y (00011) *estreñimiento* se trabajaron mediante la recomendación de hábitos saludables, como el ejercicio físico y la alimentación equilibrada para controlar el síndrome metabólico (IMC 30) tanto en la segunda etapa de como en el tercera.

Para terminar, también se trabajó en esta última etapa el diagnóstico (00241) *deterioro de la regulación del estado de ánimo* por el riesgo potencial de depresión postpsicótica, y se le plantea seguimiento exhaustivo desde CSM debido los sentimientos verbalizados: “estoy arrepentida y avergonzada por lo ocurrido me descompense, pero no sé por qué, siempre he tomado bien la medicación”.

DESARROLLO DE LA TERAPIA FAMILIAR:

Cabe destacar que, la terapia individual con María se ha llevado a cabo simultáneamente con la terapia familiar a través de consulta telefónica diaria y consulta presencial semanalmente en la UCE.

Los objetivos de la terapia con la familia de María fueron varios. Por un lado que tuvieran la oportunidad para beneficiarse de nuestro apoyo e incrementar su nivel de conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento. Y por otro lado entrenarles en estrategias de afrontamiento que optimicen el manejo de la enfermedad, la reducción del estrés y apoyo familiar.

Estos objetivos se han llevado a cabo mediante diferentes estrategias terapéuticas:

Psicoeducación familiar:

Para ello, en la consulta individual con la psiquiatra se le ofreció a la madre de María información sobre el trastorno esquizoafectivo, síntomas, factores de riesgo, factores protectores, origen de la enfermedad, tratamiento médico y psicoterapéutico.

Se abordó también la influencia biológica y genética de la enfermedad desde la teoría vulnerabilidad-estrés y se enfatizó en que María al tener dicha vulnerabilidad genética, el

estrés ambiental (en la recaída actual sería el curso de celador), puede influir en la aparición y severidad de los episodios como el presente.

También se le proporcionó información suficiente para que la madre fuera capaz de identificar los signos precoces de alarma y poder desarrollar un plan para prevenir recaídas.

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento y resolución de problemas:

Trabajar con la familia es de vital importancia, más aún en el caso de María donde su madre muestra ciertas dificultades para abordar la problemática que se ha ido presentando en las semanas antes al ingreso en UCE.

El trabajo con su madre permite poder reducir el riesgo de recaída de María, disminuir la gravedad de los síntomas o mejorar el funcionamiento social.

Por lo tanto, se realizó hincapié en la importancia tanto de la familia como de María de aprender a identificar, definir y solucionar problemas en la familia relacionados con el trastorno esquizoafectivo. Se les enseñó mediante diferentes pautas, a seguir una secuencia de pasos:

- Definir el problema que surja en ese momento.
- Generar una lista de posibles soluciones.
- Evaluar cual o cuales son las mejores.
- Formular un plan para llevarlo a cabo.
- Repasar los progresos realizados para solucionar el problema.

Por ejemplo, los primeros días que tenía permiso fuera de la unidad con su familia volvía con profilácticos, ácido fólico, chupetes, que tenía guardados en su bolso... la madre refería que los tenía en su habitación y que los encontró entre sus pertenencias.

Esa situación a su madre le genera ansiedad.

En ese sentido, se le propuso a su madre que guardara todos los objetos que tuvieran que ver con su sintomatología delirante y nos los diera, así posteriormente los pudimos utilizar cuando hizo crítica de su episodio actual.

Apoyo familiar:

La madre verbalizó en alguna consulta sentirse desbordada por la situación actual de María. Por ello, es necesario que sepa cómo actuar cuando la situación se vuelva complicada, avisar al hospital y proceder a actuar de la forma que convenga.

DESARROLLO DE LA TERAPIA GRUPAL.

Los grupos terapéuticos se llevan a cabo de manera rutinaria y organizada en UCE ajustándose en todo caso a las necesidades de los usuarios ingresados en ese momento.

Además estos grupos se imparten de manera concomitante a la terapia individual y familiar permitiendo así complementar el trabajo terapéutico y favorecer una recuperación temprana de las personas ingresadas.

En el caso individual de María, no fue hasta la segunda etapa del trabajo cuando comenzó a asistir de manera ininterrumpida a los grupos y se benefició potencialmente de los mismos.

Respecto al desarrollo de los grupos, los martes y jueves fueron llevados a cabo por la psicóloga clínica y los lunes, miércoles y viernes por las enfermeras especialistas en salud mental en colaboración con las TCAES.

Entre los grupos terapéuticos que se llevan a cabo y que ha participado María destacan:

Rehabilitación cognitiva (psicóloga clínica, enfermería especialista en salud Mental y TCAES).

Es el grupo terapéutico que se toma como punto de partida y es el pilar fundamental que engloba el resto de los grupos.

El objetivo general de la rehabilitación cognitiva en UCE es estimular las funciones cognitivas básicas de María implicadas en el procesamiento de la información: atención, memoria, percepción e integración de estímulos, orientación espacio-temporal, lenguaje y planificación de la conducta mediante la participación en los diferentes grupos terapéuticos.

Entrenamiento emocional, autocontrol y manejo del estrés (psicóloga clínica). Este grupo terapéutico permite trabajar los diagnósticos (00121) *Trastorno de la identidad personal*, (00146) *Ansiedad*, (00241) *Deterioro de la regulación del estado de ánimo* y (00078) *Gestión ineficaz de la salud*

Tiene por objetivo el entrenamiento en los procesos cognitivos más elaborados y complejos, que implicarían procesos como la empatía, la capacidad para reconocer

emociones y la capacidad para abstraer secuencias de comportamiento en las situaciones sociales.

Cabe destacar que la participación de María a este grupo fue mejorando en la segunda etapa del trabajo individual. Anteriormente no lograba permanecer sentada en grupo más de diez minutos y al escuchar la temática del grupo se frustraba y se marchaba rápidamente de la sala de terapias sin lograr su reconducción.

Conforme fue respondiendo a la terapia farmacológica y electroconvulsiva fue mejorando la participación en el grupo, asistiendo de manera ininterrumpida y mejorando con ello la capacidad de autocontrol y estrés.

Conciencia de enfermedad, vulnerabilidad y autoestima (psicóloga clínica). Este grupo permite trabajar los mismos diagnósticos que el grupo anterior.

Además, tiene por objetivo favorecer la conciencia de enfermedad para que María pueda tomar responsabilidad en su proceso de recuperación, así pueda darle valor y sentido al tratamiento recibido por parte del equipo terapéutico

Objetivos específicos:

- Promover una autoimagen realista y positiva.
- Explicar la enfermedad como característica típica del ser humano que no puede ser causa de vergüenza o discriminación.
- Reconocer la diferencia entre vulnerabilidad y crisis.
- Estudiar las enfermedades mentales, factores protectores y precipitantes de crisis.

En este grupo ocurrió algo similar al anterior, la inquietud interna de María durante la primera etapa del trabajo no le permitía mantener la atención durante más de diez minutos, entrando y saliendo constantemente de la sala.

Psicomotricidad (enfermería especialista en salud mental y TCAES). Orientado para trabajar las etiquetas diagnósticas de (00146) *Ansiedad*, (00241) *Deterioro de la regulación del estado de ánimo* y (00052) *Deterioro de la interacción social*

Este grupo permite trabajar los aprendizajes básicos necesarios para el proceso rehabilitador, ya que pretende reeducar la sociabilidad, paliar los trastornos motores,

reeducar la percepción, trabajar el desarrollo cognitivo y reeducar la expresión corporal. En este sentido el desarrollo la movilidad física será el medio mediante el cual se recupere las habilidades o movimientos específicos motores y destrezas básicas que permitirán ejecutar con normalidad acciones habituales de la vida diaria.

Los objetivos específicos que se plantean conseguir son:

- Lograr que María tenga una mejor vivencia y conocimiento de sí mismo, para que a través de ese conocimiento mejore la relación con el mundo que le rodea.
- Facilitar la movilización de María y potenciar el desarrollo de la psicomotricidad en áreas como flexibilidad, tonicidad, agilidad, coordinación y equilibrio.
- Mejorar la función física general de María.
- Crear nuevos hábitos saludables.
- Proponer la práctica cotidiana de ejercicio físico.
- Mejorar las relaciones interpersonales a través de la realización de actividad física.

En la UCE se lleva a cabo en la sala de terapia con la ayuda de colchonetas. La puesta en práctica de este grupo se hace mediante el desarrollo de estiramientos de los diferentes grupos musculares donde se trabaja el esquema corporal, el equilibrio, la lateralidad, el desplazamiento, la coordinación, la motricidad, el ritmo, etc.

La participación de María en este grupo fue mejorando paulatinamente conforme iba siendo capaz de controlar por ella misma la inquietud y la ansiedad.

Cuando logró ser capaz de relajarse y ser consciente de sí misma, pudo participar de manera activa y autónoma realizando los ejercicios que se plantearon en los grupos.

AVD: ABVD, AIVD y AAVD (TCAES y enfermería especialista en salud mental). Con estos talleres se trabajan los diagnósticos (00095) *Insomnio*, (00078) *Gestión ineficaz de la salud*, (00233) *Sobrepeso*, (00011) *Estreñimiento* y (00052) *Deterioro de la interacción social*

La descompensación de María pudo exteriorizarse sobre todo, las primeras semanas de ingreso en UCE, con déficits en los aspectos más básicos del autocuidado y la autonomía personal (higiene personal, aseo, alimentación, cuidado del entorno...)

El entrenamiento de las AVD pretende favorecer el manejo autónomo, además de que trabajando estos déficits lo que conseguimos es crear unos factores de protección personales al aumentar la capacidad de María de autocuidado y de autoprotección.

En definitiva lo que se pretende es la reeducación en las tareas de la vida diaria en UCE para el desarrollo posterior en el contexto comunitario.

Objetivos específicos que se plantean conseguir son:

- Preparar a María para que viva de manera más efectiva en la comunidad, alcanzando mayores cuotas de autonomía y de competencia social
- Entrenar a María en aquellas áreas instrumentales de la vida diaria donde se presentan déficits importantes
- Aumentar su calidad de vida, su autonomía y la capacidad de María en su entorno.

Los talleres específicos llevados a cabo en el grupo de AVD son los siguientes:

Cuidado del entorno.

La convivencia en el hospital requiere unas mínimas normas de cuidados de las instalaciones (habitación y otras zonas comunes) por lo que se hace necesario responsabilizar a María del correcto uso y cuidados de las mismas.

Objetivos:

- Hacer ver a María la necesidad de mantener el entorno en condiciones aceptables para una buena convivencia
- Conseguir que María se responsabilice en el mantenimiento del entorno.

Actividades.

- Recoger el baño.
- Hacer la cama.
- Ordenar el armario.
- Organizar los enseres personales.

- Recoger la habitación.
- Atender a las normas del hospital, respetar horarios, mantener la limpieza en las instalaciones, etc.

Durante las primeras semanas, debido al estado psicológico de María, resulto muy difícil que realizara de manera autónoma estas actividades, si bien, con ayuda y entrenamiento fue consiguiendo realizarlas de manera independiente supervisando la secuencia de tareas las TCAES.

Alimentación.

Se opta por este grupo debido a la enorme importancia que tiene el modo de alimentarnos en nuestra salud y sobre todo en nuestra salud mental.

Objetivos:

- Enseñar a María técnicas básicas de cocina: hervir, freír, manipulación de utensilios.
- Enseñar las técnicas culinarias recomendadas por la OMS.
- Integrar la cocina como parte importante en la recuperación de María.
- Conseguir que María sea consciente de que el modo de cocinar puede favorecer/dificultar el control del síndrome metabólico.
- Desarrollar habilidades adecuadas para esta tarea: limpieza, orden...
- Conseguir que el cocinar sea un hábito constante en la vida de María.
- Favorecer la convivencia y la comunicación entre María y el resto de usuarios.

La implantación de este grupo se hace efectivo mediante una parte teórica y otra práctica.

La parte teórica se lleva a cabo mediante la explicación de las diferentes técnicas culinarias, el aprendizaje de la lectura de las etiquetas de los alimentos, las caducidades, el consumo preferente, la importancia de la pirámide de la OMS y el semáforo de la dieta.

La puesta en práctica de este grupo se realiza en la sala habilitada para el comedor de pacientes mediante la elaboración de diferentes platos de comidas, postres... a la vez que se recuerda la parte teórica integrándola en la práctica.

La participación de María en este grupo fue parcial durante las primeras semanas por la incapacidad de centrar la atención en una tarea específica durante un tiempo, si bien, posteriormente debido a su implicación en el control del síndrome metabólico se integró de manera activa en el grupo.

Arteterapia. (enfermería especialista en salud mental y TCAES). Trabajando con ello los diagnósticos (00241) *Deterioro de la regulación del estado de ánimo*, ((00146) *Ansiedad* y (00078) *Gestión ineficaz de la salud*

En UCE se propone la arteterapia como medio coadyuvante a la rehabilitación integral de María.

Además, es el pilar para desarrollar la capacidad creadora de los usuarios a través de ejercicios de percepción, imaginación, razonamiento, memoria y sensibilidad estableciendo nexos con otras áreas de conocimiento y aplicando destrezas desarrolladas en otros grupos.

Objetivos específicos:

- Desarrollar la creatividad.
- Incrementar la capacidad sensorial.
- Desarrollar el hábito del orden y limpieza.
- Fomento del hábito de reciclado del material que desechamos en la unidad.
- Desarrollar habilidades manuales.
- Estimular la comprensión, concentración y habilidad de escucha al seguir instrucciones.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Favorecer la autoestima y confianza.
- Desarrollar el concepto de invertir el tiempo libre.

El taller por excelencia de este grupo es el de mándalas. Por medio de un soporte gráfico se llega a la meditación y a la concentración, se expresa la creatividad y se mejora así la motricidad fina y la autoestima.

La estimulación cognitiva con mandalas permite la activación de los dos hemisferios del cerebro.

El hemisferio derecho, el global y no verbal, donde residen capacidades como la imaginación, la intuición, la creatividad, la inspiración o el espacio.

En cambio, el hemisferio izquierdo, el lógico y verbal, donde se establecen las competencias de la racionalidad, el detalle o la coherencia.

Estos dos hemisferios se complementan cuando, después del dibujo, se realizan comentarios verbales, estimulando así las conexiones de las redes neuronales.

¿Y cómo participó María? Intentó asistir y mantener la concentración en el taller de mandalas desde que ingresó si bien, no fue hasta que fue capaz de controlar su inquietud interna, cuando pudo sostener la atención en el taller y participar de manera productiva.

Grupo de lectoescritura (enfermería especialista en salud mental y TCAES). Llevado a cabo para trabajar los diagnósticos (00078) *Gestión ineficaz de la salud* y (00052) *Deterioro de la interacción social*

Es la forma más habitual de expresar de manera consciente lo que uno siente. Permite conocer muchos aspectos de los usuarios, de su nivel cultural, del mundo que le rodea y como está inmerso en el mismo.

Objetivos específicos:

- Ejercitar la lectoescritura.
- Fomentar la comunicación entre iguales, potenciando la expresividad y la capacidad de escucha atenta.
- Permitir la canalización de ansiedad, estados de ánimo, etc. A través de la expresión escrita y la lectura grupal
- Potenciar la autoexpresión

- Prevenir el aislamiento social y la tendencia a la soledad, fomentando la interacción entre iguales.

La manera de llevar a cabo este grupo es mediante la lectura grupal y debate de los *cuentos de pensar de Jorge Bucay*.

¿Cómo participó María? Durante las primeras semanas resultó muy difícil que María lograra atender la lectura del cuento y consiguiera extraer el significado del mismo.

Si bien, como he comentado en el resto de grupos, posteriormente fue logrando participar: primero escuchando y posteriormente leyendo, escuchando y debatiendo.

Grupo de prensa (enfermería especialista en salud mental y TCAES). Permitiendo trabajar los diagnósticos de (00078) *Gestión ineficaz de la salud* y (00052) *Deterioro de la interacción social*

Es uno de los programas más extendidos dentro del campo de la salud mental, pues es un buen método para interrelacionar y contactar con el grupo.

El periódico nos conecta con el mundo, con lo que ocurre fuera de nuestra realidad.

Además, una noticia hace aflorar sentimientos, positivos y negativos, provoca sensaciones, te hace recordar algo olvidado y sirve de nexo de unión con la cultura.

Objetivos específicos:

- Potenciar el contacto con la realidad y con el mundo que nos rodea.
- Fomentar las conversaciones, discusiones... como método de interrelación con el resto, así como mejorar la comunicación entre los participantes.
- Favorecer la expresión de ideas.
- Motivar a los usuarios a utilizar este medio comunicación.
- Crear un hábito de lectura y trabajar la capacidad de síntesis.

Este taller se intenta realizar cada mañana ya que en la UCE disponemos de periódico diario, seleccionando las noticias más importantes, leyéndolas y debatiendo en grupo.

María, durante el tiempo que se mantuvo psicopatológicamente productiva, no logró escuchar ninguna noticia ya que a todas les atribuía un significado personal, si bien, posteriormente fue mejorando su participación.

Grupo de orientación ocupacional y ocio y tiempo libre (enfermería especialista en salud mental y TCAES). En este taller se trabajó sobretodo la etiqueta diagnóstica de (00052) *Deterioro de la interacción social*.

Dado que el objetivo general de la rehabilitación debe ser mejorar la calidad de vida, el ocio y el tiempo libre deben ser considerado como una variable más, puesto que conforma un área de ocupación del ser humano junto con las AVD y la productividad. En María, uno de los problemas es el ocio insatisfactorio o de baja calidad o también denominado “ocio forzado” puesto que tiene un exceso de tiempo libre que no es ocupado de manera satisfactoria.

Por ello, las actividades de ocio son un importante elemento rehabilitador. Pero para ello, es necesario cierto entrenamiento y educación en saber cómo emplear el tiempo libre y en qué.

Estos grupos tienen diferente finalidad u objetivo si se llevan a cabo de manera acompañados por su familia (a partir del quinto de día de ingreso y por las tardes) a si se llevan a cabo acompañados del personal (permite que los profesionales observen conductas de los pacientes que de otra a manera no sería posible, detectar posibles déficits en su manejo en la comunidad, permite una relación más cercana con el usuario fuera del contexto hospitalario...)

La organización de las salidas terapéuticas acompañados por el personal depende del estado de la unidad, de los usuarios de la UCE y de la cantidad de personal.

Por ello, la puesta en práctica de este grupo es menor de la que a los profesionales nos gustaría (en ocasiones falta personal para realizarla), hay usuarios involuntarios con riesgo de no volver... si bien, durante los tres meses que María estuvo ingresada fueron varias las salidas que realizamos, donde pudimos apreciar la dificultades que presenta en la interacción con el resto de compañeros (al mantener una conversación grupal participa pasivamente cuando se le pregunta), no inicia conversaciones, tiende a aislarse del grupo durante los paseos en el parque, etc.

CONCLUSIONES.

La elaboración de un plan de cuidados de enfermería y su aplicación permite:

- Afianzar una base científica de conocimientos.
- Posibilita la práctica enfermera basada en la evidencia.
- Mejora la gestión del conocimiento, los resultados, la calidad y eficiencia.
- Mejora la autonomía profesional.
- Aporta un lenguaje enfermero.
- Permite medir y evaluar el producto enfermero potenciando la investigación enfermera.
- Asegura la continuidad de cuidados.

Si bien, todo plan exige una evaluación de los resultados que sirva como indicador del trabajo realizado.

La evaluación en sí misma es un proceso circular y continuo en el que podemos y debemos valorar la idoneidad o no de las intervenciones realizadas por las enfermeras, mejorar las mismas, identificar en qué nivel del proceso se ha producido el error o la causa de la no consecución de un objetivo y así, poder reiniciar dicho proceso a partir del error.

Concretamente en María, respecto a los diagnósticos trabajados en el plan de cuidados, se ha alcanzado el grado deseado de conocimiento en las etiquetas diagnósticas de NANDA (00146) *Ansiedad*, (0012) *Trastorno de la identidad personal*, (00095) *Insomnio*, (00078) *Gestión ineficaz de la salud* y (00011) *Estreñimiento*.

Además cabe destacar, que durante el tiempo que permanece ingresada en UCE, la familia de María decidió mudarse a un pueblo de Teruel por motivos económicos y personales, a lo que la paciente respondió de manera adaptativa, verbaliza: “llevaré una vida tranquila, paseando los perros”. Si bien, se muestra preocupada por la mudanza.

Por otro lado, es importante señalar la importancia de la continuidad de cuidados de enfermería a través del CSM y el CD de ASAPME para seguir trabajando sobre los diagnósticos propuestos y alcanzar el grado deseable de resultados en (00241) *Deterioro*

de la regulación del estado de ánimo (riesgo de depresión postpsicótica), (00233) Sobrepeso y (00052) Deterioro de la interacción social.

Tras producirse el alta de la UCE, María ha sido derivada al CSM. Allí se plantea seguir una línea terapéutica basada en un contrato (que se especifica a continuación) entre María, su psiquiatra y su enfermera de salud mental:

- Retomar el contacto con ASAPME como recurso clave para su rehabilitación psicosocial. El asistir regularmente a CD le permitirá continuar con el trabajo realizado en los grupos de UCE, profundizando en los que María considere más oportunos para ella: la mejora de los sistemas de sociabilización (00052) *Deterioro de la interacción social*, la búsqueda de trabajo remunerado, etc.

Además, desde su nuevo domicilio (que está a 20 minutos en coche de Teruel) podrá desplazarse regularmente a las actividades programadas en el CD, ya que la usuaria dispone de carnet de conducir y coche propio lo que facilitará este enganche.

- Retomar las visitas regulares con su psiquiatra habitual en CSM. Recurso clave para el control farmacológico y psicopatológico (tanto la ausencia de sintomatología positiva, como el abordaje del insomnio, la ansiedad, la eutimia, entre otros) trabajando con ello la consecución de los resultados esperados en la etiqueta diagnóstica (00241) *Deterioro de la regulación del estado de ánimo (riesgo de depresión postpsicótica)*.
- Retomar las visitas regulares con su enfermera de salud mental en CSM. Recurso clave para el control del síndrome metabólico y el estado emocional de María consiguiendo las puntuaciones deseadas en los diagnósticos (00241) *Deterioro de la regulación del estado de ánimo (riesgo de depresión postpsicótica)* y (00233) *Sobrepeso*.

LIMITACIONES

En cuanto a las barreras que he podido encontrar como enfermera de salud mental en este caso clínico es la gran dificultad para poder acercarme a María durante el primer mes y medio de ingreso, ya que su actitud era de hiperalerta con gran desconfianza hacia nosotros, lo que le producía elevados niveles de inquietud y ansiedad.

Durante esta parte del ingreso, mi trabajo personal con María se ha basado en la administración del tratamiento pautado y en el acompañamiento tanto diurno como nocturno escuchando y validando sin confrontar sus ideas delirantes e intentando que le generara el menor malestar posible.

Algunas de las situaciones que por la noche producían inquietud en María era la hora de mantener el sueño, ya que hasta pasado un mes de ingreso no consiguió normalizarlo. María tenía buena capacidad para conciliar el sueño (sobre las 21h se solía dormir), si bien, sobre las 2-3h de la mañana era frecuente que se despertara siendo muy difícil que volviera a conciliar el sueño, incluso muchas veces vociferaba en la unidad, dificultando el descanso del resto de los usuarios. En este caso se le acompañaba en su cama (si la usuaria lo permitía) y se le escuchaba activamente hasta que conseguía conciliar el sueño de nuevo.

Recuerdo un turno de noche (sobre las 3 de la mañana) que María se acercó al control de enfermería vociferando que estaba de parto. Ella misma verbalizada fuertemente “estoy de parto, mira las estrías del embarazo, mira mis tetitas, mira mis pataditas, tengo contracciones...”. Durante el tiempo que la paciente verbalizó estar de parto se le acompañó y se le escuchó el malestar que esta situación le generaba. Además estaba convencida que ciertos profesionales le teníamos envidia y le queríamos perjudicar.

Otra de las situaciones que también se generaba con bastante frecuencia en los turnos de mañana era la reunión diaria de los profesionales, María la interrumpía con frecuencia intentado flirtear con un psiquiatra de la unidad (que ella reafirmaba constantemente ser su marido). En este caso se trabaja intentando que la psiquiatra de referencia no fuera el psiquiatra del delirio erotomaniaco, si bien, al no visitarle el mismo María se frustraba diciendo que le teníamos envidia.

Respecto a los turnos de tarde (al volver de los permisos terapéuticos con su familia), María nos traía diferentes objetos relacionados con su sintomatología delirante: profilácticos, ácido fólico, otros complejos vitamínicos, chupetes, etc. Esta situación ocurría con bastante frecuencia. La manera de actuar en la UCE era recoger los objetos y guardarlos en sus pertenencias, si bien, muchas veces María nos lo pedía y al devolverle que los teníamos nosotros guardados se inquietaba y se enfadaba con los profesionales que en aquel turno estuviéramos.

En resumen, el trabajo con María resulto complicado durante el primer mes y medio ya que la sintomatología positiva condicionaba la relación terapéutica con la misma.

También me gustaría resaltar el momento en que María hizo crítica de su sintomatología delirante, ya que verbalizada sentimientos de vergüenza, de fracaso. Durante ese tiempo se le reforzó la capacidad de autocrítica y se le animó a retomar el seguimiento con CD ASAPME y CSM como vehículo para seguir su proceso de recuperación.

Otra de las limitaciones que he tenido es el tiempo y el espacio ya que no me permite observar en primera persona el curso completo de la recuperación de María en el CSM y en CD al encontrarme trabajando a jornada completa en la UCE.

Sin embargo, en UCE mantenemos contacto con CSM de manera habitual y desde este recurso me corroboran de manera periódica sobre su estabilidad psicopatológica y su enganche adecuado al CD.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Allgood, M.R.; Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Science.
- Almajano Navarro, V., Marco Arnau, I., Morales Rozas, A.B., González Asenjo, H., Cinca Monterde, C., Rubio Soriano, C., García Marco, I., Marco Royuela, P y Alonso Martínez, V. (2014). Introducción. En Almajano Navarro, V., et al. (Eds.), *Diagnósticos enfermeros en salud mental. Identificación, desarrollo y aplicación* (pp. 3-7). Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Gobierno de Aragón.
- Álvarez González, M.J y Arkáute Estrada, I (2004). El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E. En Alonso, M y Álvarez, MJ (Eds.), *Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería*. (pp. 23-28). Alaba.
- American Psychiatric Association. (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En American Psychiatric Association. (Eds.), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (pp. 49-71). Washington: American Psychiatric Association
- Arias, P., Camps C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., Gibert, C., González Cases, J., Mayoral, F., Moro, J., Pérez, F., Rodríguez, A y Uriarte, JJ. (2002). Atención integral a las personas con trastornos mental severo (TMS). Papel de la rehabilitación y apoyo comunitario. En: Arias et al. (Eds.), *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. (pp. 11-31). Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería: AENTDE. (2019) *¿Qué es AENTDE?* Recuperado de: <https://www.aentde.com/pages/aentde/quienessomos>
- Asociación Europea de Diagnósticos, Intervenciones y Resultados Comunes de Enfermería (ACENDIO). (2019). *Haciendo visible la enfermería*. Recuperado de: <http://www.acendio.net/about/>
- Associació de Familiars de Malalts Mentals de les Terres de l'Ebre. (2013). *Cómo reconocer el trastorno esquizoafectivo*. Recuperado de:

<http://www.afmmebre.org/index.php/noticias-de-la-malaltia-mental/414-como-reconocer-el-trastorno-esquizoafectivo>

Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers. Association Internationale Sans But Lucratif. (2019). *Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers (AFEDI)*. Recuperado de: <https://afedi.com/>

Béjar A., Blasco, I., Buatas, M.A., Cardona, F., Caro, F., Castán, C., Colomer, A., Heras, N., Iparraguirre, T., Martínez, M., Pelegrín, C., Pelegrín, F., Perez, M., Pibernat, P., Pinilla, M.A., Quetglás, B., Tarí, A y Vallespi, A. (2003) *programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental*. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud.

Bellido Vallejo, J.C. (2006). Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Rev Inquietudes*, 35, 21-29.

Benabarre, A. (2013). *Manual para pacientes con trastorno esquizoafectivo*. Madrid: Entheos

Benavent, M.A., Ferrer, E y Francisco del Rey, C. (2001). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: DAE

Benavent, M.A., Ferrer, E y Francisco del Rey, C. (2009). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: DAE.

Berdayes Martínez, D., Expósito Concepción, Y., García González, A., Zubizarreta Estévez, M., Figueredo Villa, K., Hernández Cortina, A., Guardado de la Paz, C., Aguilera Serrano, Y., Masso Betancourt, E., Alfonso Mora, M., Rivero Martínez, N., Castillo Mayedo, Juan Antonio., Ramos Martínez, F y Encarnación, J.F. (2008). Modelos y teorías de enfermería. En Berdayes et al., (Eds.), *Bases conceptuales de enfermería* (pp. 23-64). La Habana (Cuba): Ciencias Médicas.

Bibliovirtual. (2019). *Proyecto N.I.P.E. Normalización de Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Recuperado de: <https://bibliovirtual.wordpress.com/2011/03/08/proyecto-nipe/>

- Bulechek, G.M., Blutcher, H., Dochterman, J.M., & Wagner, C. (2013). *Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier
- Cabal E, V.E y Guarnizo T, M. (2011). Enfermería como disciplina, Nursing as a discipline. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 73-81. Recuperado de: <file:///C:/Users/Nuria%20Sim%C3%B3n%20Alonso/Downloads/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648.pdf>
- Carretero Román, J y Ubís Gonzalez, A. (2018). *MESAMENTAL: metodología enfermera en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.
- Carretero Román, J., Megías Lizangos, F y Cuesta Lozano, D. (2017). Módulo 1 Introducción. Historia de la psiquiatría y la enfermería psiquiátrica. En Carretero Román, J., Megías Lizangos, F y Cuesta Lozano, D (Eds.), *Actualización en salud mental para enfermería* (pp. 22-26). Madrid: Fnn.
- Carretero Román, J., Megías Lizangos, F y Cuesta Lozano, D. (2017). Módulo 2 Psicopatología. En Carretero Román, J., Megías Lizangos, F y Cuesta Lozano, D (Eds.), *Actualización en salud mental para enfermería* (pp. 16-29). Madrid: Fnn.
- Castillero Mimenza, O. (2019). *Emil Kraepelin: biografía de este psiquiatra alemán*. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/biografias/emil-kraepelin>
- Colliere, F.M (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Colomer Simón, A.J., Granda López, J.M. y Rams Claramunt, M.A. (2003). Introducción: Necesidades más frecuentes en los pacientes psiquiátricos. En Colomer Simón, AJ., Granda López, JM. y Rams Claramunt, MA. (Eds.), *Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón* (pp. 13-16). Servicio Aragonés de Salud
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985). Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 5(13), 204-222. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810/14679>

- Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental. Boletín Oficial de Aragón, núm. 117, de 3 de octubre de 2007, pp. 13504 a 13505. Recuperado de: <https://www.ocez.net/archivos/vocalia/48-3-11694.pdf>
- Fornés Vives, J. (2005). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados*. Madrid: panamericana
- Fornés Vives, J y Gómez Salgado. (2007). *Evolución histórica y modelos conceptuales en Salud Mental y Psiquiatría*. Madrid: FUDEN
- Fornés Vives, J. (2014). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados* Madrid: panamericana.
- Fornons Fontdevila, D. (2010). Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index en enfermería, 19(2-3): sin pp. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022
- Guillaumet i Olives, M., Fargues i García I., Subirana i Casacuberta M. y Bros i Serra M. (2005). Teoría del cuidado humano: Un café con Watson. *Metas de Enfermería*, 8(2): 28-32.
- Guirau, A.J., Camaño R y Cuesta, A. (2001). *Diagnósticos de enfermería: categorización, formulación e investigación*. Valencia: Edversitas Multimedia.
- Heather Herdman T. & Shigemi Kamitsuru. (2015). Parte 1. Cambios en la terminología NANDA International. En T. Heather Herdman, RN, PhD, FNI. (Ed.), *NANDA internacional: Diagnósticos Enfermeros, Definición y clasificación 2015-2017*. (pp. 3-15). Barcelona: Elsevier.
- International Council of Nurses. Consejo Internacional de Enfermeras. Conseil International des Infirmières. (2019). *Consejo internacional de enfermeras*. Recuperado de: <https://www.icn.ch/es>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A; Mayor, F. (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- King, I.M. (1984). Un marco conceptual para la enfermería. En King, I.M (Ed.), *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. (pp. 13-31). Florida: Limusa.
- Lermanda S, V., Holmgren G, D., Soto-Aguilar, F y Sapag S, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar?. *Rev chil neuro-psiquiat*. 51(1), 46-60. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art07.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de Abril de 1986, pp. 1986 a 10499. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, núm 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442 a 41458. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Lieberman, R.P. (1988/1993). *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- López Ruiz, J. (2003). Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición. *Enfermería Clínica*. 13(4):227-236.
- Marriner Tomey, A y Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en Enfermería*. 6ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby
- Martínez, JF. (2019). *Trastorno Esquizoafectivo: causas, síntomas y tratamiento. ¿En qué consiste este trastorno y cómo actuar para minimizar sus efectos?*. Recuperado de: <https://psicologiymente.com/clinica/trastorno-esquizoafectivo>
- Martín-Perez Gutiérrez, M y Araque Montiel, D. (2012). Otros trastornos psicóticos: trastornos psicoafectivos, trastornos delirantes y trastornos esquizofreniforme. En Araque Montiel, D y Serrano Martínez, F (Eds.), *Psiquiatría y trastornos psiquiátricos* (pp. 81-101). Madrid: Logoss.

- Mayoclinic.org. (2019). *Trastorno esquizoafectivo*. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizoaffective-disorder/symptoms-causes/syc-20354504>
- Medlineplus. (2018). *Trastorno esquizoafectivo*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000930.htm>
- Moorhead, S., Johnson, M., Swanson, E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (5ª ed.). Barcelona: Elsevier
- Murillas L, M.L. (2010). *Epistemología del cuidado: Teorías y modelos en enfermería*. Recuperado de: <http://epistemologiadelcuidado.blogspot.com/2010/04/teorias-y-modelos-de-enfermeria.html>
- Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Boletín Oficial del Estado, núm. 196, de 17 de agosto de 1983, pp. 22596 a 22596. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-22092>
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Boletín Oficial del Estado, núm. 123, de 24 de mayo de 2011, pp. 51802 a 51822. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/05/24/pdfs/BOE-A-2011-9081.pdf>
- Orta González, M.A., Vázquez Hachero, G., Ponce Domínguez, J., Ponce Domínguez, M.C., Nieto Barrera, C.P y González Palanco, E.M. (2001). *Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy*. pp. 495-498. Recuperado de: https://nanopdf.com/download/proceso-de-atencion-de-enfermeria-modelo-de-sor-callista-roy_pdf
- Personasque.es. (2019). *¿Qué es el trastorno esquizoafectivo? Causas y síntomas*. Recuperado de: <https://www.personasque.es/trastorno-bipolar/salud/diagnostico/trastorno-esquizoafectivo-1842/>
- Quiñonez Telles, R.H. (2016). *Teoría de sistemas. Betty Neuman*. Recuperado de: https://www.academia.edu/31536696/Teoria_de_sistemas_Betty_Neuman

- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 240, de 7 de octubre de 2006, pp. 34864 a 34870. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/10/07/pdfs/A34864-34870.pdf>
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 108, de 6 de mayo de 2005, pp. 15480 a 15486. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
- Rodríguez Seoane, E., Leonseguí Guillot, R.A., Serrano Gil, A., Echevarría Abasolo, A y Martín Fidalgo, P. (2015). *Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa. Cuidados, atención y aspectos jurídicos*. Madrid: Díaz de Santos
- Rubio Sevilla, J.C. (2014). Pape de la enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. *Enfermería Cardiológica*. (61): 25-31.
- Sales Orts, R. (2005). *Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Sevilla (Facultad de Medicina: Psiquiatría): Sevilla.
- Sanchez Gómez, P.M y Eguíluz Uruchurtu, I. (2012). Contenido del pensamiento. En Eguíluz Uruchurtu, I y Segarra Echebarría R. (Eds.), *Introducción a la psicopatología: una visión actualizada. 3ª edición*. (pp.80-99) Madrid: panamericana.
- Sandoval Chacón, C. (sin año). El plan individualizado de rehabilitación (PIR) en personas con problemas de salud mental: la experiencia del hospital nacional psiquiátrico. *Revista cúpula*. 22(1): 11-22. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n1/art2.pdf>
- Sanitas.es. (2019). *Escala Downton ante el riesgo de caídas*. Recuperado de: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html>
- Sociedad española de enfermería intensiva y unidades coronarias (SEEIUC). (2019). *Clasificación internacional para la práctica de enfermería (CIPE)*. Recuperado de: <https://seeiuc.org/recursos/profesional/practicas-profesionales/terminologia-estandarizacion/>

Trigás Ferrín, M. (2007). *Escala de Lawton y Brody (Philadelphia Geriatric Center). Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*. Recuperado de: <https://meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf>

Watson, J. (1992). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma

5. ANEXOS

1. Correspondencia de las categorías diagnósticas de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos entre las distintas versiones del DSM.
2. Escala Downton y Lawton Brody
3. Análisis del caso: variables predisponentes (históricas), precipitantes, conductas y áreas problema, variables de mantenimiento, refuerzos de la conducta problema, consecuencias y efectos de las conductas problema.
 - Figura número 4.
 - Tabla número 3.
4. Formulación del caso: hipótesis explicativa de las conductas problema.

ANEXO NÚMERO 1: CORRESPONDENCIA DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS ENTRE LAS DISTINTAS VERSIONES DEL DSM.

DSM-1	DSM-II	DSM-III	DSM-III-R	DSM- IV y IV-TR	DSM-5
<i>Trastornos psicóticos</i>	<i>Psicosis no atribuidas a ninguna de las condiciones físicas enumeradas</i>	<i>Psicosis no atribuibles a ninguno de los trastornos somáticos enumerados</i>		<i>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</i>	<i>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</i>
Reacciones esquizofrénicas, tipos: <ul style="list-style-type: none"> - Simple - Hebefrénico - Catatónico - Paranoide - Crónico indiferenciado - <u>Esquizoafectivo</u> - Infantil - Otros y no especificado 	Esquizofrenia, tipos: <ul style="list-style-type: none"> - Simple - Hebefrénico - Catatónico (excitado o inhibido) - Paranoide - Crónico indiferenciado - Latente - <u>Esquizoafectivo</u> (excitado o deprimido) <ul style="list-style-type: none"> - Infantil - Residual - Otro y no especificados - Episodio esquizofrénico agudo 	Trastornos esquizofrénicos: <ul style="list-style-type: none"> Esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> - Desorganizada - Catatónica - Paranoide - Indiferenciada - Residual 	Esquizofrenia: <ul style="list-style-type: none"> - Desorganizada - Catatónica - Paranoide (<i>especificar si es tipo estable</i>) - Indiferenciada - Residual 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Esquizofreniforme - Psicótico breve - <u>Esquizoafectivo</u> - Psicótico debido a enfermedad médica - Psicótico inducido por sustancias - Delirante - Psicótico compartido (<i>folie à deux</i>) - Psicótico no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Esquizofreniforme - Psicótico breve - <u>Esquizoafectivo</u> - Psicótico debido a una afección médica - Psicótico inducido por sustancias - De delirios - Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia - Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico - Catatonía: <ul style="list-style-type: none"> - Asociada a otro tr mental - Debido a otra afección - No especificada

Reacciones paranoides: - Paranoia - Estado paranoide	Estados paranoides: - Paranoia - Estado paranoide involucional - Otro estado paranoide	Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados: - Esquizofreniforme - Psicosis reactiva breve - <u>Esquizoafectivo</u> - Psicosis atípica	Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados: - Esquizofreniforme - Psicosis reactiva breve - <u>Esquizoafectivo</u> <i>(especificar si: tipo bipolar o depresivo)</i> - Psicosis atípica - Trastorno psicótico inducido.	- Trastorno esquizotípico de la personalidad
Reacción psicótica sin otros cambios estructurales claramente definidos anteriormente.	Otras psicosis: - Reacción depresiva psicótica - Excitación reactiva - Confusión reactiva - Reacción paranoide aguda - Psicosis reactiva no especificada	Trastornos paranoides: - Paranoia - Tr. paranoide compartido - Tr. paranoide agudo - Tr. paranoide atípico	Trastorno delirante (paranoide)	
Trastornos afectivos mayores (psicosis afectivas): - Melancolía involucional - Trastorno maniaco depresivo (subtipos) - Otros trastornos afectivos mayores.				
Psicosis no especificada				

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 2: ESCALA DOWNTON. Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.

Caídas previas	No Si	0 1
Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes-sedantes Diuréticos Hipotensores (no diuréticos) Antiparkinsonianos Antidepresivos Anestesia	0 1 1 1 1 1 1
Déficits sensitivo-motores	Ninguno Alteraciones visuales Alteraciones auditivas Extremidades (parálisis, paresia...)	0 1 1 1
Estado mental	Orientado Confuso	0 1
Deambulaci3n	Normal Segura con ayuda Insegura con ayuda/sin ayuda Imposible	0 1 1 1
Edad	< 70 a1os > 70 a1os	0 1

Fuente: elaboraci3n propia

Puntuaci3n total: 2 → No riesgo de caídas.

ANEXO 2: ESCALA DE LAWTON BRODY. Autonomía para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Capacidad para usar el teléfono	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
	Marca unos cuantos números bien conocidos	1
	Contesta el teléfono pero no marca	0
	No usa el teléfono	0
Ir de compras	Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
	Compra con independencia pequeñas cosas	0
	Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
	Completamente incapaz de ir de compras	0
Prepara la comida	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
	Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
	Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
Cuidar la casa	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
	No participa en ninguna tarea doméstica	0
Lavado de ropa	Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
	Lava ropa pequeña	1

	Necesita que otro se ocupe del lavado	0
Medio de transporte	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	1
	No viaja	0
Responsabilidad sobre la medicación	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
Capacidad de usar el dinero	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
	Incapaz de manejar el dinero	0

Fuente: elaboración propia

Puntuación total: 7/8 → Autónoma para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

ANEXO 3: ANÁLISIS DEL CASO.

- Figura número 4.
- Tabla número 3.

Figura número 4. Análisis del caso

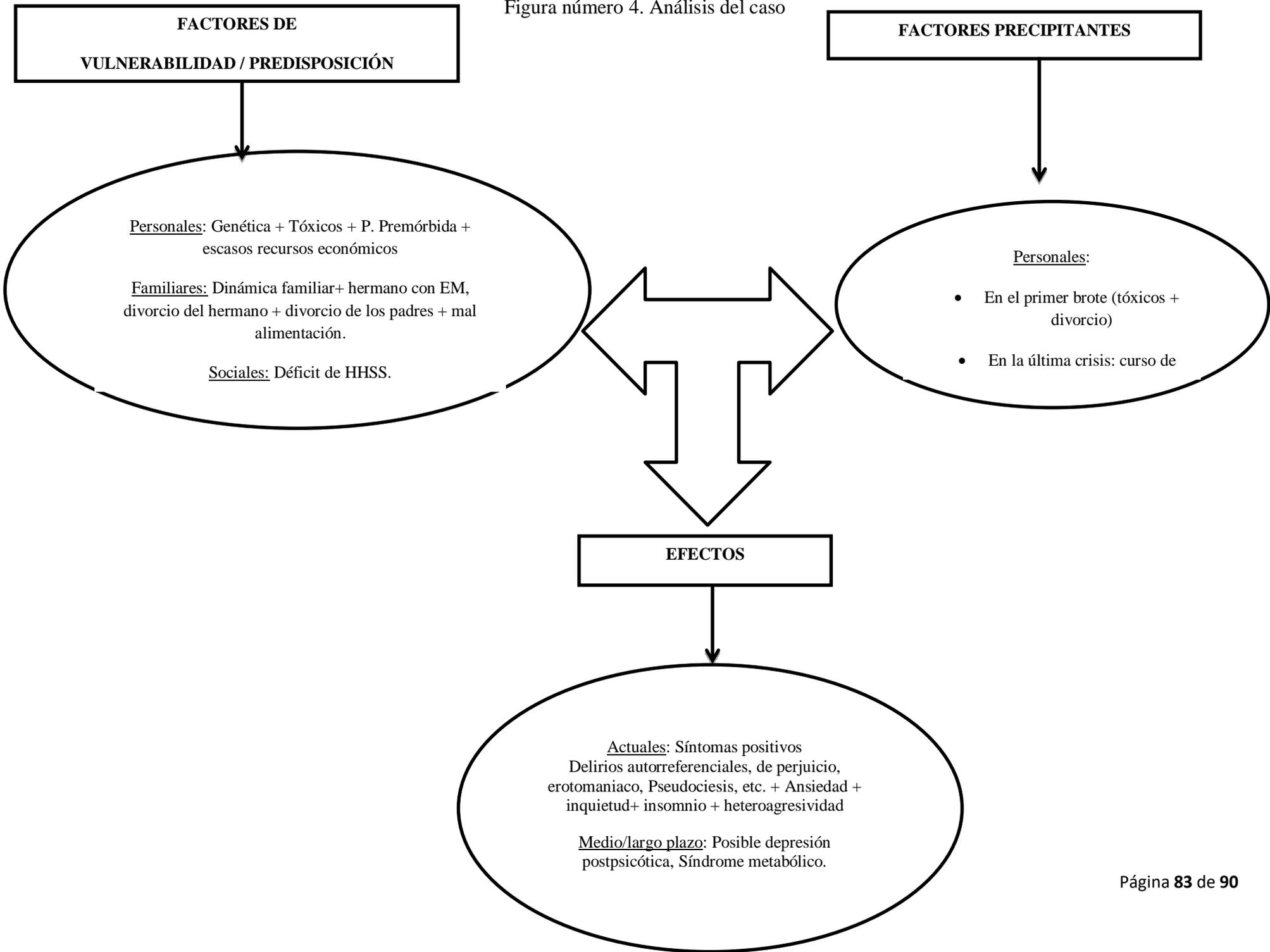


Figura número 4. Análisis del caso (cont.)

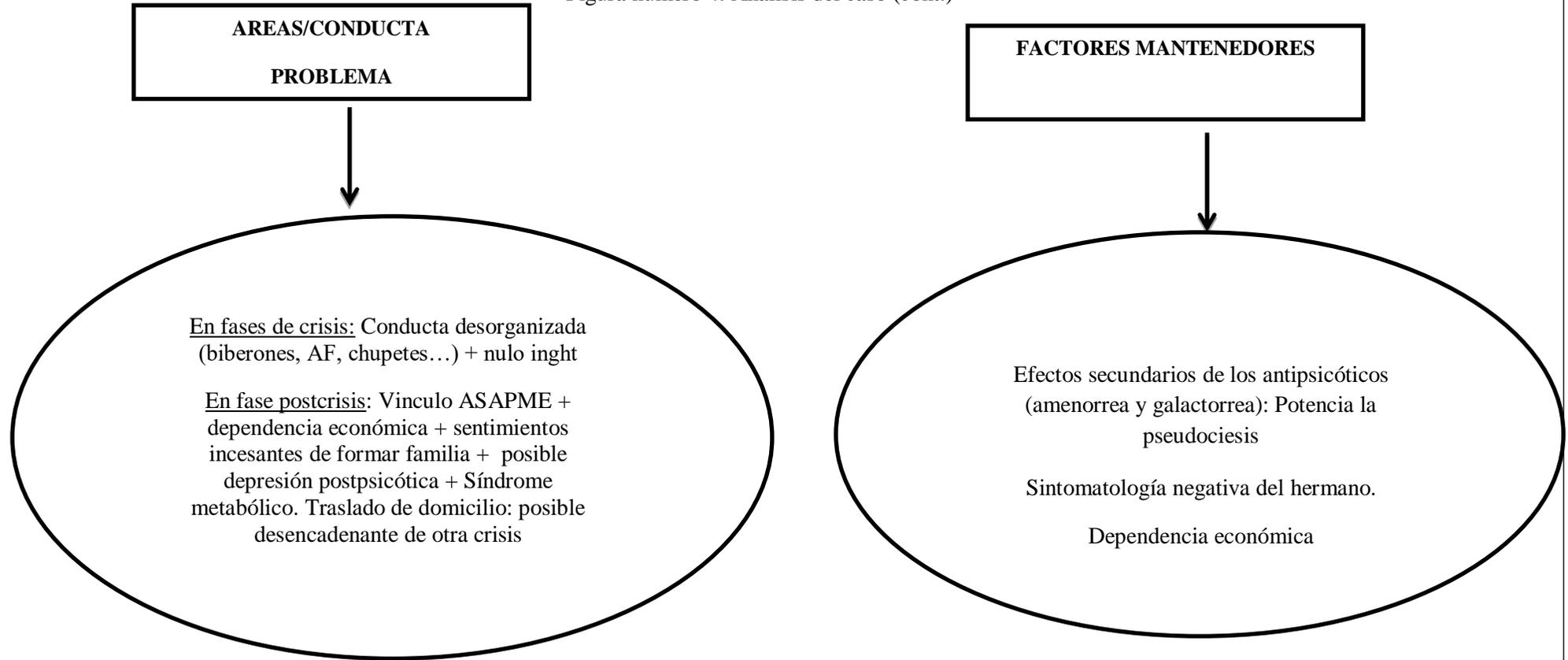


Tabla número 3. Análisis del caso

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DESENCADENANTES	AREAS PROBLEMAS	CONDUTAS PROBLEMA	VARIABLES MEDIADORAS/ MODERADORAS	EFECTOS	FACTORES MANTENIMIENTO
<p><u>Personales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilidad genética (tía paterna y hermano con EM) - Tóxicos (consumo de marihuana en el primer episodio. Tras este consumo aparecen los primeros síntomas de lo que parece una fase prodrómica y entra por primera vez en contacto con los servicios de salud mental) - Personalidad premórbida (tímida callada, vergonzosa...) que dificulta el inicio de relaciones sociales. - Escasos recursos económicos (aspecto que preocupa a María) 	<p><u>En el primer episodio (16 años):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Posible condicionante el consumo de sustancias (marihuana). - Divorcio de los padres. - Comienza el deseo de tener pareja. <p><u>En otros episodios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amenorrea/galactorrea que precipita la pseudociesis. - Deseo mantenido de formar una familia que en momentos puntuales se convierte en delirante. <p><u>En la actualidad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificación del tto farmacológico por parte del psiquiatra debido a la diarrea persistente. - Curso de celadora. 	<p><u>En fases de crisis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nula conciencia de enfermedad. - Sintomatología delirante y psicótica: <ul style="list-style-type: none"> *Pseudociesis, “parto psicológico con contracciones” *De perjuicio “me tienen envidia”. *Erotomaniaco “el psiquiatra es mi marido”. *De grandeza: “soy la jefa del hospital” - Ansiedad /inquietud causada por la sintomatología delirante - Insomnio secundario a la misma clínica. 	<p><u>En fases de crisis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprar biberones, chupetes, ácido fólico, profilácticos. - Episodios de heteroagresividad hacia el entorno cuando se le confronta “puñetazos y patadas a las puertas y paredes”. - No conciencia de enfermedad. - No poder conciliar el sueño y cuando lo concilia muy fragmentado (por las noches verbaliza “estar de parto”). 	<p><u>Positivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Apoyo + en los dispositivos de salud mental. Nivel intelectual adecuado y no existe un deterioro cognitivo ni sintomatología negativa En las fases postcrisis, ausencia de sintomatología psicótica o sintomatología encapsulada que no interfiere en su vida y sin dificultades de sueño. Buen desempeño laboral cuando ha trabajado. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Directo: Ansiedad e inquietud.</u> Producido por lo que ella verbalizaba “estoy de parto, mira las estrías del embarazo, mira mis tetitas, mira mis pataditas...” - <u>Directo: Heteroagresividad.</u> Cuando se le intentaba confrontar/reconducir - <u>Directo: Insomnio.</u> Le dificulta tener un sueño reparador. Durante el primer mes de ingreso dormía 2-3 horas diarias, con insomnio global. - <u>Directo: Contención mecánica y farmacológica IM</u> cuando la situación 	<p>Efectos secundarios de los antipsicóticos (amenorrea y galactorrea): Potencia la pseudociesis</p> <p>Sintomatología negativa del hermano que puede influir en la recuperación de María.</p> <p>Dependencia económica.</p>

Tabla número 3. Análisis del caso (cont.)

<p>- Trabajos remunerados muy esporádicos como dependienta o cajera.</p> <p>- Cambio de residencia en 2017 a Teruel.</p> <p>- Nulas relaciones de pareja.</p> <p><u>Familiares:</u></p> <p>- Mala relación entre los padres (padre “evanescente”) o ausente.</p> <p>- Divorcio de los padres.</p> <p>- Convivencia con diversos trastornos psicológicos en la familia que pueden desencadenar condicionantes sociales de estigmatización.</p> <p>- Dificultades del hermano mediano con actual deterioro cognitivo secundario a la EM)</p> <p>- Único apoyo real: la madre</p>	<p>- Nula relaciones sociales ni de pareja en la nueva residencia.</p>	<p><u>En el alta y fase postcrisis:</u></p> <p>- Déficit de relaciones sociales.</p> <p>- Síndrome metabólico</p> <p>- Depresión postpsicótica</p> <p>- Cambio de residencia (posible factor predisponente/desencadenante de otra reagudización)</p>	<p><u>En el alta y fase postcrisis:</u></p> <p>- No acudir ni sentirse vinculada a ASAPME.</p> <p>- Personalidad premórbida que dificulta las relaciones sociales (tímida, callada, introvertida...)</p> <p>- Alimentarse de comida procesada cuando la madre no le supervisa lo que potencia el síndrome metabólico.</p> <p>- Sentimientos negativos: verbaliza sentirse “avergonzada” por el comportamiento que ha tenido durante los tres meses de ingreso en UCE.</p>	<p>Buena conciencia de enfermedad (excepto en los momentos de crisis)</p> <p>Buena adherencia farmacológica (no abandono de tto en ningún momento) y seguimiento.</p> <p>Buena motivación y actitud en relación a iniciar actividades académicas y laborales (actualmente ha realizado un curso de celador).</p> <p>- No consumo de tóxicos actualmente</p> <p>- Capacidades en ABVD conservadas</p> <p><u>Negativos:</u></p> <p>- Único apoyo real y referencia: la madre</p> <p>- Amenorrea y galactorrea ya que</p>	<p>ponía en riesgo su seguridad o el de los demás usuarios.</p> <p>- <u>Directo: Conductas desorganizadas.</u> Comprar ácido fólico, biberones, chupetes, profilácticos. Se pegaba en su habitación un cartel que ponía “jefa del hospital”, entraba al despacho de los psiquiatras y hablaba refiriéndose al psiquiatra como su pareja...</p> <p>- <u>Medio plazo: Tras su recuperación.</u> Emanan sentimientos de vergüenza, con exteriorización de su personalidad (tímida, callada, vergonzosa....)→ puede desencadenar una depresión postpsicótica</p>	
--	--	--	---	--	--	--

Tabla número 3. Análisis del caso (cont.)

<p><u>Acontecimientos traumáticos:</u> - Conflicto con el hermano mayor.</p> <p><u>Sociales:</u> - Tanto en Lérida como en Teruel, escasa red social. Dificultad de relación entre iguales, tímida, introvertida.</p>				<p>potencia su sintomatología delirante.</p> <p>- Comprar biberones, chupetes, ácido fólico...</p>	<p>- <u>Medio plazo:</u> <u>Incremento del síndrome metabólico.</u></p> <p>- <u>Medio plazo:</u> <u>Amenorrea/galactorrea:</u> En diferentes situaciones estresantes puede volver a desencadenar sintomatología delirante.</p>	
---	--	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia

Es importante señalar que diferentes acontecimientos en un principio podrían ser solo predisponentes.

Si bien, en el caso de María han sido predisponentes y precipitantes. Por ello en la tabla anterior se clasifican tanto en predisponentes como en desencadenantes. Se señalan algunos de ellos:

- Consumo de marihuana.
- Divorcio de los padres.
- Nula red social
- Deseo incesante de ser madre y tener pareja.
- Curso de celadora.
- Amenorrea y galactorrea secundaria al tratamiento farmacológico.

ANEXO 4. FORMULACIÓN DEL CASO: HIPÓTESIS EXPLICATIVA DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA.

Hipótesis de origen.

Desde mi criterio clínico María se ha educado en un entorno familiar donde los roles de autoridad estaban mal repartidos/definidos. Un padre que trabajaba como camionero y que por lo tanto pasaba grandes temporadas fuera del hogar y que se ha visto poco involucrado en el cuidado de sus hijos. Estamos por tanto ante un padre ausente o evanescente que su objetivo es la manutención de la familia.

La madre es la única figura de responsabilidad, autoridad y de referencia, la cual invertía diez horas diarias en su trabajo (empresa de limpieza) y el resto del día en la educación de sus hijos y cuidado del hogar.

Posiblemente las grandes temporadas fuera del hogar del padre influyó en que el matrimonio de ambos progenitores terminara cuando María contaba con 16 años.

Este acontecimiento estresante (que no tiene por qué ser traumático), unido al consumo de sustancias tóxicas como forma de poder iniciar relaciones sociales, forman variables precipitantes que fusionadas con las variables predisponentes (vulnerabilidad genética, personalidad premórbida) formaban un escenario idóneo para que María precipitara en su primer brote psicótico con 16 años.

Desde que María con 16 años tuvo el primer brote psicótico ha mantenido buena adherencia psicofarmacológica, quizás beneficiado o potenciado por la figura materna que sirvió y sirve actualmente como modelaje hacia la misma

Posiblemente, el deseo de tener pareja, formar una familia y tener trabajo remunerado tenga que ver con poder así independizarse de su hogar (hermano con EM y sintomatología predominantemente negativa), sentirse realizada y sentir cariño diferente al materno, un cariño sentimental que quizás nunca antes lo había sentido.

Hipótesis de mantenimiento.

Posiblemente la falta de cariño paterno y el déficit de cariño materno (gran parte del día lo invertía trabajando) ha hecho que su gran sentimiento de vacío se convierta actualmente en su “ansia o deseo incesante” de encontrar cariño externo al familiar y quizás ese deseo

es lo que hace que determinados momentos estresantes unidos a los efectos secundarios de los psicofármacos (variables mantenedoras) se convierte en un escenario idóneo para florecer la sintomatología delirante y “olvidarse” de su EM.

Por otro lado, la sintomatología negativa del hermano unida a su personalidad de base también influye en María para relacionarse entre iguales (van juntos a todas partes). Además esta siempre ha ejercido de cuidadora de su hermano cuando su madre estaba trabajando fuera del hogar. Digamos que la EM se hace más evidente y ha deteriorado más en su faceta exterior al hermano que a María. Quizás esa sintomatología negativa influye en que ni María ni su hermano sintieran enganche terapéutico con ASAPME.

Además, esta sintomatología por defecto del hermano hace que cuando la madre no se encuentre en el hogar, fomenta en María el sedentarismo y la ingesta de comida procesada potenciando con ello el síndrome metabólico.

Añadido a esto, la dependencia económica de la usuaria tampoco ayuda a que pueda iniciar una vida independiente.

En el momento actual, los factores mantenedores que pueden potenciar otra fase de crisis son los efectos secundarios de los psicofármacos y la nueva mudanza a un pueblo de Teruel, que según como lo gestione María puede ser un acontecimiento lo suficientemente estresante como para desajustarla.

Actualmente se está trabajando para que María pueda recuperar el enganche terapéutico en CD de ASAPME y desde allí junto con el CSM se trabajen las relaciones sociales entre iguales, el control del peso y el control emocional (riesgo de depresión postpsicótica).