



Premios 2008

de Proyectos de Investigación
IX Edición

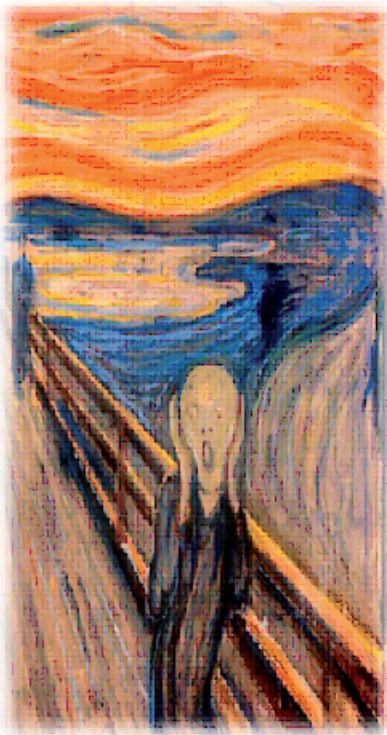




Protocolo de Enfermería para la mejora del Funcionamiento Social del Enfermo de Esquizofrenia



Eva María Sánchez Alcalá
Enfermera Interna Residente
Unidad Docente de Salud Mental de la Comunidad Valenciana
Promoción 2007-2008



Mi deseo es que el reconocimiento a este proyecto sea aliciente y motivación para las nuevas promociones de enfermeras/os internos residentes.

AGRADECIMIENTOS

A Rocío Albuixech, tutora de este proyecto, por su dedicación.

A Salvador Albertos, coordinador de la Unidad Docente, por transmitirme ilusión por la investigación en enfermería y por todo el cariño prestado durante este año.

Al Servicio de Psiquiatría del Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, a la Unidad Docente de Enfermería de Salud Mental y a la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), por colaborar en mi formación.

A Dani, por su respeto y apoyo incondicional.

A mi familia, por apoyar cada una de mis etapas y proyectos.

A mis compañeros de residencia, en especial a Zaida.

A los pacientes, de los que tanto he aprendido.

Y a todos los que me habéis ayudado a alcanzar esta meta.

A todos,

Gracias.

ÍNDICE

1	RESUMEN	7
2	PALABRAS CLAVE	8
3	ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	9
4	JUSTIFICACIÓN	14
5	HIPÓTESIS	17
6	OBJETIVOS	18
	6.1. Objetivo General	18
	6.2. Objetivos Específicos	18
7	MATERIAL Y MÉTODOS	19
	7.1. Diseño de la investigación	19
	7.2. Metodología de la investigación	19
	7.3. Ámbito de estudio	20
	7.4. Sujetos de estudio	21
	7.4.1. Criterios de inclusión	21
	7.4.2. Criterios de exclusión	21
	7.5. Variables	22
	7.5.1. Variables independientes	22
	7.5.2. Variables dependientes	22
	7.6. Instrumentalización	23
	7.6.1. Plan de cuidados de enfermería ajustado a criterios NANDA, NOC y NIC	23
	7.6.2. Escala de Funcionamiento Social	26
	7.7. Recogida de datos	27
	7.8. Análisis de los datos	28
	7.9. Duración del proyecto	28



7.10. Etapas de desarrollo	28
7.11. Personal implicado y distribución de tareas	31
7.12. Resultados esperados	31
8 UTILIDAD	33
9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	34
10 CUESTIONES ÉTICAS	35
11 PERMISOS Y AUTORIZACIONES	36
12 RECURSOS Y PRESUPUESTO	37
13 CONCLUSIONES	38
14 BIBLIOGRAFÍA	39
15 ANEXOS	42
I. Esquema de la metodología del estudio	43
II. Cronograma del estudio	44
III. Hoja informativa para los participantes	45
IV. Consentimiento informado	46
V. Hoja de registro de datos personales	47
VI. Valoración de Enfermería	48
VII. Hoja de registro del plan de cuidados	60
VIII. Escala de Funcionamiento Social	61
IX. Protocolo de enfermería	64
X. Cronograma del protocolo	72



RESUMEN

El proyecto pretende probar si la inclusión en un protocolo de enfermería de los enfermos de esquizofrenia en tratamiento rehabilitador biopsicosocial mejora el funcionamiento social del paciente.

El protocolo de enfermería tiene como finalidad favorecer la adaptación y el cumplimiento al tratamiento rehabilitador a través de la terapia de apoyo, proporcionando un control de la evolución del paciente que permita la respuesta rápida ante los incumplimientos, las recaídas y los posibles efectos indeseables, a la vez que contribuye a la mejora del funcionamiento social del enfermo. Se desarrollará en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USM), como complemento al tratamiento rehabilitador realizado en el Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS), a través de quince entrevistas al paciente y/o su familia.

La evaluación de la eficacia del protocolo enfermero se hará a través de una gradación de los criterios NIC, NOC, NANDA y la medición del funcionamiento social a través de la Escala de Funcionamiento Social. Ambos instrumentos de medida se aplicarán a todos los participantes antes y después de la intervención de enfermería.

Será un estudio experimental, de tipos casos - controles, y tendrá dieciocho meses de duración.

Ambos grupos recibirán tratamiento farmacológico y estarán inmersos en el programa de rehabilitación biopsicosocial del CRIS. El grupo casos recibirá seguimiento por parte de la enfermera especialista en salud mental de la USM, la cual aplicará un plan de cuidados individualizado, en el que se incluirá el protocolo de terapia de apoyo diseñado. El grupo control continuará con su seguimiento habitual.



2 PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia

Rehabilitación Biopsicosocial

Unidad de Salud Mental

Protocolo de Enfermería

Terapia de Apoyo

Escala de Funcionamiento Social



3 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La denominación enfermedad mental crónica incluye a cualquier enfermedad mental de curso prolongado, pero entre ellas cabe destacar los trastornos psicóticos en general y la esquizofrenia en particular.

El término esquizofrenia fue acuñado por el psiquiatra y neurólogo suizo Bleuler en 1908, aunque previamente había sido identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1868 bajo el nombre de Demencia Precoz. (*Betancur MI. 1994*). En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un trastorno caracterizado por alteraciones de la percepción, el pensamiento y las emociones.

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia tanto de síntomas psicóticos como por un incisivo deterioro en el funcionamiento cognitivo, afectivo, social y de la vida diaria, que afecta a todas las esferas de la vida del individuo. Estas manifestaciones, unidas al inicio temprano de la enfermedad y a su elevada presencia en la población, que puede llegar hasta el 1%, hace de la esquizofrenia una de las principales causas de cronicidad e incapacidad en la sociedad actual. (*Jiménez JF et al. 2002*).

Estas características de la enfermedad indican la necesidad de poner en marcha un tratamiento a largo plazo en el que se impliquen múltiples profesionales en los diversos servicios de apoyo comunitario. (*Rigol A. 2001*).

Ya a finales del siglo pasado, gracias al auge de los modelos de consenso científico sobre la esquizofrenia, se desarrollaron las actuales modalidades de tratamiento, así como los modelos de asistencia a la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. De este modo, se pasó de la asistencia asilar a la comunitaria, se introdujeron los neurolépticos como fármacos de elección y se combinaron los tratamientos farmacológicos con intervenciones psicológicas, lo que ha ido demostrando su eficacia en la prevención de recaídas, la mejoría del cuadro clínico y en la repercusión del funcionamiento social del paciente. Estos avances



han permitido que la esquizofrenia se presente como una alteración susceptible a los tratamientos psicosociales.

Dentro de este marco general, los últimos años han presenciado un importante esfuerzo en desarrollar y divulgar recomendaciones para optimizar el tratamiento de la esquizofrenia. En esta línea, el Instituto Nacional de Salud Mental Estadounidense constituye un equipo investigador que, basándose en la evidencia científica disponible, concluye que estas terapias deben consistir en una mezcla de tratamiento farmacológico antipsicótico, rehabilitación psicosocial y tratamiento comunitario asertivo. *(Vallina O. 2002).*

MD Crespo Hervás, en su publicación sobre Rehabilitación y Psicoeducación en la Esquizofrenia, afirma que “las intervenciones psicosociales son un complemento ideal de los fármacos. El tratamiento farmacológico combinado con la rehabilitación social consigue una recuperación mejor del paciente que el empleo de cada una de estas técnicas por separado. Los fármacos suelen ser necesarios, pero nunca suficientes, mientras que la rehabilitación casi siempre logra mejores resultados con la administración de la medicación cuidadosamente prescrita”. *(Crespo MD. 2007. P. 555).*

En el Documento de Consenso sobre Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave, publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2003, se define la Rehabilitación Biopsicosocial como “Una filosofía de intervención asistencial en el abordaje del trastorno mental grave (TMG). Esta filosofía se articula en un proceso continuado, con diversos eslabones interdependientes, para la práctica profesional, iniciándose en el momento del diagnóstico y desarrollándose a lo largo de la trayectoria de la vida de la persona. La rehabilitación de las personas con TMG ha de ser una prestación más dentro de los servicios sanitarios, siguiendo la filosofía que la sustenta, y con el apoyo de los recursos sociales se logrará alcanzar el objetivo último de la integración plena en la sociedad”. *(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003. P. 22).*

La rehabilitación biopsicosocial pretende minimizar las incapacidades resultantes de la enfermedad mental para lograr el máximo funcionamiento social del paciente, concibiendo este como



la capacidad de conseguir y mantener un autocuidado apropiado, una labor productiva y relaciones personales significativas. (Cavieres A. *et al.* 2005).

La esencia de la rehabilitación psiquiátrica en la esquizofrenia es el desarrollo de habilidades personales que compensen las incapacidades derivadas de la enfermedad, según las indicaciones del Consejo Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia, de la Sociedad Española de Psiquiatría, de 1998. (Puente R. *et al.* 2007).

En la actualidad, después de un período en el que la asistencia psiquiátrica se limitaba a la prestada en los hospitales psiquiátricos, el peso de la rehabilitación está actualmente en los programas específicos de los centros de salud mental y en los recursos intermedios inmersos en la comunidad. (Alapont J. 2002).

La Unidad de Salud Mental (USM) se considera el eje de los programas asistenciales en salud mental. Son servicios comunitarios integrados en la red sanitaria pública, inmersos en el nivel de atención sanitaria especializada. Su competencia es atender a las derivaciones realizadas por los centros de salud correspondientes a las zonas básicas de salud integradas en su territorio: el distrito sanitario, que a su vez se integran en una delimitación territorial más amplia: el área sanitaria, en la que se sitúan los recursos intermedios de rehabilitación, como los Centros de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS).

El equipo asistencial de salud mental se organiza según programas, superando las prácticas tradicionales basadas en la mera consulta y promoviendo nuevos roles profesionales para titulados medios como los profesionales de enfermería especialistas en salud mental. (Rebolledo S. 1994).

En relación a esto, Javier Alapont, Coordinador Provincial de Salud Mental de la Diputación de Valencia en 2002, ya afirmó que “frente a períodos pasados de ausencia de recursos rehabilitadores y la creciente incorporación de estos a la dinámica asistencial socio sanitaria, es imprescindible la presencia de enfermería en salud mental como elemento catalizador y organizador de los procesos asistencial y rehabilitador”. (Alapont J. 2002. P 15).



El Plan de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana incluye, entre otros, como principios básicos del plan de salud mental la atención orientada al paciente con una concepción integral, con inclusión de actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, contemplando la continuidad de los cuidados y el abordaje multidisciplinar. Además, indica que la atención ha de ser programada y evaluable, con actuaciones basadas en programas, objetivos, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

En el capítulo cinco de dicho plan, titulado Organización y Funciones de los Recursos Asistenciales en Salud Mental, en lo referente a las Unidades de Salud Mental (USM), indica que estas proporcionarán programas y acciones individuales de rehabilitación y reinserción social a los enfermos que lo necesiten. En ese mismo capítulo, detalla las funciones de enfermería en la USM, entre las que se destacan: aplicar el plan de cuidados de enfermería, seguimiento de pacientes por medio de protocolos, participar en la investigación y en la elaboración de protocolos y programas de salud mental. (*Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Comunidad Valenciana. 2001*).

Se denomina protocolo de enfermería a la definición y descripción ordenada de las acciones de enfermería que se han de llevar a cabo en una situación determinada, especificando claramente la responsabilidad del profesional. Los protocolos de seguimiento y control establecen las pautas terapéuticas y de seguimiento de determinadas patologías previamente diagnosticadas.

A nivel individual existen diversos enfoques utilizados en la práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia, pero se elige la Terapia de Apoyo, base del protocolo de enfermería diseñado, porque se ha descrito como el modelo de tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes y es posible que sea la intervención empleada con más frecuencia en los servicios de salud mental. (*Buckley LA et al. 2007*).

Buckley, Pettit y Adams, en su Estudio sobre Terapia de Apoyo para la Esquizofrenia realizado en 2007, la definen como: “Cualquier intervención realizada por una sola persona que tuviera por objetivo mantener el funcionamiento presente o ayudar a los pacientes con sus habilidades pre-existentes”. (*Buckley LA et al. 2007. P. 1*).



La terapia de apoyo es un tipo de psicoterapia muy usada en contextos psiquiátricos comunitarios. No depende de ninguna teoría preponderante, sino que utiliza teorías psicodinámicas para comprender como cambian las personas.

Son objetivos distintivos de la terapia de apoyo el alivio de los síntomas, el mantenimiento o restauración funcional, el aumento de la autoestima y la mejora de la adaptación al estrés interno y externo. (*Ursano R. et al. 2004*).

Los principios de la terapia de apoyo son: ayuda inmediata al paciente, centrarse en el presente, implicación familiar, reducir la ansiedad, clarificar y resolver problemas mediante el uso de diversos procedimientos, incluidos el asesoramiento, la confrontación de apoyo, el establecimiento de límites, la educación y el cambio ambiental, la ayuda al paciente para evitar crisis futuras. Se trata, por tanto, de mejorar la capacidad del paciente de adaptarse a convivir con la enfermedad y su entorno.

Rockland, en 1993, afirma que la terapia de apoyo es útil en el tratamiento de la esquizofrenia, así como en los componentes psicológicos de otras enfermedades. (*Stuart G., 2006*).

El marco conceptual de este proyecto se basa en el modelo de enfermería de Callista Roy, conocido como "Modelo de Adaptación".

Se elige este modelo porque un objetivo fundamental de la rehabilitación es ayudar al paciente con esquizofrenia a adaptarse, ya que la forma de cómo ve la persona su enfermedad es un factor fundamental en la rehabilitación. La enfermera tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a mejorar la adaptación a su enfermedad utilizando para ello el plan de cuidados de enfermería. (*Cook J. S et al. 1993*).

Se considera que el modelo de enfermería propuesto por Callista Roy es de utilidad para las actividades de enfermería en rehabilitación, proporcionando un planteamiento holístico para la asistencia de estas personas, ya que el paciente en rehabilitación suele presentar cambios en todos los modos de adaptación.

4 JUSTIFICACIÓN

El personal de enfermería dispone de un valioso tiempo de relación con los pacientes y se comunica con ellos de forma intensa, siendo el responsable de establecer los cuidados y atenciones, desde los puntos de vista físico y psicológico.

En los enfermos mentales, la necesidad de entablar una relación beneficiosa cobra un interés especial. Por estas razones, es conveniente disponer de un modelo de protocolo que facilite el cumplimiento objetivo y sistematizado de las funciones de enfermería en cualquier fecha, día y turno de actuación.

Puede definirse el protocolo como un documento en el que deben reflejarse los datos necesarios para que el personal de enfermería a nivel asistencial lleve a cabo la definición, valoración, planificación y ejecución de sus funciones propias y delegadas y pueda, finalmente, efectuar una valoración de su actividad.

Se trata por tanto de un instrumento de trabajo que, junto con la historia psiquiátrica, el informe psicológico y la encuesta social, configura el expediente del enfermo.

Una vez diseñado el protocolo de trabajo, queda lógicamente delimitado el campo de actuación del personal de enfermería. *(Bobes, J. et al. 1994).*

Los protocolos como guía de actuación son importantes porque documentan la asistencia que debemos prestar las enfermeras y la que hemos proporcionado, son un medio de comunicación interprofesional y ayudan en el desarrollo de planes de calidad.

Los protocolos garantizan la calidad de la asistencia porque determinan lo que debe hacerse, se puede comparar lo que se debió hacer con lo que se hizo, identificar omisiones o puntos débiles, determinando así las correcciones necesarias.



Por otro lado, esta base escrita es importante dado que las enfermeras hemos asumido mayor responsabilidad como profesionales independientes, por lo que es necesario documentar lo que se hace y cómo lo hacemos. Así mismo, pueden ser útiles ante acciones legales.

La enfermera especialista en salud mental posee los conocimientos y capacidades necesarias para llevar a cabo una importante asistencia especializada de calidad con su participación en los programas de rehabilitación y reinserción del enfermo mental, dentro de marco de las USM.

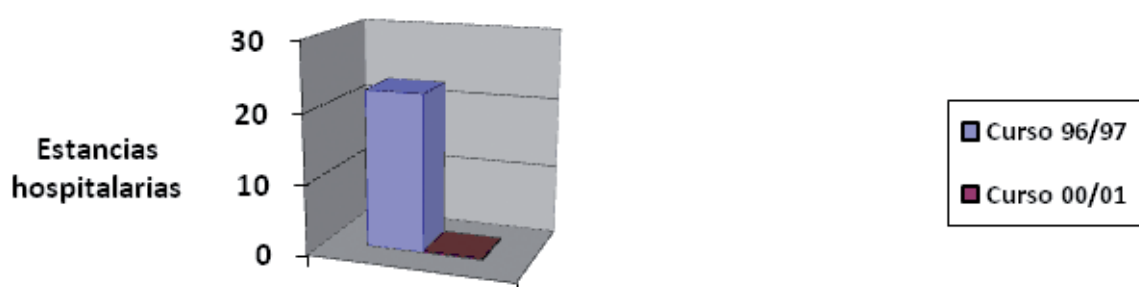
La atención integral y de calidad al paciente con esquizofrenia implica realizar un abordaje biopsicosocial. El tratamiento farmacológico actúa sobre el deterioro, pero para compensar la incapacidad se hace necesario instaurar un tratamiento rehabilitador que contemple diferentes aspectos para dotar a los pacientes de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para integrarse con éxito en la comunidad. Este tratamiento rehabilitador se debe adaptar a las necesidades del paciente, por tanto ha de ser flexible y gradual. La rehabilitación biopsicosocial implica una intervención interdisciplinar que debe continuarse a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente.

Actualmente son evidentes los beneficios de un tratamiento con neurolépticos en episodios agudos y profilaxis en las recaídas. Sin embargo, para un abordaje integral del paciente se requieren tratamientos complementarios que ayuden a elaborar la comprensión de sus problemas, a mejorar la percepción de sí mismo y a conectar con la realidad cotidiana. Los neurolépticos por sí solos no capacitan al paciente para adquirir formas de conducta adaptadas a la interacción social o para afrontar adecuadamente las situaciones de la vida diaria. (*Bleda, F. et al. 2005*).

La mejoría en las disfunciones sociales del paciente, así como una mejor identificación de pródromos y un mejor conocimiento y manejo de la enfermedad por el paciente y las familias, permiten obtener mejoras en la calidad de vida, desajuste social y una reducción muy notable de días de internamiento hospitalario. Muestra de ello son los resultados obtenidos en el programa de rehabilitación "Museo", en el que las estancias hospitalarias han disminuido

de 22,6 estancias por paciente y curso en 1996-1997, año de inicio del programa, a 0,3 estancias por paciente y curso en el año 2000-2001. (Lonjedo, J. 2002).

Centro de Rehabilitación Biopsicosocial "Museo"





5 HIPÓTESIS

El seguimiento de la persona con esquizofrenia en tratamiento de rehabilitación biopsicosocial, mediante una terapia de apoyo protocolizada por parte de una enfermera especialista en salud mental, favorece la consecución de los objetivos de salud, optimiza las respuestas humanas alteradas y contribuye a la mejora del funcionamiento social del paciente.



6 OBJETIVOS

6.1. Objetivo general:

Determinar la mejora en el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento rehabilitador biopsicosocial tras el seguimiento de enfermería mediante una terapia de apoyo protocolizada.

6.2. Objetivos específicos:

- Conocer la eficacia de la protocolización de la atención enfermera en el seguimiento del tratamiento de rehabilitación biopsicosocial de las personas con esquizofrenia.
- Medir la mejora del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia en tratamiento rehabilitador biopsicosocial que han recibido el protocolo.



MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño de la investigación

Se trata de un estudio experimental de tipo casos - controles.

7.2. Metodología de la investigación: (ANEXO I)

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que acudan a la Unidad de Salud Mental (USM) y que reúnan los criterios de inclusión detallados en el epígrafe 7.4.1, serán informados de la realización del estudio verbalmente y por escrito, a través de la hoja adjunta en el ANEXO III.

Si el paciente acepta la propuesta de participación, se concertará una primera visita con él. Si no acepta, se contactará telefónicamente y replanteará la participación en el estudio. Si finalmente el paciente decide colaborar, se concertará la primera visita y, si no acepta, quedará excluido del estudio.

En la primera visita, se procederá a complementar la información dada al paciente, recoger los datos personales (ANEXO V) y firmar el consentimiento informado (ANEXO IV).

En una segunda visita se realizará una valoración de enfermería (ANEXO VI) y se aplicarán los instrumentos de medida.

Una vez realizadas las dos primeras visitas a todos los participantes, se realizará la asignación aleatoria del sujeto al grupo casos y al grupo control. Para ello, se elaborará un listado que incluya a todos los participantes ordenados numérica y alfabéticamente. Los sujetos que tengan un número impar formarán el grupo de casos y los que tengan número par, el grupo control.



Ambos grupos recibirán el tratamiento farmacológico pautado por su psiquiatra de referencia y tratamiento rehabilitador en el Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS).

El grupo de casos recibirá seguimiento por parte de la enfermera especialista en salud mental de la USM correspondiente, la cual aplicará un plan de cuidados individualizado, en el que se incluirá el protocolo diseñado (ANEXO IX), que consistirá en quince entrevistas de enfermería al paciente y/o su familia, basadas en la terapia de apoyo, inicialmente con carácter quincenal y, más tarde, mensual, de aproximadamente una hora de duración. (ANEXO X).

El grupo control continuará con su seguimiento habitual, que consistirá en consultas médicas periódicas y de enfermería si precisa medicación inyectable y/o pruebas complementarias.

Una vez concluida la intervención enfermera, se citará a todos los participantes para realizar una recogida de datos y volver a pasar los instrumentos de medida.

Por último, se analizarán los datos estadísticamente y se finalizará el estudio.

7.3. **Ámbito de estudio**

Sujetos de ambos sexos, diagnosticados de esquizofrenia según criterios de DSM-IV, que pertenezcan al área de salud de Altea, Alfaz del Pi y Callosa d'En Sarriá, que cumplan los criterios de inclusión y que deseen participar en el estudio.

El estudio se realizará en las Unidades de Salud Mental de dicha área, en las que realiza su labor asistencial el Equipo Itinerante de Salud Mental del Hospital Marina Baixa de Villajoyosa (Alicante). Es un equipo formado por una psiquiatra, un psicólogo, una enfermera especialista en salud mental, un trabajador social y una administrativa.

El recurso rehabilitador que existe en esta área de salud es el CRIS (Centro de Rehabilitación e Inserción Social) de Benidorm.



7.4. Sujetos de estudio

Los participantes se seleccionarán por muestreo consecutivo, que consiste en reclutar a todos los individuos que acuden a la USM durante el período de tiempo determinado y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La mitad de ellos serán asignados aleatoriamente al grupo casos y la otra mitad, al grupo control.

7.4.1. Criterios de inclusión:

- Pertenecientes al área de la USM de Altea, Alfaz del Pi y Callosa d'En Sarriá.
- Diagnóstico del grupo esquizofrenias.
- Que acudan con regularidad al CRIS de Benidorm.
- Que acepten recibir el seguimiento de enfermería, tanto el paciente como su familia (firma del consentimiento informado).
- Edad: 18-50 años.
- No consumo de tóxicos (excepto tabaco).

7.4.2. Criterios de exclusión:

- Otros diagnósticos o toxicomanías asociadas.
- Descompensación psicótica.
- Evidencia de patología orgánica incapacitante o retraso mental severo.
- Que no acuda al CRIS ni esté dispuesto a hacerlo.
- Incumplimiento reiterado.
- No aceptación del estudio.

7.5. Variables

7.5.1. Variables independientes:

a) Variables descriptivas:

- Edad en el momento de inclusión en el estudio.
- Sexo.
- Años de evolución de la enfermedad.
- Nivel de estudios.
- Apoyo familiar.

b) Tipo de grupo:

- Casos.
- Control.

c) Valoración asignada a los criterios NANDA, NOC y NIC al principio del estudio.

d) Nivel de funcionamiento social al inicio del estudio, según la Escala de Funcionamiento Social (SFS).

7.5.2. Variables dependientes:

a) Variación del valor obtenido en los criterios NANDA, NOC y NIC al final del estudio respecto al obtenido al inicio del estudio.

b) Nivel de funcionamiento social al final del estudio, según la SFS.



7.6. Instrumentalización

7.6.1. Plan de cuidados de enfermería ajustado a criterios NIC, NOC y NANDA: (Sales R et al. 2008).

El Plan de Cuidados de Enfermería (PAE) es una forma dinámica y sistematizada de proporcionar los cuidados de enfermería. Es un sistema de planificación de los cuidados de enfermería compuesta por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El PAE, que es la herramienta de trabajo que permite la aplicación del método científico, unifica criterios de trabajo y permite realizar estudios posteriores para evaluar la efectividad. (Tejedor MJ et al. 2007).

La valoración es el proceso de obtener información de la persona en conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales. (Fornés J et al .2001).

En este estudio, los datos serán recogidos a través de la entrevista, la observación y la historia clínica del paciente. Para ello, se cumplimentará el modelo de valoración, según patrones funcionales de salud de M. Gordon, de Fornés J. adjunto en el ANEXO VI.

La valoración identifica la respuesta, alterada o no, del individuo. Para este trabajo, se tomarán las respuestas contenidas en la taxonomía NANDA II. Por lo tanto, el objetivo de la valoración consistirá en identificar estas respuestas y etiquetarlas utilizando dicha taxonomía.

Para este estudio, se tomarán como referencia los objetivos de resultado (NOC) propuestos en 1991 por Johnson, Maas y Moorhead de la Universidad de Iowa.

Las intervenciones de enfermería (NIC) para alcanzar los objetivos de salud propuestos se tomarán de la taxonomía de intervenciones presentada por MacCloskey y Bulechek de la Universidad de Iowa en 1987.



Todos los datos (patrones funcionales, respuestas alteradas, objetivos de salud e intervenciones) se recogerán, al principio y al final del estudio, en la tabla diseñada para tal fin adjunta en el ANEXO VII. Las NIC serán llevadas a cabo por la enfermera de la USM durante el tiempo estimado para ello.

Dicha tabla del ANEXO VII también permitirá registrar la gradación de los datos, lo que facilitará la comparación de la puntuación de los criterios NANDA, NOC y NIC antes y después de la aplicación del PAE, cuantificando de esta forma la eficacia de la atención enfermera y, por tanto, del protocolo.

Sistema de gradación de los datos:

a) Patrones funcionales: graduados por medio de una escala de Likert (5-0), considerando la puntuación 5 como la máxima alteración del patrón correspondiente y el mínimo como 1; si el patrón no muestra alteración alguna se ha marcado como 0. El valor de cada patrón se realiza en función de la gravedad que detecta la enfermera según las siguientes pautas:

5. Máxima alteración del patrón y máxima dificultad de ayudar al paciente a regresar a su patrón de salud.
4. Máxima alteración del patrón pero se observan posibilidades de que regrese a su patrón de salud.
3. Gravedad media en la alteración del patrón y predisposición por parte del paciente de regresar a su patrón de salud.
2. Gravedad ligera y buena predisposición.
1. Recuperación casi total del patrón saludable y la capacidad de mantenerlo.
0. Desaparición total de la alteración.



b) Respuestas humanas alteradas: la graduación la realizaremos por medio de una escala de Likert (5-0) con la misma metódica expuesta anteriormente; si la respuesta no ha sido identificada se ha marcado como 0. El valor de cada respuesta se realiza en función de la gravedad que detecta la enfermera según las siguientes pautas:

5. Máxima alteración de la respuesta y máxima de todas las características definitorias, no conciencia del problema.
4. Máxima alteración de la respuesta pero se observan posibilidades por parte del paciente de encontrar soluciones o alternativas.
3. Gravedad media en la alteración de la respuesta y predisposición por parte del paciente en la resolución de la misma.
2. Gravedad ligera y buena predisposición.
1. Recuperación casi total de la respuesta alterada, manejo de alternativas saludables en la resolución de la respuesta y capacidad de mantener las conductas saludables.
0. Desaparición total de la alteración.

c) Los objetivos: los NOC serán valorados de 0 a 5, considerando el valor 5 cuando el paciente se encontraba más alejado del objetivo a alcanzar y 1 cuando más cercano se mostraba; se ha puntuado como 0 cuando el objetivo no era considerado preferente.

5. Desviación máxima del rango considerado normal objetivo de salud y dificultad máxima para recuperarlo y mantenerlo.
4. Desviación máxima del rango considerado normal del objetivo de salud, aunque se observan pautas adecuadas en su recuperación y mantenimiento.

- 
3. Gravedad media en las alteraciones del objetivo de salud y predisposición por parte del paciente en su consecución y mantenimiento.
 2. Gravedad ligera y buena predisposición.
 1. Recuperación casi total del objetivo de salud y máxima capacidad de mantenimiento de la respuesta.
 0. Desaparición total de la alteración del objetivo de salud.

d) Las intervenciones: las NIC se señalarán con un VTO (Verbalizada, Transcrita, Observada) si se realizan y esa notificación viene dada por alguna de las fuentes, 2 si no se percibe la realización por ninguna de esas fuentes y 3 en el caso de que se decidiera que no fuera pertinente hacerla.

7.6.2. Escala de Funcionamiento Social (SFS): (Versión corta de *Alonso J et al. 2008*). (ANEXO VIII).

La Escala de Funcionamiento Social, diseñada por Birchwood y Cochrane en 1990, y adaptada al español por Torres y Olivares en el año 2000, se construyó para cubrir aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de las personas con esquizofrenia.

La versión española de la Escala de Funcionamiento Social (SFS) desarrollada por Torres y Olivares ha mostrado ser un instrumento fiable, válido y sensible. En su versión original contiene un total de 78 ítems, lo cual hace poco viable su administración de forma rutinaria en la práctica clínica habitual, por lo que se utilizará la versión corta de la SFS propuesta y validada por Alonso J. en su estudio Desarrollo y validación de la versión corta de la Escala de Funcionamiento Social en esquizofrenia para su uso en la práctica clínica. (*Alonso J et al. 2008*).

La escala evalúa los aspectos que se juzgan fundamentales a la hora de mantener al paciente en la comunidad. Se incluyen siete áreas:



- a. La interacción y retraimiento social.
- b. Las conductas interpersonales.
- c. Actividades pro-sociales.
- d. Actividades de ocio.
- e. Independencia-competencia.
- f. Independencia-actividad.
- g. Empleo-ocupación.

La SFS es una entrevista que enumera las habilidades básicas, las conductas sociales, la independencia y las capacidades del paciente para las actividades de la vida diaria, que los informadores puntúan como presentes o ausentes evitando juicios evaluativos. Los entrevistadores requieren un entrenamiento breve en su utilización. El objetivo del instrumento es el de obtener una evaluación detallada de los puntos fuertes y débiles del paciente para que sirva de guía de intervenciones específicas y para establecer unos objetivos concretos de tratamiento. *(Fernández de Larrinoa, P.P. 2002).*

La SFS se cumplimentará en una entrevista semiestructurada, antes y después de la intervención de enfermería, para medir el impacto de la misma en el funcionamiento social del enfermo.

7.7. Recogida de datos

Las fuentes originarias de datos son:

- Resultado de la gradación del plan de cuidados según criterios NIC, NOC, NANDA.
- Resultados de la Escala de Funcionamiento Social.

7.8. Análisis de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizará con el programa SPSS versión 13, utilizando un nivel de significación estadística del 95%.

7.9. Duración del proyecto

Se prevé que la duración total del estudio sea de dieciocho meses.

7.10. Etapas de desarrollo

El estudio, como queda reflejado en el cronograma (ANEXO II), se estructurará en las siguientes fases, que se desarrollarán sucesivamente:

A) Primera Fase:

Su duración será de un mes, durante el cual se realizarán los trámites iniciales:

- Solicitar y obtener permisos y autorizaciones.
- Consecución de los recursos necesarios.

B) Segunda Fase:

Tendrá una duración total de tres meses.

Durante el primer mes:

- Se detectarán, entre todos los que acudan a la USM, a sujetos candidatos de ser incluidos en el estudio. Esta labor la desempeñarán todos los miembros del equipo: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y administrativo.



- Se informará al sujeto verbalmente y por escrito, a través de la hoja informativa adjunta en el ANEXO III. Los candidatos que no acepten en la primera propuesta serán llamados por teléfono para ofrecer por segunda vez la participación en el estudio.
- Se contactará con el psiquiatra de referencia y se consultará la historia clínica del paciente, revisando criterios de inclusión y exclusión.

Durante el segundo mes se realizará la primera visita a todos los participantes, cuya finalidad será:

- Confirmar criterios de inclusión y exclusión.
- Dar información sobre el objetivo del estudio.
- Explicar al paciente y su familia la naturaleza del seguimiento de enfermería y del tratamiento de rehabilitación biopsicosocial del CRIS, si no lo conoce.
- Responder a dudas y preguntas.
- Firmar el consentimiento informado (ANEXO IV).

El último mes de la segunda fase se empleará para realizar una segunda visita a todos los participantes. El propósito de la misma será:

- Realizar la valoración de enfermería (ANEXO VI).
- Pasar la Escala de Funcionamiento Social (ANEXO VIII).
- Derivación del paciente al CRIS, si no acudía previamente, para lo que se contará con la colaboración del trabajador social.
- La enfermera delimitará y graduará los criterios NANDA, NOC y NIC del plan de cuidados del paciente, registrándolo en la ficha adjunta en el ANEXO VII.



Una vez firmado el consentimiento informado y recogidos los datos de las dos primeras entrevistas, se procederá a la asignación aleatoria según el método explicado anteriormente y el sujeto empezará a formar parte de uno de los dos grupos: casos y control.

Se realizará la programación de las entrevistas y se informará telefónicamente a los participantes del grupo al que han sido asignados y de la fecha y hora de la próxima visita.

C) Tercera Fase:

Durará once meses, durante los cuales se desarrollará el plan de cuidados y el protocolo de enfermería (ANEXO IX) en el grupo casos.

Mientras tanto, el grupo control continuará acudiendo al CRIS y recibiendo el seguimiento habitual en la USM.

D) Cuarta Fase:

Su duración será de tres meses; durante los dos primeros se realizará una nueva recogida de datos. Se citará telefónicamente y/o por escrito a participantes de ambos grupos para concertar una última visita, en la que:

- Se revalorará al paciente según la valoración de enfermería del ANEXO VI.
- Se evaluará el plan de cuidados del paciente, graduando de nuevo los criterios NANDA, NOC y NIC.
- Se pasará la Escala de Funcionamiento Social (ANEXO VII).

Durante el último mes se analizarán los resultados y se redactarán las conclusiones finales.



7.11. Personal implicado y distribución de tareas

Diplomada en enfermería especialista en salud mental: Es la responsable del estudio de investigación y de la consulta de enfermería de la USM. Se encargará tanto de los trámites necesarios para la puesta en marcha del estudio, como del seguimiento de los pacientes.

Psiquiatra: Es el que marcará las directrices del tratamiento del paciente, pautará el farmacológico e indicará que pacientes son susceptibles al tratamiento rehabilitador. Acudiremos a él ante cualquier señal de inestabilidad en el paciente, así como ante la aparición de efectos secundarios graves. Todos los pacientes inmersos en el programa serán citados para revisión psiquiátrica al menos una vez cada seis meses.

Psicólogo: Dará atención psicológica a los participantes que lo necesiten.

Trabajador social: Es la persona encargada de tramitar la incorporación del paciente al CRIS y de otras cuestiones sociales que pudieran surgir.

Administrativo: Llevará a cabo tareas de soporte informático, llamadas telefónicas, envío de correo y/o fax, etc.

Personal del CRIS: sus competencias son: actividades lúdicas-recreativas, socioculturales y deportivas, formación ocupacional, actividades terapéuticas, rehabilitación e inserción social de enfermos mentales. Se ha de estar en contacto con ellos para intercambiar información de interés acerca del paciente.

7.12. Resultados esperados

La existencia de diferencias significativas entre los resultados anteriores y posteriores a la aplicación del protocolo de terapia de apoyo en los instrumentos de medida utilizados:

- 
- > Gradación del plan de cuidados de enfermería (patrones funcionales, respuestas humanas, NOC y NIC).
 - > Escala de Funcionamiento Social (SFS), versión corta.

Lo que demostraría que tras recibir el protocolo de enfermería diseñado se consigue una mejora en el funcionamiento social del enfermo de esquizofrenia en tratamiento rehabilitador biopsicosocial.

Asimismo, si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas se podrá interpretar que la aplicación del protocolo de enfermería diseñado ha sido eficaz.

Por otro lado, se espera conseguir promover el uso de protocolos y planes de cuidados de enfermería, así como la investigación en esta área.



8 UTILIDAD

La USM es un servicio dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, mientras que el CRIS lo es de Bienestar Social. Esta realidad conlleva una separación entre la atención sanitaria y la atención social provocando, en ocasiones, la desfragmentación de la atención del enfermo.

Este proyecto es un intento de aunar lo sanitario con lo social para dar un carácter biopsicosocial a los cuidados.

Por otro lado, el carácter itinerante del equipo de salud mental en cuestión y la distancia geográfica existente entre los domicilios de los pacientes, los centros de salud y el CRIS lleva a descartar la intervención grupal. Asimismo, esta realidad, unida al propio carácter de la enfermedad mental, motiva a reforzar el tratamiento rehabilitador a través de la USM y la enfermería especialista en salud mental ya que son los elementos que más cerca están del individuo y la comunidad.



9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La problemática que se puede plantear es la de encontrar una muestra lo suficientemente representativa, es decir, que cumpla todos los criterios de inclusión, para la realización del estudio.



10 CUESTIONES ÉTICAS

Siguiendo la Ley Orgánica 5/1992 de 29 de octubre de regulación de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de los datos, una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal, ni familiar de los sujetos participantes en el mismo.

Al tratarse de un estudio con seres humanos, indicamos que los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983.

Asimismo, cabe resaltar que las actividades desarrolladas han sido fieles al Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

El único dilema ético que se puede plantear es que el grupo control no reciba la intervención enfermera. Se podría solventarlo aplicando el protocolo enfermero en estos pacientes una vez terminado el estudio, en el caso de que el resultado de éste haya sido favorable.

11 PERMISOS Y AUTORIZACIONES

En primer lugar, se debe contar con el permiso del Jefe de Psiquiatría del Hospital Marina Baixa (del cual dependen las USM de Altea, Alfaz del Pi y Callosa d'En Sarriá).

También será necesaria la autorización de:

- La Dirección de Enfermería de los respectivos centros de salud.
- El Terapeuta responsable del CRIS de Benidorm.
- El Comité de Ética de la institución.
- Los pacientes participantes en el estudio, a través del consentimiento informado. Mediante este documento todos los individuos serán informados del objetivo del estudio, de sus posibles beneficios, de la asignación aleatoria al grupo casos o al control y del tipo de intervención a la que serán sometidos. El documento contiene información referente a objetivo, tratamiento, beneficios derivados del estudio, metodología empleada, incomodidades derivadas del estudio, voluntariedad de la participación con carácter revocable y confidencial.



12 RECURSOS Y PRESUPUESTO

Recursos materiales:

- Despacho o consulta con mobiliario de oficina: una mesa escritorio y su sillón correspondiente, dos sillas, archivador, estanterías, un teléfono: lo proporcionarán los centros de salud.
- Material informático: un ordenador dotado de acceso a internet y paquete de ofimática, una impresora: 1300 €.
- Material fungible: bolígrafos, folios, grapadora, carpetas, dietario, agenda, etc.: 500 €.
- Material sanitario básico: esfigmomanómetro, fonendoscopio, báscula, cronómetro, jeringas y agujas, etc.: disponible en los centros de salud.
- Manuales de las clasificaciones de NOC, NIC y NANDA, para el diseño del plan de cuidados: 200 €.

Recursos humanos:

- La enfermera especialista en salud mental de la USM, que recibirá un incentivo de 4000 €.
- Un estadístico, para el análisis de los datos: 1200 €.

Total presupuesto: 7200 €.

13 CONCLUSIONES

Si los resultados obtenidos en el estudio son los esperados, la hipótesis será comprobada y se concluirá que:

- El protocolo de terapia de apoyo de enfermería, como medida complementaria al tratamiento rehabilitador desarrollado en el CRIS, es útil para la mejora del funcionamiento social del enfermo de esquizofrenia.
- La protocolización de la actividad enfermera aumenta la eficacia del plan de cuidados de enfermería.



14 BIBLIOGRAFÍA

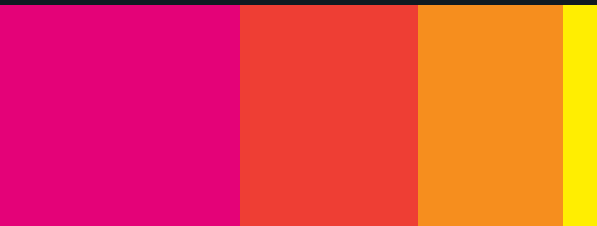
- Alapont J. **Nuevos recursos asistenciales en Salud Mental**. Viure en Salut, 2002 agosto; 56: 14-15.
- Alonso J, Olivares JM, Ciudad A, Manresa JM, Casado A, Gilaberte I. **Desarrollo y validación de la versión corta de la Escala de Funcionamiento Social en esquizofrenia para su uso en la práctica clínica**. Actas Españolas de Psiquiatría 2008; 36 (0): 00-00.
- Betancur MI. **La Esquizofrenia: Modelo Integral**. En: Esquizofrenia: Rehabilitación: otro camino. Prensa Creativa. 1994. P. 30-155.
- Bleda F, Arias E, Balaguer Y, Granero A. **Intervención de enfermería en la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico**. Metas de Enfermería; 2005 abril; 8 (3): 28-32.
- Bobes J. **Protocolo de enfermería en un equipo de salud mental**. En: Bobes J. Salud Mental: enfermería psiquiátrica. Editorial Síntesis, 1994. P. 10-16.
- Buckley LA, Pettit T, Adams CE. **Terapia de apoyo para la esquizofrenia** (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, nº 4. (Fecha de acceso 5 de diciembre de 2007). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Cavieres A, Valdebenito M. **Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia**. Revista chilena de neuropsiquiatría (online) junio 2005, vol. 43, nº 2. (Fecha de acceso 15 de marzo de 2008), p.97-108. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272005000200003&lng=es&nrm=iso
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Comunidad Valenciana. **Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica**, 2001.
- Cook JS. **Trastornos esquizofrénicos**. En: Cook JS, Fontaine KL. En: Enfermería Psiquiátrica. 2ª edición. Editorial Interamericana - Mc Graw-Hill; 1993. P. 566-622.

- Crespo MD. **Rehabilitación y psicoeducación en la esquizofrenia.** En: Chinchilla A. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Editorial Elseiver Masson; 2007. P. 555-560.
- Fernández de Larrinoa PP. **Evaluación clínica en el ámbito de la psiquiatría social y la rehabilitación psiquiátrica.** Informaciones psiquiátricas, 2007 octubre-diciembre, nº 169.
- Fornés J, Carballal MC. **Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención.** Editorial Médica Panamericana. 2001.
- Jiménez JF, Maestro JC. **Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia.** Monografías de Psiquiatría 2002; XIV (2):16-19.
- Lonjedo J. **Tratamiento de la esquizofrenia en el Centro de Rehabilitación Biopsicosocial Museo.** Información Psicológica, 2002 agosto; 79: 51-56.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. **Rehabilitación en Integración Social de las personas con trastorno mental grave.** Documento de consenso. 2003.
- Puente R, Chinchilla A, Ríaza C. **Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia.** En: Chinchilla A. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Editorial Elseiver Masson; 2007. P. 1-20.
- Rebolledo S. **El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental.** En: Rebolledo S. Rehabilitación Psiquiátrica. Curso de Postgrado Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales orgánicos. Santiago de Compostela, Noviembre de 1994-Junio 1995; P. 77-91.
- Rigol A. **Rehabilitación psicosocial.** En: Rigol A, Ugalde M. Enfermería de Salud mental y Psiquiátrica. 2ª edición. Editorial Masson; 2001. P. 69-75.
- Sales R, Costa A, Leal C, Leal MI, Benavent E, Montón J et al. **Evaluación del impacto de las intervenciones de la enfermería psiquiátrica sobre la mejoría de los pacientes hospitalizados por reagudización, en tres regiones españolas. Análisis de la capacidad predictiva del estado al alta**



con modelos logísticos ajustados a criterios NIC, NOC y NANDA. Disponible en: <http://www.san.gva.es/docs/informefinalnandanocnic.pdf> (Fecha de acceso 28 de Febrero de 2008).

- Stuart G. **Modelos conceptuales de tratamiento psiquiátrico**. En: Wiscarz G, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica: principios y práctica. 8ª Edición: Editorial Elseiver Mosby; 2006. P. 50-59.
- Tejedor MJ, Etxabe MP. **Guía práctica de informes de enfermería en salud mental**. Editorial Glose. 2007.
- Ursano RJ, Silberman EK. **Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo**. En: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría clínica. Elseiver España. 2004. P: 1177-1206.
- Vallina O. **La importancia de la IPT (Terapia psicológica integrada) en el tratamiento de la esquizofrenia**. Información psicológica, 2002 agosto; 79: 32-42.

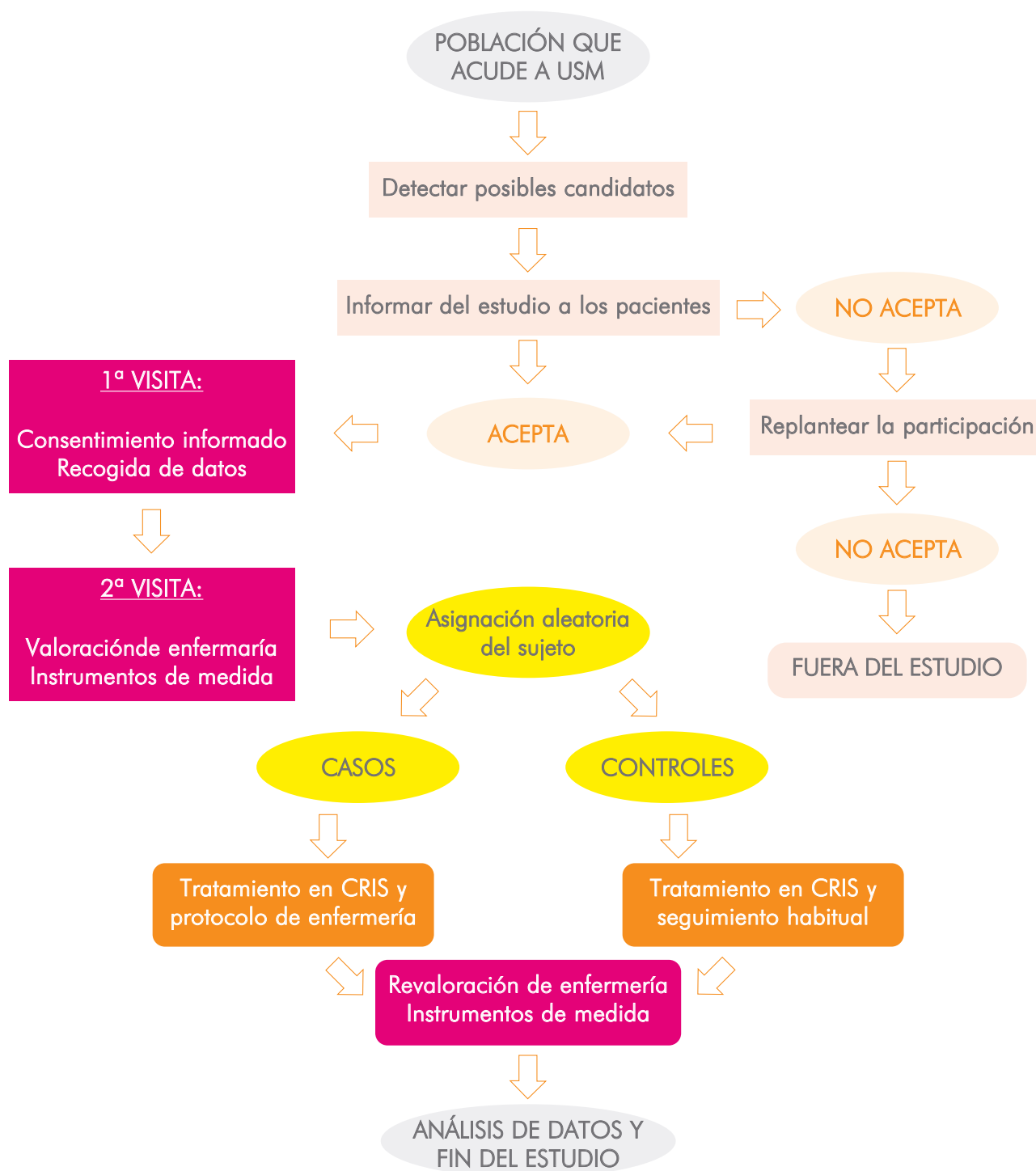


ANEXOS





ANEXO I: ESQUEMA DE METODOLOGÍA DEL ESTUDIO



ANEXO II: CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

ETAPAS DE DESARROLLO	1 mes	3 meses			11 meses											3 meses		
MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Primera Fase: Trámites iniciales																		
Segunda Fase: Obtención de la muestra. 1ª y 2ª Visita																		
Tercera Fase: Intervención de Enfermería																		
Cuarta Fase: Recogida y análisis de datos																		



ANEXO III: HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

Nos dirigimos a usted para informarle del estudio que el equipo de enfermería especialista en salud mental de la Unidad de Salud Mental (USM) de Altea / Alfaz del Pi/ Callosa d'En Sarriá llevará a cabo en los próximos meses.

El estudio intentará probar si el seguimiento, por parte de la enfermera especialista en salud mental de la USM, de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento rehabilitador en el Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS) de Benidorm, facilita la adaptación a dicho tratamiento rehabilitador y mejora el funcionamiento social del paciente.

Para llevar a cabo el estudio necesitaremos de su colaboración para completar una valoración de enfermería y rellenar la escala de funcionamiento social.

Posteriormente, si usted es seleccionado para formar parte del grupo casos, será incluido en el programa de seguimiento de enfermería en su USM correspondiente. El programa tendrá una duración de once meses, durante los cuales usted deberá acudir a quince entrevistas de enfermería basadas en la terapia de apoyo.

Su participación es de carácter voluntario e igualmente, podrá retirarse del estudio cuando lo desee, sin que se vea menospreciada su atención sanitaria. Igualmente, le recordamos que toda la información que usted deposite será confidencial.

Entre los beneficios derivados del estudio esperamos encontrar una mejor adaptación al tratamiento rehabilitador, una mejora en el nivel del funcionamiento social del paciente, así como un menor número de recaídas y reingresos.

Para cualquier duda y/o sugerencia puede contactar con el responsable del estudio en el teléfono _____.

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

USM Altea/Alfaz del Pi/Callosa d'En Sarriá
Equipo de enfermería de salud mental
Teléfono: _____

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad,

Yo, Don/Dña. _____ (Nombre y Apellidos), con DNI _____

Declaro que se me ha facilitado información escrita a cerca del estudio, habiendo comprendido el significado del mismo.

Declaro que he podido resolver todas mis dudas acerca del estudio.

Declaro que he recibido información verbal y escrita suficiente por parte del personal sanitario responsable sobre la naturaleza y propósitos del estudio según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme libremente del estudio cuando lo desee, sin la obligación de justificar la causa de abandono y sin verse menospreciada mi atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firmado:

Altea /Alfaz del Pi/ Callosa d'En Sarriá a _____ de _____ de 200__



ANEXO V: RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE

(Adaptado de Sales R et al. 2008)

DUE responsable de la recogida de datos: _____

Fecha de la recogida de datos ____/____/200__

USM del paciente: _____

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/200__ Edad actual _____ años

Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Estado Civil _____ Situación Social _____

Estudios Finalizados _____ Profesión _____

Situación Laboral _____

Etnia _____ Religión _____

País de origen _____ Lengua _____

Diagnóstico DSM-IV _____

Otras patologías _____

Ingresos hospitalarios: Número _____ Fecha del último ingreso _____

ANEXO VI:
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

(Fornés J et al. 2001)

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD¹:

Aspecto general (vestido/arreglo personal):

Adecuado _____ Descuidado _____ Extravagante _____

Exagerado _____ Meticuloso _____ Otros (especificar) _____

Conocimientos sobre su enfermedad: No _____ Si (especificar) _____

Actitud y comportamientos frente a su enfermedad²:

Aceptación _____ Rechazo _____ Indiferencia _____

Sobrevaloración _____ Reivindicativa _____ Otras _____

Comportamientos realizados al respecto (describir)³: _____

Pautas/Recomendaciones terapéuticas:

Ninguna _____ Seguimiento correcto _____ Seguimiento incorrecto _____

Hábitos tóxicos:

SUSTANCIA	EDAD DE INICIO	DOSIS / DÍA, SEMANA ...	ACTUALMENTE PASADO
TABACO: Rubio/ Negro			
ALCOHOL			
CAFÉÍNA			
CANNABIS			
HEROÍNA			
COCAÍNA			
OTRAS			

Otras alteraciones o datos de interés _____

1. Influido por el funcionamiento cognitivo.
2. También valorable en patrones cognitivo, auto concepto y afrontamiento del estrés.
3. También valorable en patrón afrontamiento del estrés.



2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO:

Peso _____ Talla _____ Constitución _____ IMC _____

Apetito: Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____

Consumo diario habitual: _____

Ingesta de líquido (cantidad y tipo): _____

Nauseas/Vómitos (espontáneos o provocados): _____

Preferencias alimentarias: _____

Restricciones/Évitaciones (motivos): _____

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada:

Suficientes _____ Insuficientes (especificar déficit) _____

Hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida: _____

Alteraciones cualitativas de la ingesta (especificar): _____

Otras alteraciones o datos de interés: _____

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

Eliminación intestinal:

Frecuencia _____ Características _____ Malestar _____

Control _____ Motivos no control _____ Laxantes _____

Patrón habitual personal _____

Eliminación vesical:

Frecuencia _____ Características _____ Malestar _____

Control _____ Motivos no control _____ Diuréticos _____

Patrón habitual personal _____

Eliminación cutánea (sudoración):

Normal _____ Profusa _____ Escasa _____

Problemas con el olor (caso afirmativo, qué hace) _____

Percepción personal de la eliminación:

Intestinal _____ Vesical _____ Cutánea _____

Posibles motivos de percepción de disfunción _____

Otras alteraciones o datos de interés _____



4. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO:

Expresión facial:

Tensa _____ Relajada _____ Alegre _____ Triste _____
 Enfadada _____ Dirección mirada _____ Otras _____

Características del habla⁴:

Ver expresión lenguaje de patrón cognitivo y especificar características _____

Comportamiento motor:

Adecuación contexto _____ Inhibición _____ Agitación/inquietud _____
 Temblores _____ Rigidez _____ Estereotipias/Manierismo _____
 Tics _____ Otros _____ Reacciones extra piramidales (especificar) _____

Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia _____ Intensidad _____ Duración _____
 Condiciones que lo aumentan o reducen _____

Características del comportamiento motor:

Controlable _____ Limitante _____ Incapacitante _____

Opinión / Sentimiento respecto al comportamiento motor:

Indiferente _____ Alegre/Aceptado _____ Preocupado _____

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar)⁵:

Factores que interfieren en el patrón deseado o esperado (especificar) _____
 Tipo de ayuda requerida _____
 Habilidad manifestada en las actividades descritas (nula, baja, media, alta) _____
 Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales) _____
 Otras alteraciones o datos de interés _____

4. También valorable en patrón cognitivo

5. También valorable en patrones auto percepción y rol - relaciones.

5. PATRÓN DE SUEÑO - DESCANSO⁶:

Horas sueño nocturno _____ Otros descansos _____

Historia anterior de insomnio _____

Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, despertar precoz, somnolencia excesiva, pesadillas, otros): _____

Factores posibles que alteran el sueño _____ Ayudas para favorecerlo⁷ _____

Percepción personal del patrón: Adecuado _____ Excesivo _____ Disminuido _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

6. Influido por los patrones cognitivo y auto concepto

7. También valorable en patrón afrontamiento al estrés.



6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL:

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilante _____ Confusión _____ Desrealización _____

Somnoliento _____ Sólo sigue instrucciones _____ No responde a E.E. _____

Otros (especificar) _____

Atención - Orientación (espacio-tiempo-persona)⁸: _____

Atención fluctuante _____ Distraibilidad _____

Orientación, reconoce:

Lugar donde se encuentra _____ Domicilio _____

Ciudad/País _____ Día y mes _____ Año ____ Estación _____

Nombre completo _____ Edad o fecha de nacimiento _____

Profesión _____ Personas significativas _____ Grado de relación _____

Alteraciones perceptivas:

Auditivas _____ Visuales _____ Táctiles _____ Olfativas _____ Ilusiones _____

Otras (especificar) _____ Descripción de la alteración _____

Localización de la percepción: Interna _____ Externa _____

Memoria e Inteligencia:

Memoria inmediata/reciente _____ Memoria remota _____

Descripción de la posible alteración _____

Retrasos intelectuales _____ Tipos de ayuda requerida _____

Organización-pensamiento del lenguaje:

Contenido:

Coherente y organizado: Sí ____ No ____ Delirante: Sí ____ No ____

Descripción breve de la alteración (tema/s) _____

Comportamiento adaptado frente al tema (ritualista, defensivo, violento) _____

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos _____

Posible relación de los pensamientos anteriores _____

6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL:

Cursoº:

Inhibición ____ Aceleración ____ Perseverancia ____ Disgregación / incoherencia ____

Otros (especificar) _____

Expresión del lenguajeº:

Velocidad (normal, rápida, lenta, paroxística) _____

Cantidad (normal, abundante, escasa) _____

Volumen (normal, alto, bajo) _____

Tono y modulación (tranquila, nerviosa, hostil) _____

Otras alteraciones (tartamudez, logoclonía, verbigeración, ecolalia, mutismo, etc.)

Otras alteraciones o datos de interés _____

8. También valorable en patrón auto concepto.

9. También valorable en patrón actividad - ejercicio.



7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO¹⁰:

Reactividad emocional:

Adecuada _____ Pobreza sentimientos _____ Expansión afectiva _____

Tonalidad afectiva: Agradable _____ Desagradable _____

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar) _____

Percepción imagen corporal:

Ajustada a la realidad _____ Confusa _____ Equivocada _____

Actitud frente a su cuerpo:

Aceptación _____ Rechazo _____ Otros (especificar) _____

Autodescripción de sí mismo:

Ajustada a la realidad _____ Sobrevaloración de capacidades y logros personales _____

Exageración de errores y desgracias/Infravaloración de éxitos _____

Otros (especificar) _____

Autoevaluación general y competencia personal (positiva, negativa, indiferente)

Sentimientos respecto a autoevaluación personal:

Tristeza _____ Inferioridad _____ Culpabilidad _____ Inutilidad _____

Impotencia _____ Euforia _____ Ansiedad _____ Rabia _____

Superioridad _____ Otros (especificar) _____

Ideas de suicidio (describir plan si existe) _____

Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos¹¹ _____

Percepción de exigencias o presiones¹²:

Origen (personas, ideas, sensaciones) _____ Ámbito (lugar) _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

10. Todo el patrón está influido por el funcionamiento cognitivo.

11. También valorable en el patrón afrontamiento del estrés.

12. También valorable en patrón cognitivo y rol - relaciones.

8. PATRÓN ROL - RELACIONES:

Nivel de independencia de la persona:

Física: Total _____ Parcial (motivos y ayuda requerida) _____

Económica: Total _____ Parcial (motivos y ayuda requerida) _____

Psicosocial: Total _____ Parcial (motivos y ayuda requerida) _____

Estructura y roles familiares: _____

Genograma:

Personas con las que convive: _____

Rol / Responsabilidad dentro del núcleo familiar: _____

Percepción sobre el rol/responsabilidad: Satisfactoria _____ Insatisfactoria _____

Relaciones familiares:

Sin problemas de interés ____ Problemas por enfermedad ____ Otros (especificar) _____

Percepción de la relación: Satisfactoria ____ Insatisfactoria ____ Otros _____

Sentimientos respecto a dicha relación:

Ansiedad ____ Miedo ____ Culpabilidad ____ Tristeza ____ Inutilidad ____

Inferioridad ____ Impotencia ____ Rabia ____ Superioridad ____

Seguridad / Tranquilidad ____ Otros (especificar) _____

Tiempo que pasa sólo y por qué¹³: _____

Personas de su entorno más significativas y principal confidente: _____

Relaciones sociales:

Participación en actividades sociales o culturales: Si _____ No (motivos) _____

Participación en actividades de ocio y tiempo libre: Si _____ No (motivos) _____

Percepción de las relaciones extra familiares: Satisfactoria ____ Insatisfactoria ____

Condición escolar /laboral:

Sin problemas de interés ____ Problemas que requieren atención especificar) _____

Percepción rol/responsabilidad: Satisfactoria ____ Insatisfactoria ____ Otras _____

Percepción relaciones: Satisfactoria ____ Insatisfactoria ____ Otras _____

Otras alteraciones o datos de interés: _____

13. También valorable en patrón actividad - ejercicio



9. PATRÓN DE SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN¹⁴:

Valoración de su actividad sexual:

Satisfactoria _____ Indiferente _____ Insatisfactoria (motivos) _____

Respuesta sexual: Sin problemas _____ Disfunciones sexuales (especificar) _____

Cambios (reales o percibidos) en las relaciones sexuales: _____

Posibles factores relacionados: _____

Sentimiento frente a ellos¹⁵:

Ansiedad _____ Preocupación _____ Miedo _____ Culpabilidad _____

Tristeza _____ Rabia _____ Otros (especificar) _____

Problemas de identificación y/o identidad sexual (especificar): _____

Sentimientos frente a ellos¹⁵: _____

Ansiedad _____ Miedo _____ Culpabilidad _____ Tristeza _____ Rabia _____

Otros (especificar) _____

Conductas parafílicas (especificar): _____

Patrón reproductivo:

Problemas asociados a la reproducción (especificar motivos) _____

Problemas asociados a la anticoncepción (especificar) _____

Problemas asociados a la menstruación o climaterio (especificar) _____

Otras alteraciones o datos de interés: _____

14. Estrechamente relacionado con el patrón rol - relaciones.

15. También valorable en patrón auto concepto.

10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Estado de tensión / ansiedad: Controlado ____ Temporal ____ Generalizado ____

Posibles factores relacionados:

Traumatismos previos ____ Ideas/Pensamientos¹⁶ ____ Problemas laborales¹⁷ ____

Miedos/Fobias (especificar)¹⁶ ____ Otros acontecimientos (especificar) ____

Percepción de control de la situación (alto, medio, bajo, nulo) ____

Sentimientos asociados:

Alegría /Felicidad ____ Rabia ____ Tristeza ____ Frustración ____

Impotencia ____ Desesperanza ____ Depresión ____ Otros (especificar) ____

Grado de incapacitación personal/familiar/laboral/social (leve, moderado, alto)¹⁸

Sistemas de soporte o apoyo (especificar) ____

Respuestas /estrategias habituales de adaptación / control¹⁶:

Somatizaciones ____ Inhibición ____ Agitación/Agresión ____

Drogas/Alcohol/Tabaco/Ingesta alimentos (especificar) ____

Análisis del problema ____ Compartirlo/Comentarlo ____ Otros (especificar) ____

Efectividad de la/s respuesta/s o estrategias utilizadas/s:

A corto plazo ____ A largo plazo ____

Otras alteraciones o datos de interés: ____

16. También valorable en patrón cognitivo.

17. También valorable en patrón auto concepto y rol - relaciones.

18. También valorable en patrón actividad - ejercicio.



11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS¹⁹:

Valores y creencias importantes en su historia personal (especificar): _____

Valores y creencias importantes en su historia familiar (especificar cuáles y grado de acuerdo): _____

Normas de su cultura o aspectos personales que desea sean tenidas en cuenta (especificar): _____

Deseos de realizar prácticas religiosas (especificar tipo y periodicidad): _____

Otros datos de interés: _____

19. Estrechamente relacionado con patrones cognitivo y auto concepto.

ANEXO VII:

FICHA DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nombre y Apellidos
N° SIP
Fecha
DUE

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE GORDON	Gradación (5-0)	NANDA	Gradación (5-0)	NOC	Gradación (5-0)	NIC	Gradación VTO, 2, 3
Percepción - control de la salud:							
Nutricional - Metabólico:							
Eliminación:							
Actividad - Ejercicio:							
Sueño - Descanso:							
Cognitivo - Perceptivo:							
Autopercepción - Autoconcepto:							
Rol - Relaciones:							
Sexualidad - Reproducción:							
Adaptación - Tolerancia al estrés:							
Valores - Creencias:							



ANEXO VIII: ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL

(versión corta de Alonso J et al. 2008)

Aislamiento - actividades sociales:

¿Con qué frecuencia sale de casa? (por cualquier razón) (FS 24 = 0,1,2,3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

¿Cómo reacciona ante la presencia de extraños? (FS 25 = 0, 1, 2,3)

0 = Los evita 1 = Se siente nervioso 2 = Los acepta 3 = Le agrada

Comunicación interpersonal:

En estos momentos, ¿le resulta fácil o difícil hablar con la gente? (FS 34 = 0, 1, 2, 3)

0 = Muy difícil 1 = Bastante difícil 2 = Normal 3 = Bastante fácil

Conducta prosocial:

Marque en cada columna la frecuencia con la que ha participado en cualquiera de las siguientes actividades en los últimos tres meses.

Exposición (FS 76 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Ir a fiestas (FS 14 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Discotecas (FS 16 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Asistir a alguna actividad de la Iglesia (FS 23 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Independencia - ejecución:

Marque en cada ítem la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades en los últimos tres meses.

Lavar la propia ropa (FS 44 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Utilizar dinero (FS 410 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Disponer y administrar el propio dinero (FS 411 = 0, 1, 2,3)

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo

Independencia - competencia:

Decir si es capaz de hacer:

Cocinar para sí mismo (FS 54 = 0, 1 ,2 ,3)

- 0 = No sabe.
- 1 = Incapaz. Necesita mucha ayuda.
- 2 = Necesita ayuda o que le estimulen.
- 3 = Adecuadamente, no necesita ayuda.

Fregar los platos, etc. (FS 59 = 0, 1, 2, 3)

- 0 = No sabe.
- 1 = Incapaz. Necesita mucha ayuda.
- 2 = Necesita ayuda o que le estimulen.
- 3 = Adecuadamente. No necesita ayuda.



Actividades de tiempo libre:

Marque donde corresponda en cada columna para indicar con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes actividades durante los últimos tres meses.

Arreglar cosas (bici, coche, etc.) (FS 69 = 0, 1, 2, 3)

0 = Nunca

1 = Raramente

2 = A veces

3 = A menudo

Empleo - ocupación:

¿Tiene usted en estos momentos un empleo regular? (Incluye terapia ocupacional, rehabilitación o cursos de reciclaje) (FS 81 = 1, 2)

1 = Si

2 = No

¿Está usted dado de baja como incapacitado? (FS 82 = 1, 2)

1 = Si

2 = No

ANEXO IX:

"PROTOCOLO DE TERAPIA DE APOYO PARA EL ENFERMO DE ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN BIOPSICOSOCIAL"

Definición y justificación

La finalidad de este protocolo es favorecer la adaptación y el cumplimiento al tratamiento rehabilitador a través de la terapia de apoyo de enfermería que proporcionará un control de la evolución del paciente que permita la respuesta rápida ante los incumplimientos, las recaídas y los posibles resultados indeseables, a la vez que contribuye a la mejora del funcionamiento social del enfermo.

Objetivos principales

- Disminuir las recaídas y los ingresos hospitalarios, para lo que se ha de :
 - Valorar la presencia de sintomatología psicótica que indique una baja efectividad del tratamiento o una recaída.
 - Valorar la presencia de efectos secundarios que indiquen una sobredosificación del tratamiento.
- Agilizar el proceso de adaptación al tratamiento rehabilitador.
- Aumentar el nivel de funcionamiento social del paciente.



Objetivos secundarios

- Mejorar la relación entre el paciente, su familia y los profesionales que le proporcionan atención.
- Aumentar la educación del paciente y su familia en el tratamiento de la enfermedad mental.

Perfil profesional

El protocolo ha sido diseñado para su puesta en práctica por una Enfermera Especialista en Salud Mental.

Perfil del usuario

Usuarios diagnosticados de esquizofrenia según criterios de DSM-IV, sometidos a tratamiento rehabilitador biopsicosocial en un Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS).

Criterios de resultado esperado

- > El paciente comunicará inmediatamente la aparición de eventuales efectos indeseables.
- > El paciente comunicará inmediatamente el agravamiento de su patología.
- > El cliente cumplirá con las citas asignadas.
- > El paciente acudirá con regularidad al CRIS.
- > El paciente optimizará las respuestas humanas alteradas, consiguiendo parcial o totalmente los objetivos planteados por enfermería.
- > El paciente mejorará su nivel de funcionamiento social.

Plan de intervención

Procedimiento

La técnica a emplear para la ejecución de las intervenciones de enfermería será la terapia de apoyo.

En la terapia de apoyo la enfermera ha de tomar un papel activo y director para ayudar al paciente a mejorar su funcionamiento social y sus habilidades de afrontamiento. Debe realizarse en un contexto que permita un nivel de actividad de moderado a alto tanto al paciente como a la enfermera. Emplearemos la comunicación como un proceso activo bidireccional y podremos ayudarnos del uso de la medicación prescrita y de otras terapias.

La enfermera favorecerá la autonomía del paciente para cumplir el tratamiento y la toma de decisiones. A su vez, se espera que el paciente acepte hablar de sus acontecimientos vitales, acepte el papel de apoyo del profesional, participe en el programa terapéutico y se adhiera a la estructura de la terapia.

Esta técnica requiere que la enfermera tenga un amplio conocimiento del paciente y debe estar fundamentada en una buena relación terapéutica.

Se trata, por tanto, de mejorar la capacidad del paciente de adaptarse a convivir con la enfermedad y su entorno.

Actividades

Las intervenciones rehabilitadoras que puede realizar el equipo de enfermería a nivel individual están dirigidas a:

- Fomentar una relación terapéutica de confianza, basada en la actitud de escucha, la empatía y el respeto, utilizando un lenguaje claro y comprensible.
- Organizar y planificar las actividades de la vida diaria (AVD) con el fin de fomentar unos hábitos higiénicos saludables y potenciar la autonomía de los pacientes, para lo que se



debe incidir en: higiene y cuidado personal, orden del entorno, orientación a la realidad, hábitos alimenticios, actividades ocupacionales, relaciones sociales, descanso nocturno.

- Realizar psicoeducación sobre la enfermedad.
- Realizar educación sanitaria sobre el manejo de la medicación.
- Facilitar la resolución de problemas sociales y administrativos.
- Facilitar la orientación a la realidad en tiempo, espacio y persona.
- Entrenar en habilidades sociales, haciendo refuerzo positivo de las conductas adaptativas y estableciendo límites ante comportamientos desadaptativos.
- Enseñar a detectar signos precoces de recaídas.

Las intervenciones enfermeras a nivel familiar tienen como objetivos:

- Reforzar la función contenedora del núcleo familiar.
- Fomentar un tipo de relación bidireccional entre paciente y familia.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Disminuir las recaídas.

Cronograma (ANEXO X)

Una entrevista cada quince días durante los cuatro primeros meses, posteriormente serán mensuales hasta completar un período de once meses y el número total de quince visitas.

Día 1: Consulta inicial:

- Recepción del paciente y bienvenida: Mejora la relación enfermera-paciente y disminuye la ansiedad de la persona. Contribuye a valorar la demanda inicial del cliente; para ello se recomienda sentarse inicialmente y preguntar al paciente si ha percibido algo que quiera expresar.
- Explicación de las características del protocolo de seguimiento que se va a realizar.

- Valoración de la motivación del paciente hacia el programa rehabilitador.
- Registro de resultados
- Programación de cita en la agenda y entrega de la tarjeta recordatorio de cita. Es una medida de seguridad para favorecer el recordatorio por parte del paciente de la siguiente consulta.
- Adaptación del protocolo a un plan de cuidados individualizado para cada paciente.

Día 2: Entrevista a la familia:

- Explicación de las características del seguimiento de enfermería que se va a realizar.
- Ofrecer la posibilidad de consultar dudas acerca del estudio, de la enfermedad y tratamiento.
- Intercambio de opiniones sobre el estado del paciente.
- Valoración de posibles necesidades existentes en la familia.
- Ofrecer la posibilidad de asistir a las siguientes visitas si el paciente lo consiente.

Día 3: La importancia de la rehabilitación.

- Recepción del paciente y bienvenida.
- Toma de constantes vitales (tensión arterial, pulso y temperatura).
- Valoración de los efectos secundarios de la medicación.
- Valoración de la sintomatología psicótica.
- Administración de la medicación inyectable si es necesario.
- Pactar con el paciente el comienzo del programa rehabilitador en el CRIS, si no acudía previamente.



- Explicar las características del programa de rehabilitación psicosocial, la importancia de éste como un componente terapéutico más.
- Proporcionar una cita con el trabajador social de la USM para que este inicie los trámites para la entrada en el centro de rehabilitación.
- Registro de resultados
- Programación de cita en la agenda y entrega de la tarjeta recordatorio de cita.

Consultas de seguimiento:

Durante el período que el paciente se encuentre inmerso en el programa rehabilitador desarrollado en el CRIS se continuará con consultas mensuales para valorar los efectos terapéuticos, secundarios y la sintomatología del paciente, para favorecer la adhesión al tratamiento y prevenir recaídas.

Todas las entrevistas tendrán una estructura similar, pero en cada una se orientarán los cuidados hacia un aspecto diferente de la rehabilitación del paciente, siempre concediendo flexibilidad a las sesiones para poder adaptarlas a las necesidades del enfermo.

La estructura de la entrevista sería la siguiente:

- Recepción del paciente y bienvenida.
- Toma de constantes vitales (TA, FC, Peso).
- Valoración de los efectos secundarios de la medicación.
- Valoración de la sintomatología psicótica.
- Administración de la medicación inyectable cuando sea necesario.
- Valoración de la satisfacción del paciente con la inclusión en el centro rehabilitador. Fomentar la adhesión al mismo, mediante el refuerzo positivo.
- Valorar adaptación del paciente e influencia de posibles estresores.

- Charla-coloquio sobre la temática elegida para cada sesión.
- Registro de resultados.
- Entrega de la tarjeta recordatorio de cita.
- Programación de cita en agenda.

La temática a tratar en cada cita y la distribución de la misma podría ser la siguiente (ANEXO X):

Día 4: *La enfermedad. Signos y síntomas.*

Día 5: *El tratamiento. Prevención de recaídas.*

Día 6: *El estigma.*

Día 7: *Hábitos de higiene y apariencia personal.*

Día 8: *Hábitos alimenticios.*

Día 9: *Pautas de sueño y descanso. Organización de las actividades de la vida diaria.*

Día 10: *Habilidades sociales. Relaciones interpersonales.*

Día 11: *Fomento de la autoestima.*

Día 12: *Técnicas de afrontamiento del estrés.*

Día 13: *Técnicas de resolución de problemas.*

Día 14: *Preparación a la finalización del programa. Posibilidades de futuro: reinserción laboral.*

Día 15: *Comentar conclusiones con el paciente. Agradecimientos. Despedida y cierre.*



Precauciones

En caso de que durante el seguimiento del paciente se observen cualquiera de los siguientes aspectos, se deberá comunicar inmediatamente al médico responsable:

- Efectos secundarios graves.
- Aparición o agravamiento de la sintomatología psicótica.
- Evidencias de incumplimiento de las pautas psicofarmacológicas.
- Incomparecencia injustificada de más de tres citas, resistente al recordatorio telefónico.

En caso de incomparecencia del paciente a una cita, se le llamará al día siguiente para recordársela y facilitarle una nueva cita. Esta actividad de recordatorio telefónico se repetirá hasta el tercer día consecutivo en el que se deberá comunicar al terapeuta prescriptor.

En caso de abandono de tratamiento, recaída o suspensión del tratamiento rehabilitador por parte del médico responsable, se recomienda iniciar el protocolo desde el primer día del cronograma.

Criterios de alta

Finalización del programa de rehabilitación.

ANEXO X:
CRONOGRAMA DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

Frecuencia	Visita N°	Contenido de la entrevista
Quincenal	1	Consulta inicial
	2	Entrevista a la familia
	3	Importancia de la rehabilitación
	4	La enfermedad. Signos y síntomas
	5	Tratamiento. Prevención de recaídas
	6	El estigma
	7	Higiene
	8	Alimentación
Mensual	9	Sueño y descanso. Actividades de la vida diaria
	10	Habilidades sociales
	11	Autoestima
	12	Afrontamiento del estrés
	13	Resolución de problemas
	14	El futuro: reinserción laboral
	15	Conclusiones finales. Despedida